

Entwurf eines Gesetzes zur Reform der Notfallversorgung

Stellungnahme des Zentralinstituts für die kassenärztliche Versorgung (Zi) zum Referentenentwurf des Bundesministeriums für Gesundheit vom 09.01.2020

Vorbemerkung

Das Zi ist eine Stiftung des privaten Rechts. Stifter sind die Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) und die 17 Kassenärztlichen Vereinigungen (KVen). Satzungsgemäß unterstützt das Zi den Sicherstellungsauftrag seiner Stifter mit Methoden der Wissenschaft und Forschung und hat sich als Forschungseinrichtung in der Versorgungsforschung etabliert.

Im Rahmen seines Satzungsauftrags hat sich das Zi seit einigen Jahren auch mit der Akut- und Notfallversorgung in Deutschland beschäftigt und zur Problemanalyse im Bereitschaftsdienst und der ambulanten Versorgung in den Notaufnahmen sowie zu möglichen Reformperspektiven publiziert.

Auf Basis eigener Analysen und vom Zi vergebener Gutachten zu den Möglichkeiten einer besseren Inanspruchnahmesteuerung in der Akut- und Notfallversorgung hat das Zi gemeinsam mit externen Partnern unter Nutzung internationaler Erfahrungen das Strukturierte medizinische Ersteinschätzungsverfahren in Deutschland (SmED) entwickelt.¹ Über einen medizinischen Beirat sind hierbei auch unter anderem der Marburger Bund, die Deutsche Interdisziplinäre Vereinigung für Intensiv- und Notfallmedizin (DIVI) und die Deutsche Gesellschaft für Interdisziplinäre Notfall- und Akutmedizin (DGINA) beratend in die Entwicklung von SmED einbezogen.

SmED wird nach Maßgabe der Richtlinie der KBV gemäß § 75 Abs. Nr. 6 SGB V von den Terminservicestellen der KVen regelhaft zur Ersteinschätzung von Akutfällen gemäß § 75 Abs. 1a Satz 3 Nr. 3 SGB V eingesetzt.

Zudem ist das Zi seit 2018 in regionalen Kooperationen von KVen und Rettungsleitstellen mit dem Ziel engagiert, gemeinsame Kriterien zur telefonischen Identifikation medizinischer Notfälle und deren Versorgung zu entwickeln. Ebenso existieren laufende Projekte mit einzelnen Notaufnahmen und Vertretern der Rettungsmedizin zur Entwicklung einer gemeinsamen Ersteinschätzung am Tresen. Die Einführung eines Ersteinschätzungsverfahrens für die telefonische Disposition und die Steuerung am Tresen wird in dem vom Innovationsfonds geförderten DEMAND-Projekt unter Konsortialführung des aQUA-Instituts unter Beteiligung von 11 KVen, rund 15 Krankenhäusern, dem Deutschen Krankenhaus-Institut (DKI) sowie mehreren Universitäten und Krankenkassen evaluiert.

Das Zi ist mit Schreiben der Projektgruppe Notfallversorgung des Bundesgesundheitsministeriums vom 10.01.2020 zur Stellungnahme aufgefordert worden.

¹ von Stillfried D, Czihal T, Meer A. Sachstandsbericht: Strukturierte medizinische Ersteinschätzung in Deutschland (SmED) Notfall Rettungsmed 2019; 22(7): 578-588, <https://doi.org/10.1007/s10049-019-0627-8>; von Stillfried D. Strukturierte medizinische Ersteinschätzung in Deutschland: Entstehung, Sachstand, Perspektiven. BOS-Leitstelle aktuell 2019; (4): 40-45

Stellungnahme

Schwerpunktmäßig nimmt das Zi zu den im Referentenentwurf vorgesehenen Regelungen im Bereich des Einsatzes von Ersteinschätzungsverfahren Stellung; weitere Aspekte finden Berücksichtigung, zu denen das Zi aufgrund von Vorarbeiten bzw. aktuellen Projekten Stellung beziehen kann.

