

EXPERTISE: „AMBULANTE AKUT- UND NOTFALLVERSORGUNG – ZWEI SEITEN EINER MEDAILLE“

Beteiligte

UKE: Jakob Johné, Jan Oltrogge, Dagmar Lühmann, Martin Scherer

aQua: Tobias Herrmann, Julian Eigendorf, Joachim Szecsenyi

Kurzfassung: 12.06.2024

1 Einleitung

Die bestmögliche und dem vorliegendem Schweregrad der Erkrankung oder Verletzung angemessene Versorgung von Menschen in medizinischen Notfällen ist unabdingbares Ziel eines funktionierenden Gesundheitssystems. Die Akut- und Notfallversorgung in Deutschland weist trotz hohem Ressourceneinsatz verschiedener Leistungserbringergruppen Defizite und Ineffizienzen auf. Dies lässt sich konkret an der (ineffizienten) Patient:innensteuerung in die angemessene Versorgungsebene und der hierfür notwendigen Vernetzung und Abstimmung der beteiligten Akteure im System belegen.

Diese Wahrnehmung, gepaart mit zunehmender Belastung des Gesundheitswesens im Allgemeinen und der Notfallversorgung im Besonderen, sowie begrenzten finanziellen und personellen Ressourcen, macht die Organisation der ambulanten Notfallversorgung seit vielen Jahren in Deutschland zum Gegenstand (gesundheits)politischer Diskussionen.

Überlastungssituationen der Strukturen und Akteure in der Akut- und Notfallversorgung sind Alltag und die Inanspruchnahme von Notfallstrukturen, auch in Situationen, in denen eine überbrückende ambulante Versorgung ausreichend sein könnte, steigt stetig an.

Auch international werden Angebote der Akut- und Notfallversorgung aus verschiedenen Gründen intensiv in Anspruch genommen, wobei es durch die bestehenden Strukturen in unterschiedlichem Ausmaß zu Fehlallokationen kommt. Der primärärztlichen Akutmedizin kommt bei der Bewältigung des Patient:innenaufkommens dabei eine zentrale Rolle zu.

Die medizinische Versorgung außerhalb der Sprechzeiten („*out of hours care*“) ist in allen modernen Gesundheitssystemen ein Diskussionsthema. Der Übergang von überbrückender ambulanter Versorgung außerhalb der Sprechzeiten in eine umfassende, lebensrettende Notfallversorgung ist dabei fließend und hängt von der Ausrichtung und der Kooperation von Akut- und Notfallversorgung ab.

Der Gutachtenauftrag der KBV an die Autorengruppe soll die Situation in Deutschland mit unterschiedlichen, international implementierten Systemen vergleichen und aus Einschätzungen zu Handlungsfeldern aus Expertensicht liefern. Hierzu sieht das Gutachten zunächst eine exemplarische Darstellung der *out of hours care* in ausgewählten Ländern vor und, darauf aufbauend, die Ableitung von Vorschlägen zur Optimierung der deutschen Versorgungslandschaft im *out of hours care* Bereich.

Das Gutachten befasst sich zunächst in einem internationalen Überblick mit der Organisation von *out of hours care* in den Ländern Dänemark, Niederlande und England und reflektiert die internationale Perspektive anschließend vor dem Hintergrund der deutschen medizinischen Versorgungslandschaft. Dabei werden Elemente der Organisation und Struktur für eine potenzielle Relevanz und Übernahmefähigkeit in das deutsche System geprüft.

2 Methoden

Länderauswahl: Die Auswahl der Länder für den internationalen Überblick sollte Heterogenität im Hinblick auf die konzeptionelle Organisation des Gesundheitswesens, wirtschaftliche Leistungsfähigkeit und die Lage in Europa berücksichtigen. Außerdem war Voraussetzung, dass ausreichend publiziertes Material für Beschreibung der *out of hours care* vorhanden ist. Als Grundlage für die Länderauswahl wurde daher eine Literaturrecherche nach systematischen Literaturübersichten durchgeführt, die die Umsetzung von „*out of hours care*“ in unterschiedlichen Ländern analysieren. Die Recherche wurde in der PubMed Datenbank unter den Stichworten *meta-analysis, review, primary care, general practice, family practice, out-of-hours, urgent care, unscheduled care, after hours care* und *health services needs and demand* für den Zeitraum von 2013 bis 2023 durchgeführt. Von 225 Treffern entsprachen 27 den Einschlusskriterien.