Die **Empfehlungen** des Zi lauten:

1. In § 133b Abs. 3 wird als neuer Satz 5 eingefügt: Die Richtlinien nach § 75 Abs. 7 Nr. 6 sind zu beachten.
2. In § 123 Abs. 3 wird als neuer Satz 6 eingefügt: Bei den Vorgaben zur Durchführung des Ersteinschätzungsverfahrens für notdienstliche Fälle nach Satz 5 Nr. 2 sind die Richtlinien nach § 75 Abs. 7 Nr. 6 zu beachten.
3. In § 60 Abs. 3 Satz 1 wird ergänzt, dass der Rettungsdienst im Rahmen von Vereinbarungen nach § 133b Abs. 3 auch geeignete Vertragsarztpraxen anfahren kann.
4. § 60 Abs. 2 Satz 3 wird ergänzt durch einen Verweis darauf, dass entsprechende Dispositionsentscheidungen auf Grundlage unabhängiger Informationen über verfügbare stationäre oder ambulante Versorgungskapazitäten zu treffen sind.
5. § 285 Abs. 1 SGB V wird um einen Verweis auf patientenidentifizierende Daten sowie Ergebnisse der Ersteinschätzung ergänzt, KVen können zudem Tonaufzeichnungen von Gesprächen nach § 75 Abs. 1a Satz 3 Nr. 3 SGB V vornehmen und diese zu Qualitätssicherungszwecken auswerten; § 75 Abs. 7 SGB V wird um die Richtlinienkompetenz zur Regelung des Datenaustausches im Rahmen von Vereinbarungen nach § 133b Abs. 3 ergänzt.
6. § 123 Abs. 2 Satz 1 wird so modifiziert, dass Integrierte Notfallzentren insbesondere im Rahmen von Kooperationsvereinbarungen zwischen Kassenärztlichen Vereinigungen und Krankenhäusern von den Kassenärztlichen Vereinigungen zu betreiben sind. Folgerichtig müssen insbesondere Abrechnungsmöglichkeiten für Vertragsärzte vorgesehen werden, die im INZ tätig werden.

A. Grundlagen

1. Der Referentenentwurf führt eine Unterscheidung ein zwischen der medizinischen Versorgung in Notfällen und in Akutfällen:
 - a. Definition des medizinischen Notfalls in § 60 Abs. 1 S. 2 SGB V: Als Grundlage für den Leistungsanspruch auf medizinische Notfallrettung definiert der Gesetzgeber erstmalig den medizinischen Notfall als unmittelbare Lebensgefahr infolge von Verletzung oder Krankheit oder lebensbedrohliche Verschlechterung des Gesundheitszustands bzw. schwere Schädigung des Gesundheitszustands, sofern nicht unmittelbare medizinische Versorgung erfolgt.
 - b. Definition der notdienstlichen Versorgung in § 75 Abs. 1b SGB V: Der Sicherstellungsauftrag der Kassenärztlichen Vereinigungen (KVen) umfasst die vertragsärztliche Versorgung rund um die Uhr in Fällen, in denen eine sofortige Behandlung aus medizinischen Gründen erforderlich ist. Davon ausgenommen ist die notärztliche Versorgung, also die Versorgung medizinischer Notfälle.

2. Mit dem Referentenentwurf werden zwei neue Institutionen zur Koordination der Versorgung von Akut- und Notfällen geschaffen:
 - a. Gemeinsames Notfallsystem (GNL) nach § 133b SGB V: Die Kassenärztlichen Vereinigungen (KVen) haben auf Antrag eines Trägers einer Rettungsleitstelle (RLS) jeweils ein gemeinsames Notfallsystem einzurichten. KV und RLS gehen darin eine verbindliche Zusammenarbeit in organisatorischer und technisch-digitaler Form zur Disposition der notwendigen Versorgung in medizinischen Notsituationen ein. Dabei müssen sich die Kooperationspartner des GNL auf eine gemeinsame Abgrenzung von Akutversorgung (i.S. v. § 75 SGB V) und Notfallversorgung (i.S. v. § 60 SGB V) einigen.
 - b. Integrierte Notfallzentren (INZ) nach § 123 SGB V: INZ sollen der Sicherstellung der notdienstlichen Versorgung dienen und sind von KVen und Krankenhäusern gemeinsam als räumlich und wirtschaftlich abgegrenzte Einrichtungen an den vom erweiterten Landesausschusses benannten Standorten gemäß inhaltlicher Vorgaben des Gemeinsamen Bundesausschusses (GBA) zu errichten und unter fachlicher Leitung der KV zu betreiben. Der GBA macht Vorgaben zu Art und Umfang der notdienstlichen Versorgung, zur Ausstattung und zur Durchführung einer qualifizierten medizinischen Ersteinschätzung.
3. GNL und INZ sollen gemäß § 133b Abs. 4 SGB V zur Gewährleistung einer effektiven und effizienten Versorgung zusammenarbeiten.

B. Bedeutung medizinischer Ersteinschätzungsverfahren

Jedes medizinische Ersteinschätzungsverfahren enthält Kriterien, um medizinische Notfälle mit hoher Behandlungsdringlichkeit schnell und sicher zu identifizieren und weniger dringliche Fälle abzugrenzen. Folgerichtig erhalten strukturierte medizinische Ersteinschätzungsverfahren im Referentenentwurf instrumentelle Bedeutung, um im konkreten Fall eine Abgrenzung zwischen der Notfall- und der notdienstlichen Versorgung vorzunehmen.

Der Referentenentwurf legt dazu fest, dass anhand medizinischer Ersteinschätzungsverfahren sowohl im Rahmen von GNL als auch von INZ im Einzelfall über die jeweilige Zuständigkeit zu entscheiden ist.

So heißt es in § 133b Abs. 2: *„Das gemeinsame Notfallsystem vermittelt auf der Grundlage des Ersteinschätzungsverfahrens nach Absatz 3 Satz 5 eine unmittelbar erforderliche medizinische Versorgung in der gebotenen Versorgungsstruktur.“*

In § 133b Absatz 3 Satz 4 und 5 wird die Essenz des GNL beschrieben: *„Wesentlich für das gemeinsame Notfallsystem ist ein gemeinsames und verbindliches Verständnis zur Einschätzung der Dringlichkeit des medizinischen Versorgungsbedarfs und der Disposition der erforderlichen medizinischen Versorgung. Hierzu vereinbaren die Träger der Rettungsleitstellen der Rufnummer 112 mit der jeweils zuständigen Kassenärztlichen Vereinigung ein qualifiziertes, standardisiertes und softwaregestütztes Ersteinschätzungsverfahren von medizinischen Hilfeersuchen und die zum jeweiligen Endpunkt des Ersteinschätzungsverfahrens zu disponierende Versorgung.“*

Eine vergleichbar zentrale Steuerungsfunktion hat das Ersteinschätzungsverfahren gemäß § 123 Absatz 1 zur Festlegung, welche Patienten in INZ notdienstlich versorgt, welche Patienten an die Notaufnahme weitergeleitet und welche Patienten in die ambulante Regelversorgung geleitet werden. Im Unterschied zu den GNL gelten in den INZ keine Vereinbarungen zwischen den KVen und den Krankenhäusern, sondern Vorgaben des GBA gemäß § 123 Absatz 3 Satz 3 Nummer 2 *„zur Durchführung einer qualifizierten und standardisierten Ersteinschätzung des medizinischen Versorgungsbedarfs von Hilfesuchenden“*.