In den eingeschlossenen Publikationen wurde analysiert, wie häufig einzelne Länder in den Übersichten Erwähnung finden. Dies war am häufigsten der Fall für Großbritannien, gefolgt von den Niederlanden, USA, Australien, Canada, Dänemark, Irland und Schweden. In Zusammenarbeit mit der KBV wurden die Länder England und Niederlande ausgewählt, um ein steuerfinanziertes, zentral reguliertes Gesundheitssystem und ein Solidarversicherungssystem einzuschließen. Als drittes Land wurde Dänemark ausgewählt, weil die Digitalisierung dort bereits weit fortgeschritten ist und kürzliche Reformen der Notfallversorgung in Dänemark in Deutschland breite Beachtung gefunden hatten.

Länderbeschreibung: Die Länderbeschreibungen umfassen eine kurze Darstellung der Struktur und Funktionsweise der jeweiligen Gesundheitssysteme, mit dem besonderen Fokus auf *out of hours care*. In Absprache mit den Auftraggebern wurden in einem folgenden Schritt insbesondere die Themen Dispatching, (integrierte) Notfallzentren/-praxen, fahrender Notdienst und Telemedizin vertiefend dargestellt.

Zur Validierung und Ergänzung der Länderbeschreibungen wurden leitfadengestützte Interviews mit Expertinnen für *out-of-hours care* aus den drei Ländern geführt. Die Expertinnen wurden über das *EurOOHnet (European research network for out-of-hours primary health care)* -Netzwerk identifiziert und rekrutiert.

Expertenworkshop: Die Übertragbarkeit einzelner Merkmale der *out of hours care* in den beschriebenen Ländern auf den deutschen Kontext wurden anschließend in einem Stakeholder-Workshop mit Expert:innen für *out of hours care* (N=13, aus Bundesärztekammer, Zi, KVen, KBV, DEGAM, DGINA, aQua Institut) diskutiert und bewertet.

Die Ergebnisse des Workshops flossen in die finalen Vorschläge zur Weiterentwicklung der Akut- und Notfallversorgung in Deutschland ein, die hier in einer Kurzfassung dargestellt werden.

3 Ergebnisse

Es konnten auf Grundlage der Literaturrecherche, sowie der Auswertung von Experteninterviews und Expertenworkshop folgende zentrale Themenfelder identifiziert werden, die sich zu verschiedenen Säulen der ambulanten Akut- und Notfallversorgung zuordnen lassen:

- Zuweisung der Patient:innen zur angemessenen Versorgungsebene
- Integrierte Notfallzentren / Notfallpraxen (INZ / NP)
- Aufsuchender Notdienst
- Telemedizinische Ansätze

Die Ergebnisse werden im Folgenden gemäß der Struktur der definierten Säulen dargestellt. Dabei wird vor allem der Status quo in Deutschland dargestellt und auf Entwicklungen in den untersuchten Gesundheitssystemen referenziert.

3.1 Zuweisung von Patient:innen zur angemessenen Versorgungsebene (Dispatching/Priorisierung/Triagierung)

3.1.1 Strukturiertes Ersteinschätzungsverfahren

In der Akut- und Notfallversorgung ist es für eine fach- und zeitgerechte Behandlung essenziell, die Patient:innen zur angemessenen Versorgungsebene zuzuweisen. In Anbetracht des Spektrums an vorkommenden Krankheitsbildern der Akut- und Notfallversorgung ist die Abgrenzung von Notfällen (*emergency care*; Indikation Notaufnahmebehandlung, stationärer Sektor) zu dringlichen Behandlungsfällen (*urgent care/ out of hours care*; ambulanter Sektor) anhand von vordefinierten Beratungsanlässen/Beschwerdebildern, Vitalparametern und notfallmedizinischen Triage-Instrumenten jedoch schwierig.