C. Bewertung

1. Im Rahmen der Bewertung ist zu berücksichtigen, dass neben den oben genannten beabsichtigten Neuregelungen bereits jetzt medizinische Ersteinschätzungsverfahren auf gesetzlicher Grundlage eingesetzt werden.
 - a. Im Terminservice- und Versorgungsgesetz (TSVG) hat der Gesetzgeber Wert darauf gelegt, dass die KVen im Rahmen der telefonischen Ersteinschätzung akuter Behandlungsanliegen durch die Terminservicestellen gemäß § 75 Absatz 1a Satz 3 Nummer 3 SGB V ein bundeseinheitliches strukturiertes Ersteinschätzungsverfahren nutzen und dazu der Kassenärztlichen Bundesvereinigung gemäß § 75 Abs. 7 Nummer 6 SGB V die Richtlinienkompetenz übertragen. Auf Basis der Richtlinie ist ein entsprechendes strukturiertes Verfahren zur telefonischen Ersteinschätzung medizinischer Hilfeersuchen mit der vom Swiss Medical Assessment System (SMAS) adaptierten Strukturierten medizinischen Ersteinschätzung in Deutschland (SmED) bereits erfolgreich in den KVen implementiert worden.
 - b. Zudem haben die Notaufnahmen der Krankenhäuser nach Maßgabe der §§ 12 und 25 des GBA-Beschlusses zur gestuften Notfallversorgung vom 19.04.2018 zur Behandlungspriorisierung alle Patienten binnen 10 Minuten nach Eintreffen einer strukturierten medizinischen Ersteinschätzung zu unterziehen. Während das in den Terminservicestellen der KVen einzusetzende Verfahren neben einer Empfehlung zur Dringlichkeit einer Behandlung auch eine Empfehlung der medizinisch gebotenen Versorgungsebene bzw. –struktur enthalten muss, sollen die Triageverfahren in den Notaufnahmen alleine der Priorisierung der Behandlung dienen.
2. Somit bestehen in der Ausgangslage unterschiedliche Ansprüche an strukturierte Ersteinschätzungsverfahren. Durch den Referentenentwurf kommen weitere hinzu. Unbeschadet ihrer noch ausstehenden Konkretisierung im Einzelnen gleichen die in GNL und INZ einzusetzenden Verfahren dem Grunde nach dem Anforderungsprofil der Terminservicestellen an ein Ersteinschätzungsverfahren, denn in GNL und INZ ist jeweils nicht nur über die Dringlichkeit (Notfall?), sondern auch über die zur weiteren Behandlung richtige Versorgungsstruktur zu entscheiden.
3. Derzeit existieren in Deutschland mehr als 250 Rettungsleitstellen. Da nach dem jetzigen Regelungsentwurf für § 133b die KVen verpflichtet werden, auf Kooperationsansinnen der Träger einzugehen, ist grundsätzlich nicht auszuschließen, dass eine Vielzahl von Vereinbarungen geschlossen wird, die in Abgrenzungskriterien und Dispositionsempfehlungen voneinander und von Vorgaben des GBA zur Durchführung der Ersteinschätzung in INZ abweichen. Diese Heterogenität würde die nach § 133b Absatz 4 gebotene Kooperation zwischen GNL und INZ erschweren. Soweit ein Effekt auf die Dispositionen der notdienstlichen Versorgung nicht ausgeschlossen werden kann und somit eine einheitliche Anwendung von SmED auf dem Gebiet der notdienstlichen Versorgung untergraben würde, stünden solche lokal im Rahmen GNL und INZ wirkende Abweichungen in einem Widerspruch zur Richtlinienkompetenz der KBV gemäß § 75 Abs. 7 Nummer 6 SGB V.
4. Für die INZ soll der GBA Vorgaben zur *Durchführung* der Ersteinschätzung machen. Hierbei kann nicht nur auf die Dringlichkeit einer Behandlung abgehoben werden. Vielmehr ist die Ersteinschätzung ein Instrument, die Fälle zu erkennen, die das INZ unmittelbar zur Behandlung an die Notaufnahme weiterleiten muss bzw. welche Patienten besser in die Regelversorgung geleitet werden sollten. Wesentliche Kriterien hierbei werden neben der Dringlichkeit auch die zur weiteren Behandlung erforderlichen medizinischen Ressourcen

sein. Auf diese Kriterien wiederum wirken die Vorgaben des GBA zu Art und Umfang der notdienstlichen Versorgung und zu den apparativen und personellen Anforderungen.

5. Wegen der zentralen Funktionalität, die medizinische Ersteinschätzungsverfahren zur Erreichung einer effektiven und effizienten Arbeitsteilung zwischen der Notfall- und der notdienstlichen Versorgung und damit zu einer höheren Patientensicherheit beitragen können, sollte sichergestellt sein, dass sich die in den Terminservicestellen der KVen, in den GNL und in den INZ eingesetzten Verfahren im Hinblick auf Entscheidungskriterien, Endpunkte und Versorgungsdispositionen nicht substantiell widersprechen.

Dies kann dadurch sichergestellt werden, dass **in § 133b Abs. 3 als neuer Satz 5 eingefügt wird „Die Richtlinien nach § 75 Abs. 7 Nr. 6 sind zu beachten.“**

Ebenso sollte **in § 123 Abs. 3 als neuer Satz 6 eingefügt werden: „Bei den Vorgaben zur Durchführung des Ersteinschätzungsverfahrens für notdienstliche Fälle nach Satz 5 Nr. 2 sind die Richtlinien nach § 75 Abs. 7 Nr. 6 zu beachten.“**

6. Tatsächlich wäre eine entsprechende gesetzliche Anforderungen gut umsetzbar:
 - a. Inhaltlich ist SmED leicht anschlussfähig an strukturierte Fragenkataloge, die derzeit im Rettungsdienst Anwendung finden, etwa in den Vorgaben der ärztlichen Leiter Rettungsdienst sowie in entscheidungsunterstützenden Softwareprogrammen für Rettungsleitstellen. Hierbei ist in der Regel das ABCDE-Schema² in jeweils leicht abgewandelter Form maßgeblich, welches zur strukturierten Prüfung auf lebensbedrohliche Beeinträchtigungen der Vitalfunktionen herangezogen wird. In SmED werden Fragen zum ABCDE-Schema in einem ‚Vortriage‘ genannten Modul zusammengefasst, mit dem zu Beginn des Assessments geprüft wird, ob ein potenziell lebensbedrohlicher Notfall vorliegt. Wird eine dieser Fragen im Rahmen der telefonischen Ersteinschätzung positiv beantwortet, ist der Fall in der Regel sofort an den Rettungsdienst abzugeben. Die Ersteinschätzung durch SmED endet in diesem Fall nach wenigen Sekunden; die Dispositionssoftware der KVen generiert einen Datensatz, der an den Rettungsdienst weitergegeben werden kann. Liegt nach den ABCDE-Kriterien kein offenkundiger Notfall vor, setzen die Terminservicestellen der KVen SmED für differenziertere Fragen zur weiteren Einschätzung der Dringlichkeit und der angemessenen Versorgungsstruktur ein. SmED liefert mit dem Vortriage-Modul eine Grundlage für eine gemeinsame Fragestruktur zur klaren Abgrenzung der Kompetenzen zwischen der Notfall- und der notdienstlichen Versorgung sowie für die Übergabe eines telefonischen Hilfeersuchens von der 116117 an die 112 und umgekehrt. Dabei besteht Spielraum zur Vereinbarung gemeinsamer Dispositionsprinzipien, um regionale Versorgungsstrukturen in der Notfall- und in der notdienstlichen Versorgung zu berücksichtigen.
 - b. Auch im Rahmen der notdienstlichen Versorgung in INZ müssen medizinische Notfälle schnell und sicher erkannt und in die Notaufnahme weitergeleitet werden. Hierbei müssen die Kriterien, nach denen eine Zuständigkeit der Notaufnahme besteht, vollständig abgebildet sein. Die Priorisierung der Behandlungen in der Notaufnahme kann hierdurch noch nicht festgelegt werden. Dies muss Aufgabe der jeweiligen Notaufnahme bleiben, die hierbei auch die direkten Zugänge aus dem Rettungsdienst berücksichtigen muss. Durch eine geeignete Vortriage können auch