Notfallmedizinische Triage-Instrumente wie das *Manchester-Triage-System (MTS)* oder der *Emergency-Severity-Index (ESI)* wurden aus Kollektiven von Notaufnahmepatienten entwickelt und sind für das *Dispatching* niedrig-dringlicher Patient:innen und für die Abgrenzung von *emergency care* zu *out-of-hours-care* nur eingeschränkt verwendbar. Es bestehen somit Risiken sowohl für eine Übertriagierung (unnötige Zuordnung zu einer Notaufnahmebehandlung mit hohen Kosten) als auch für Untertriagierung (Risiko einer Gesundheitsgefährdung durch verzögerte Behandlungen/Wartezeiten und hohe Kosten durch Doppelbehandlungen in beiden Sektoren). Als Antwort darauf wurde SmED als strukturiertes Ersteinschätzungsverfahren in der ambulanten Notfallversorgung in Deutschland eingeführt. Ähnliche präklinische Ersteinschätzungsverfahren gibt es auch in anderen Ländern (z.B. *Netherlands Triage Standard* in den Niederlanden). Nach initialer Implementierung der Ersteinschätzung im Kontext der 116117 wurden in der Folge Pilotprojekte an allen relevanten Erstkontaktstellen im Gesundheitswesen durchgeführt.

3.1.2 116117

Als erste Anlaufstelle für Patient:innen mit dringlichem Beratungsanlass oder akutem Gesundheitsproblem ist die Rufnummer 116117 vorgesehen. Die Kontaktnummer für subjektiv als dringlich wahrgenommene gesundheitliche Probleme sollte (wie für

lebensbedrohliche Notfälle) flächendeckend einheitlich sein und niederschwellig – also mit kurzen Wartezeiten – erreichbar sein. Die Erreichbarkeit wird in Deutschland über 116117 gewährleistet, jedoch regional in „Peak-Zeiten“ mit teilweise langer Wartezeit. Für diese Peak-Zeiten sollten Lösungen erarbeitet werden, um die Wartezeit zu verringern und zu gewährleisten, dass dringliche Fälle priorisiert bearbeitet werden. Lösungsansätze wie im Innovationsfondsprojekt FAST implementiert (Priorisierung in der Warteschleife) basieren auch auf positiven Erfahrungen mit ähnlichen Problemstellungen in Dänemark. Die angestoßene Digitalisierung des 116117-Angebots durch die Online-Selbsteinschätzung und anschließende Vermittlung eines passenden Versorgungsangebots in der Akutversorgung ist ein weiterer Baustein zur Entlastung der 116117.

CAVE: In England wurde versucht, durch Auftragsvergabe an privatwirtschaftlich arbeitende, so genannte „*Call Handler*“, die Wartezeiten für die Hotline zu verringern. Diese durften aufgrund ihrer fehlenden medizinischen Qualifikation nicht von einem vorgegebenen Abfrage- und Zuordnungsalgorithmus abweichen. Dies führte zu einer geringen Akzeptanz bei den Patient:innen sowie einer ungenauen Steuerung der Patient:innenflüsse.

3.1.3 Digitale Akte und digitaler Datentransfer

In allen drei untersuchten Ländern wird neben einheitlichen und flächendeckenden Dispatching-Instrumenten ein kontinuierlicher Informationsfluss durch eine elektronische Notfallakte gewährleistet, die das Erfassen sog. *Episodes-of-care* ermöglicht. Die Informationen, die Algorithmus-gestützt während des ersten Kontakts von Patient:innen mit dem System der Akut- und Notfallversorgung gesammelt werden, werden in Dänemark, Niederlande und England per elektronischer Schnittstelle an die nächste Instanz weitergegeben und müssen somit nicht mehr redundant erhoben werden. Erst der kontinuierliche Informationsfluss ermöglicht eine adäquate Einschätzung der Dringlichkeit und der benötigten Ressourcen und minimiert Fehltriagierungen. In Deutschland kommt es (außerhalb von regionalen Pilotprojekten, z. B. SaN-Projekt der KV Hessen oder den Dispo-Akut Projekten in Bayern, Berlin, Brandenburg und Bremen) regelhaft zu Brüchen im Informationsfluss zwischen Erstkontaktstelle (Rettungsleitstellen/ 116117/ aufsuchender Notdienst/ Notfallpraxen) und der weiterversorgenden Instanz. Dies hat zur Folge, dass Informationen, obwohl sie bereits systematisch erhoben wurden, (möglicherweise unsystematisch) nochmals eingeholt werden, was hohe Kosten verursacht und das Risiko für Fehltriagierungen erhöht und die Patientensicherheit gefährdet.

3.1.4 Hotline-first Strategie

In Dänemark, Niederlande und England wird eine „*Hotline-first-Strategie*“ angestrebt. Vor dem ungesteuerten Aufsuchen von Notaufnahmen und *out-of-hours care* Einrichtungen wird immer eine initiale Kontaktaufnahme mit einer Telefon-Hotline gefordert, die ein Algorithmus-gestütztes Dispatching ermöglicht und im Idealfall folgende Vorteile bietet:

- a) Einheitliche Erstellung einer elektronischen Notfallakte
- b) Bei Bedarf Weiterleitung an Rettungsleitstelle/Rettungsdienst
- c) Vermeidung von redundanten Triagierungen in der nächsten Versorgungsebene

- d) Kein ungesteuertes Aufsuchen von *out of hours care* Einrichtungen
- e) Terminierung von niedrig-dringlichen Behandlungsanlässen an *out of hours care* Einrichtungen zur Vermeidung von *Overcrowding* durch zeitlich ungesteuertes Aufsuchen der Einrichtungen

Eine Hotline-first-Strategie für Deutschland setzt eine stärkere Vernetzung der 116117 mit dem aufsuchenden Notdienst (AND) und den KV-Notfallpraxen (NFP) voraus (wie schon etabliert für 112 und die Notaufnahmen). Damit angestrebte Ziele sollten sein:

- a) Anlage einer elektronischen Notfallakte zur Weiterleitung der im Ersteinschätzungsprozess gesammelten Informationen an AND oder NFP, hier können die technologischen Möglichkeiten der Telematik-Infrastruktur (bspw. TI-Messenger) eine wichtige Rolle spielen
- b) Ggf. Terminierung bzw. zeitliche Steuerung der Patient:innenflüsse zur Vermeidung von *Overcrowding* in NFP oder sehr langen Wartezeiten im AND

Das Prinzip von sekundären (ärztlichen) Triagist:innen, die von den primären (nicht-ärztlichen) Triagist:innen hinzugezogen werden können, um unklare Fälle zu allozieren, wurde aus den untersuchten Ländern unterschiedlich bewertet und sollte daher durch Versorgungsforschung evaluiert werden.

Im deutschen Versorgungskontext spielt dabei eine Rolle, welche Fachgruppen aus juristischer Sicht eine begonnene medizinische Beratung telefonisch abschließen dürfen (oder optional per Video).

3.2 Integrierte Notfallzentren/Notfallpraxen (INZ/NP)

Die integrierten Notfallzentren und Notfallpraxen finden sich in ähnlicher Form in allen drei untersuchten Ländern wieder und sind integraler Bestandteil der ambulanten Notfallversorgung.

3.2.1 Ausstattung

Zur Gewährleistung der Erfüllung ihrer Aufgaben sollten für alle INZ/NP ein bundesweiter Standard bzgl. apparativer Ausstattung und Assistenzpersonal etabliert werden.

CAVE: In ländlichen Regionen werden sowohl INZ/NFP als auch der AND von verschiedenen ärztlichen Fachgruppen betrieben, mit unterschiedlichen Qualifikationen. Der zunehmende Mangel an Allgemeinmediziner:innen, die gerade in ländlichen Regionen für diese Aufgabe die nötigen Qualifikationen mitbringen, wird diese Situation verstärken.