² Münzberg M, Mahlke L, Bouillon B et al Sechs Jahre Advanced Trauma Life Support (ATLS) in Deutschland. Unfallchirurg 2010 113:561-567 DOI 10.1007/s00113-010-1765-0; ATLS Subcommittee. Advanced trauma life support (ATLS): the ninth edition. J TraumaAcute Care Surg 2013; 74(5): 1363-6 DOI: 1097/TA.0b013e3182b82f5

im INZ die Patienten mit einer offenkundigen Behandlungsnotwendigkeit in der Notaufnahme identifiziert werden. Dieses Vortriagemodul kann und muss jedoch anders als in den GNL konzipiert sein, da die Patienten anders als im Falle des telefonischen Hilfeersuchens in Augenschein genommen werden können. In vielen Bereitschaftspraxen an Notaufnahmen existieren daher bereits heute Kriterienraster zur schnellen Identifikation der Patienten für die Notaufnahme. Diese eignen sich als Grundlage einer Vortriage, an die sich im Falle medizinischer Notfälle unmittelbar das klinische Triageverfahren, im Falle potenziell notdienstlicher Fälle hingegen eine Einschätzung mit SmED anschließen kann.

7. Auf die Einheitlichkeit der Dispositionskriterien für notdienstliche Fälle ist auch deshalb zu achten, da **die Möglichkeit** in Betracht gezogen werden sollte, **dass der Rettungsdienst im Rahmen von GNL nicht nur INZ und Notaufnahmen anfährt, sondern - soweit nach mobiler Anwendung des strukturierten medizinischen Ersteinschätzungsverfahrens empfohlen - auch geeignete Vertragsarztpraxen.** Hierfür existieren bereits regionale Modellvorhaben. **Dies bedürfte einer entsprechenden Ergänzung in § 60 Abs. 3 Satz 1 des Referentenwurfs** und kann zu einer erheblichen Reduktion der sogenannten Fehlfahrten im Rettungsdienst beitragen, bei denen nach Bewertung des telefonischen Hilfeersuchens durch die Rettungsleitstelle zwar ein Einsatz ausgelöst wurde, im Rahmen der Inaugenscheinnahme des Patienten am Einsatzort jedoch Zweifel am Vorliegen eines medizinischen Notfalls bestehen. Hierbei sollte im Rahmen von GNL durch mobilen Einsatz des Ersteinschätzungsverfahrens die **Eignung einer notdienstlichen bzw. vertragsärztlichen Versorgung geprüft** werden und im Rahmen der Disposition auf **die gleichen Anforderungen zurück gegriffen werden können, die von den Terminservicestellen nach § 75 Abs. 1a Satz 3 Nr. 3 SGB V zur Beurteilung von Akutfällen** herangezogen werden.

D. Weitere Aspekte

Steuerung von Einsätzen des Rettungsdienstes nach erfolgter Ersteinschätzung

Zu begrüßen ist, dass in § 60 Abs. 2 die **Disposition im Rettungsdienst einer ärztlichen Verordnung gleichgestellt** wird, soweit hierdurch unnötige Belastungen der Vertrags- und Notärzte vermieden werden. **Es sollte jedoch klargestellt werden, dass entsprechende Dispositionsentscheidungen nicht zu einer Steuerung in bevorzugte Einrichtungen berechtigen. Vielmehr müssen neutrale Verteilsysteme genutzt werden** wie z.B. die Terminservicestelle der KVen oder IVENA, die eine Verfügbarkeit aller medizinisch geeigneten Einrichtungen der jeweiligen Versorgungsebene anzeigen.

Datenverarbeitung

Die mit dem Referentenentwurf im Rahmen von GNL und INZ geforderte Koordination zwischen der Notfall- und der notdienstlichen Versorgung setzt präzise **Kompetenzzuweisungen zur elektronischen Datenspeicherung und -verarbeitung** voraus. Das Zi ist in verschiedene Pilotprojekte eingebunden, die sich dem Aufbau von GNL- und INZ-ähnlichen Kooperationsstrukturen widmen. Aufgrund dieser Erfahrungen bestehen Zweifel, ob die im Referentenentwurf bisher zur Datenverarbeitung vorgesehenen Regelungen ausreichen.

Gegenwärtig fehlen ausreichende Rechtsgrundlagen, um die systematisch und einheitlich eindeutige Identifikation von Patienten sicherstellen zu können, die zwischen Rettungsleitstellen und Terminservicestellen der KVen bzw. zwischen INZ und Notaufnahmen im Rahmen der

Ersteinschätzung weitergeleitet werden. Um Rechtssicherheit zu schaffen, müssen die jeweiligen Einrichtungen **explizit gesetzlich verpflichtet** werden, die **personenidentifizierenden Merkmale wie Name, Vorname, EGK-Nummer, Einsatzort, sowie Ergebnisse des Ersteinschätzungsverfahrens zu speichern, zu verarbeiten und an die disponierende bzw. behandelnde Stelle weiterzuleiten**. Dies ist auch erforderlich, um ein schnelles auf den jeweiligen Fall bezogenes Feedback zur Qualität der Ersteinschätzung durch die behandelnde Stelle zu ermöglichen. Für die Terminservicestellen der KVen entspräche dies einer Erweiterung des § 285 Abs. 1 SGB V; analog sind geeignete Regelungsstandorte für die Rettungsleitstellen und den Rettungsdienst, die INZ und die Krankenhäuser zu identifizieren. Zudem sollte § 75 Abs. 7 SGB V erweitert werden um die Möglichkeit, die verschiedenen Vereinbarungen zu GNL mit einer einheitlichen Schnittstelle bzw. Vorgaben für den Datenaustausch zwischen KVen und Rettungsleitstellen zu versehen.

Für die Terminservicestellen der KVen ist es zudem von Bedeutung, eine **Rechtsgrundlage für die Anfertigung von Tonaufzeichnung der Gespräche nach § 75 Abs. 1a Satz 3 Nr. 3 SGB V und für deren Auswertung für Zwecke der Qualitätssicherung** zu erhalten. Da im Bereich der notdienstlichen Versorgung eine breite Spanne von Behandlungsanliegen vorgetragen wird, gibt es insbesondere bei der telefonischen Aufnahme dieser Anliegen einen relevanten Anteil, der sich trotz strukturierter Ersteinschätzungsverfahren nicht einfach einordnen lässt und ein laufendes Qualitätsmanagement, Mitarbeiterfortbildung sowie ggf. die Weiterentwicklung des Ersteinschätzungsverfahrens erfordert.³ Dies ist nicht allein anhand der dokumentierten Assessments zu leisten. Vielmehr bedarf es der Möglichkeit, anhand der Tonaufzeichnungen *und* der Ersteinschätzungsprotokolle laufend die Übersetzung des mitgeteilten Anliegens durch die Disponenten in die Struktur des Ersteinschätzungsverfahrens zu evaluieren. Dafür muss Rechtssicherheit geschaffen werden.

Rechtlicher Rahmen für Einrichtung und Betrieb von INZ

Da sich das Zi satzungsgemäß wissenschaftlich mit der Sicherstellung der vertragsärztlichen Versorgung auseinandersetzt, wurden bereits im Vorfeld des Referentenentwurfs in Prüfung des Gutachtens des Sachverständigenrats Gesundheit zur Reform der Notfallversorgung Berechnungen zum Personalbedarf in INZ durchgeführt. Demnach wäre **selbst eine vergleichsweise kleine Anzahl von INZ im 24/7-Betrieb rein rechnerisch nicht ohne spürbare Einschnitte in die bestehende hausärztliche Praxisstruktur zu besetzen**. Sofern **weitere fachärztliche Kompetenzen**, wie etwa chirurgisch-orthopädische, kinderärztliche, augenärztliche etc. zusätzlich vorgehalten werden müssten, würde dies bereits rein rechnerisch **einen erheblichen Teil der in der Regelversorgung verfügbaren Kapazitäten beanspruchen**.⁴ Dies lässt unberücksichtigt, dass aufgrund fehlender Studienplätze sich bereits jetzt ein **zunehmender Engpass an ärztlichen Kapazitäten** sowohl in der stationären als auch in der vertragsärztlichen Versorgung aufbaut.⁵

Diese Eckpunkte sprechen dafür, dass Vorgaben zum Aufbau von INZ **möglichst keine zusätzlichen ärztlichen Ressourcen erfordern oder zumindest einen ausreichenden Gestaltungsspielraum lassen sollten, inhaltliche Anforderungen mit bestehenden Strukturen zu bedienen**. Dies wiederum würde erfordern, dass die **notdienstliche Versorgung auch durch Vertragsärzte erbracht und abgerechnet werden kann**, um etwa während der Praxisöffnungszeiten Vertragsarztpraxen mit der notdienstlichen Versorgung zu betrauen und außerhalb der Praxisöffnungszeiten auf bewährte