Der o.g. Standard für INZ/NFP erleichtert die Entwicklung eines Gegenstandskatalog für die ärztliche Fortbildung mit dem Ziel von ärztl. Qualifikationsstandards zum Einsatz in INZ/NFP, die über einen Facharzttitel hinausgehen.

CAVE: Es wurde im Workshop von mehreren Seiten betont, dass ohne ein adäquates ärztliches Qualifikationsniveau in INZ/NFP, deren intendierte Filterfunktion (Vermeidung von *Overtriage* und *Overcrowding* von Notaufnahmen) nicht erreicht werden würde.

3.2.2 Vernetzung

Eine bidirektionale Vernetzung von INZ/NFP mit dem *Call-Center* 116117 sollte angestrebt werden, um

- a) eine dort begonnene elektronische Notfallakte in den INZ/NFP weiterführen zu können (*Continuity of care*).
- b) dem Call-Center 116117 Einsicht in die lokale Auslastung und die voraussichtlichen Wartezeiten zu geben, um Terminbuchungen in INZ/NFP zu ermöglichen (Vermeidung von *Overcrowding* von INZ/NFP).

3.2.3 Erweiterung der diagnostischen Möglichkeiten

Oft kommt es zu Krankenhauseinweisungen aus INZ/NFP, weil Laborwerte oder bildgebende Verfahren (Röntgen/Sonographie) vor Ort nicht zur Verfügung stehen. Hier sollten Kooperationsvereinbarungen mit Co-lozierten Krankenhäusern zur Erweiterung der diagnostischen Möglichkeiten angestrebt werden (hauptsächlich: Röntgen, ggf. auch Sonographie), um die Zahl der Einweisungen aus INZ/NFP weiter zu reduzieren, die lediglich aufgrund vor Ort nicht leistbarer Diagnostik ausgestellt werden.

CAVE: Es wurde im Workshop die Möglichkeit einer „angebotsinduzierten Nachfrage“ diskutiert. Zusätzliche, niederschwellig zur Verfügung stehende diagnostische Optionen könnten zu ihrem nicht-indizierten Einsatz und damit zu steigenden Kosten führen. Zur Vermeidung wären klar definierte Indikationskriterien (z. B. Verdachtsdiagnosen/ Beschwerdebilder) für den Einsatz diagnostischer Verfahren im Rahmen der geforderten Standards für INZ/NFP zu entwickeln.

3.2.4 Sicherstellung der ambulanten Weiterbehandlung

In England wird eine *Continuity of care* gewährleistet, indem Ärzt:innen in *out of hours care* Einrichtungen bei Bedarf die Notfallbehandlungsdokumentation an die behandelnden Hausärzt:innen (*GPs*) weiterleiten können. In Dänemark werden Patient:innen aus den *out of hours care* Einrichtungen regelhaft an ihre Hausärzt:innen verwiesen. Diese können dann die Behandlungsdokumentation der Notfallakte einsehen.

Im deutschen Versorgungskontext können auch heute schon bei Bedarf über die Terminservicestellen Termine aus dem *out of hours care* Sektor heraus bei den behandelnden Hausarztpraxen gebucht werden. Dies ist allerdings erst in einzelnen Regionen regelhaft (auf Grundlage der Online-Ersteinschätzung) etabliert.

CAVE: In Deutschland berichten viele Patient:innen in *INZ/NFP*, keine Anbindung an eine Hausarztpraxis zu haben. In Dänemark und den Niederlanden sind >95% aller Patient:innen einer Hausarztpraxis zugeordnet (Primärarztssystem).

In Deutschland kommt es (besonders an Wochenenden) regelhaft zu Klinikeinweisungen aus INZ/NFP, da eine Weiterbehandlung im ambulanten Sektor am nächstmöglichen Wochentag nicht sichergestellt werden kann. Als ein Grund wurde die eingeschränkte Bekanntheit der Hotline 116117 genannt. Es sollten Maßnahmen ergriffen werden, um die Bekanntheit von 116117 und KV-Terminservicestellen weiter zu steigern.

3.3 Aufsuchender Notdienst

Der aufsuchende Notdienst ist in England, den Niederlanden und Dänemark unterschiedlich stark ausgebaut, spielt aber in allen Ländern eine große Rolle im *out of hours care* Sektor. In allen drei Ländern geht der Trend zu einer Übertragung von Aufgaben an nicht-ärztliches Personal und zur Übernahme von AND durch speziell qualifizierte Pflegekräfte.

3.3.1 Vergütungssystem

Für den AND besteht in Deutschland eine sehr hohe Inanspruchnahme, besonders in Großstädten und wird auch in Zukunft aufgrund der in Deutschland rückläufigen Hausbesuche (besonders in Pflegeheimen) gebraucht werden. Unter den Versorgungskonzepten im *out of hours care* Sektor stellt die Versorgungsform des AND jedoch die kostenintensivste Variante dar. Die Einsätze werden in der Regel über Call-Center (116117) nach Kontaktaufnahme durch Patient:innen initiiert und terminiert. Die eingesetzten kassenärztlich-tätigen Ärzt:innen führen die Einsätze nach dem *Fee-for-service*-Prinzip aus. Es besteht also kein Anreiz, einen Einsatz in eine kostengünstigere Versorgungsebene zu verschieben. Anreize für die Vermeidung der Hausbesuche sind zu prüfen.

In England beispielsweise werden die diensthabenden Ärzt:innen mittels Stundenhonorar (also kein finanzieller Anreiz für AND-Einsätze) entlohnt, so dass es häufig zu Verschiebungen von Hausbesuchen in den telemedizinischen Bereich oder an *INZ/NFP*-Äquivalente kommt.

3.3.2 Digitale Akte und digitaler Datentransfer von unterwegs

Für den AND ist eine Schnittstelle zur einheitlichen digitalen Dokumentationsplattform auch von unterwegs zu prüfen, damit

- a) Die Ärzt:innen direkt die Angaben einsehen können, die über die 116117 zu einer Terminierung eines Hausbesuchs geführt haben.
- b) Die Dokumentation des Hausbesuchs von der weiterbehandelnden Instanz (behandelnde Kassenärzt:in, *INZ/NFP*, Krankenhäuser) eingesehen werden kann.

Aus Dänemark wurde berichtet, dass lediglich 5-9% der Anrufe bei den lokalen hausärztlichen Kooperativen zu einem Einsatz des AND führen. In den Call-Centern fungieren als sekundäre Triagisten Mediziner:innen, die entscheiden, ob der Einsatz durch *GPs*, *paramedics* oder *nurses* ausgeführt werden kann. Dies wird als Grund dafür genannt, dass mehr Einsätze aus dem AND an *INZ/NFP*-Äquivalente verschoben werden.

3.3.3 Einsatz von nicht-ärztlichem Personal

In England, den Niederlanden und Dänemark werden regelhaft auch nicht-ärztliche Berufe (*paramedics / specialized nurses*) im fahrenden Notdienst eingesetzt.

In Deutschland wurden bereits in Modellprojekten bspw. in Bremen und im Oldenburger Land Erfahrungen gemacht (HanseSani Bremen; Gemeindenotfallsanitäter).

CAVE: Im Workshop wurde die Sorge geäußert, dass nicht-ärztliche Fachgruppen, die im AND eingesetzt werden, ggf. an anderer Stelle (Krankenhäuser, Rettungsdienst, Pflegeheime, Arztpraxen) fehlen.

3.3.4 Einsatz von Telemedizin

Zur Vermeidung von ärztlichen Hausbesuchen im Notdienst als knappe Ressource, wird in England eine *telemedicine-first*-Strategie genutzt, in der die zuständigen Ärzt:innen versuchen, Patient:innen zuerst (per Video) zurückzurufen und ggf. die Behandlung telemedizinisch durchzuführen oder (wenn möglich) an INZ/NFP-Äquivalente umzulenken. Es wird unterschieden zwischen *Hot-Transfers* (direkte telefonische / videotelefonische Weiterleitung an die diensthabenden Ärzt:innen) und *Cold-Transfers* (Rückruf im Verlauf). In bis zu 40% der Fälle käme es zu einer Verschiebung vom AND in die Telemedizin oder an INZ/NFP-Äquivalente.

Da in Dänemark im AND ebenfalls ein *Fee-for-service*-Prinzip besteht, wird dort diskutiert, einen telemedizinischen Einsatz und ein AND-Einsatz, der zum Abschluss der Behandlung führt, gleich zu entlohnen, um Anreize zu schaffen, mehr Telemedizin einzusetzen. Ein ähnliches Konzept ist auch für Deutschland vorstellbar.

3.3.5 Unterstützung des AND bei Koordination von Anschlussbehandlung

In den Niederlanden wird in Zukunft der AND durch ein *Health Coordination Center* unterstützt, das bei Bedarf die Anschlussbehandlung und etwaige stationäre Aufnahmen etc. organisiert. Dadurch kann eine bessere Steuerung der Patient:innen erreicht werden und eine gezielte Zuweisung zu Krankenhäusern oder Versorgungseinrichtungen mit freien Kapazitäten erzielt werden.

3.4 Abschließende telemedizinische Versorgung des Akutfalls

Telemedizin als Teil von *out of hours care* ist in allen drei untersuchten Ländern flächendeckend etabliert. Besonders in Dänemark wurden telemedizinische Behandlungsangebote in der Covid-19-Pandemie ausgebaut, aktuell würden bis zu 24% der Kontakte mit *out of hours care hotlines* telemedizinisch abschließend gelöst. Es habe nach der Pandemie 26% weniger Hausbesuche im AND gegeben, da diese mittlerweile telemedizinisch gelöst würden.

Auch in Deutschland gibt es erste positive Erfahrungen, beispielsweise durch die KV-Nordrhein bei der *out of hours* Notfallversorgung von Kindern über den Jahreswechsel 2022/2023 und 2023/2024.

CAVE: Es würden für Deutschland diverse „digitale Hürden“ gesehen. Viele Kassenärzt:innen haben keine Erfahrung in Bezug auf Begrenzungen und Möglichkeiten einer telemedizinischen Behandlung. Auch für die Erfassung der Patient:innen gibt es keine bundesweit einheitliche Plattform. Häufige Frage: „Wie und wo werden die Karten eingeleesen?“

3.4.1 Vergütung

Um den o.g. Hürden zu begegnen, sollten Anreize zum verstärktem Einsatz von Telemedizin geschaffen werden, damit sowohl die Ärzteschaft als auch die Patient:innen Erfahrungen sammeln. Ein Ansatz wäre eine vergleichbare Bezahlung. In den Niederlanden werden beispielsweise telemedizinische Konsultationen und Präsenztermine gleich vergütet.

3.4.2 Personelle Besetzung des telemedizinischen Dienstes

In England wird ein *Clinical-advice-Service* genutzt, in dem neben Allgemeinmediziner:innen auch Pharmazeut:innen und Pflegekräfte Anrufe bearbeiten und abschließend telemedizinisch behandeln dürfen. Pharmazeut:innen dürfen bei bestimmten Krankheitsbildern eigenständig Rezepte ausstellen (z.B. Antibiotika bei unkomplizierten Harnwegsinfekten).

4 Zentrale Handlungsempfehlungen

Ergänzend zu der Einordnung der präsentierten Ergebnisse im Expertenworkshop wurden durch die Gutachter im Anschluss unter Berücksichtigung von Relevanz und Umsetzbarkeit aus den oben beschriebenen Themenfeldern folgende zentrale Handlungsempfehlungen abgeleitet, die in einer Reform der Akut- und Notfallversorgung berücksichtigt werden sollten:

- I. Ein flächendeckendes einheitliches Ersteinschätzungsverfahren muss die Grundlage der Patientensteuerung in die geeignete Versorgungsstruktur sein. Es ist zwingend notwendig, dass – bei Verwendung unterschiedlicher Triageinstrumente in verschiedenen Versorgungssettings – eine Harmonisierung bezüglich der Empfehlungen zu Dringlichkeit und konkreten Versorgungsbedarf stattfindet. Ersteinschätzungsergebnisse sollten über den kompletten Behandlungspfad für alle beteiligten Versorger verfügbar sein. Die Beurteilung von Dringlichkeit und Versorgungsbedarf schafft die Grundlage für ein gestuftes Akut- und Notfallversorgungsmodell und damit die effiziente, bedarfsgerechte Nutzung der Ressourcen von Notaufnahmen der Krankenhäuser, kassenärztlichen Angebote außerhalb der Sprechstundenzeiten und der Regelversorgung (weniger dringliche Fälle).
- II. Durch geeignete IT-Lösungen sollte der Informationsfluss und die Behandlungskontinuität zwischen den verschiedenen Akteuren der ambulanten Notfallversorgung gewährleistet werden. Hierzu ist sowohl der digitale Datentransfer innerhalb des *out of hours care* Sektors, als auch die bruchfreie digitale Fallübergabe zwischen dem Rettungsdienst und den Akteuren der ambulanten Notfallversorgung notwendig. Neben bereits etablierten Lösungen ist die Nutzung der Telematikinfrastruktur (Messenger) bei Beteiligung verschiedener Leistungserbringer vielversprechend.

- III. Eine Hotline First Strategie zur konsequenten Patientensteuerung und damit Vermeidung von redundanten Triagierungen in der nächsten Versorgungsebene sowie Reduzierung des ungesteuerten Aufsuchens von *out of hours care* Einrichtungen ist anzustreben. Zur Entlastung der 116117 bei erwartbar zunehmendem Patient:innenaufkommen sollten parallel die bereits bestehenden Onlineangebote zur Selbsteinschätzung (z.B. Patienten Navi Online) mit dem Fokus einer nahtlosen Patient Journey inklusive Terminbuchung (siehe IV.) beworben und ggf. weiter ausgebaut werden.

- IV. Terminbuchungen durch die Einrichtungen der ambulanten Notfallversorgung zur bruchfreien Weiterbehandlung und Fortführung des Behandlungsfalles in Kooperationspraxen oder in den jeweiligen hausärztlichen Praxen sollten ermöglicht werden. Ein möglicher Ansatz kann der Ausbau der Akutterminvergabe durch die Terminservicestellen sein. Außerdem sollten die Terminservicestellen priorisiert diejenigen, die das Ersteinschätzungsverfahren durchlaufen haben und eine entsprechende Dringlichkeit vorweisen, Termine vergeben können, um eine Steuerung in die ambulante Regelversorgung zu erreichen und den *out of hours care* Sektor zu entlasten.

- V. Die Rolle der Telemedizin sollte weiter gestärkt werden, um den fahrenden Notdienst und die Vor-Ort-Anlaufstellen der ambulanten Notfallversorgung zu entlasten. Dies kann sowohl durch eine Angebotserweiterung parallel zu den Bereitschaftszeiten erfolgen als auch durch Vermittlung in die Regelversorgung (bspw. am nächsten Tag). Auch eine Vorschaltung der Telemedizin vor einem potenziellen aufsuchenden Termin oder einer Vorstellung in Präsenz sollte geprüft werden.

- VI. Zur Entlastung des ärztlichen Personals im aufsuchenden Notdienst und die Gewährleistung einer flächendeckenden Versorgung sollte der Einsatz von nicht ärztlichem Personal (Beispiel Gemeindenotfallsanitäter) verstärkt werden.

- VII. Eine gezieltere Steuerung kann eine zeitgerechte Einleitung von pflegerischen und ärztlichen Maßnahmen bei dringlich triagierten Patient:innen und solchen mit Einweisung durch eine Hausärztin oder einen Hausarzt erleichtern und zusätzlich die Notaufnahmen entlasten.