³ Graversen DS, Pedersen AF, Carlsen H et al (2019) Quality of out-of-hours telephone triage by general practitioners and nurses: development and testing of the AQTT – an assessment tool measuring communication, patient safety and efficiency. Scandinavian Journal of Primary Health Care 37(1): 18-29, DOI 10.1080/02813432.2019.1568721; Derkx H (2010) For your ears only. Quality of telephone triage at out-of-hours centres in the Netherlands. Lambert Academic Publishing ISBN 978-3-8383-4723-3

⁴ Quelle: <https://www.zi.de/presse/archiv/pressemitteilungen/2016/13-oktober-2016/>

⁵ Quelle: <https://www.zi.de/presse/presseinformationen/25-mai-2019/>

Modelle der Bereitschaftsdienstorganisation bzw. Kooperationsverträge mit Krankenhäusern zurückgreifen zu können. Die Öffnung, **INZ durch Kooperationsverträge** zu betreiben, anstatt durch eigene Gesellschaften, reduziert das Problem ggf. erforderlicher personeller und apparativer Doppelvorhaltungen erheblich. Hierfür existieren bereits in vielen KV-Bereichen Vorlagen. Exemplarisch dürfen wir mit Zustimmung der KV Berlin ein **Beispiel als Anlage** beifügen.

06.02.2020

Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung

Der Vorstand

Kooperationsvertrag

zwischen

Krankenhaus

vertreten durch

Vertretungsberechtigten

und der

**Kassenärztlichen Vereinigung Berlin
K.d.ö.R.**

vertreten durch den Vorstand

- nachfolgend auch KV genannt -

**über die Errichtung und den Betrieb einer
KV-Notdienstpraxis für Erwachsene**

am Krankenhaus

Präambel

Zur medizinischen Versorgung von Versicherten in sprechstundenfreien Zeiten sollen die vorhandenen Kapazitäten und Ressourcen effizient genutzt werden. Durch Kooperation der verschiedenen Beteiligten und Verzahnung der Strukturen können die bestehenden Angebote optimiert und erweitert werden. Als niedrigschwelliges Angebot der ambulanten ärztlichen Versorgung wird die KV-Notdienstpraxis in Kooperation der Partner dieser Vereinbarung als erste Anlaufstelle für Versicherte angeboten, die außerhalb der Sprechstundenzeiten einer Versorgung bedürfen.

Ziel dieses Vertrages ist es, die Rettungsstelle für Erwachsene des Krankenhauses zu entlasten und die ambulante ärztliche Versorgung zum Wohle der Patienten auch in sprechstundenfreien Zeiten an geeigneten Standorten anzubieten.

§ 1 Gegenstand

Gegenstand dieser Vereinbarung ist die Errichtung und der Betrieb einer KV-Notdienstpraxis sowie die Zusammenarbeit bei dem Betrieb der KV-Notdienstpraxis in Erfüllung der gesetzlichen Vorgaben aus § 75 Abs. 1b Satz 2 SGB V. Die §§ 73 und 76 SGB V bleiben unberührt.

§ 2 Organisation

- (1) Die KV-Notdienstpraxis wird als eigene räumlich-organisatorische Einheit nur in sprechstundenfreien Zeiten betrieben. Dabei stellt die KV Berlin dienstplanmäßig vorgesehene Ärzte* zur Besetzung der KV-Notdienstpraxis zu den in Anlage 1 vereinbarten Dienstzeiten. Die Organisation bezüglich Auswahl, Einsatz und Vertretung im Verhinderungsfall der Vertragsärzte obliegt der KV Berlin. Sollte der KV Berlin eine Organisation im Verhinderungsfall nicht möglich sein, übernimmt das Krankenhaus die Versorgung der Patienten entsprechend § 2 Abs. 2. Die KV Berlin soll den Dienstplan dem Krankenhaus zwei Wochen im Voraus übermitteln. Mit Zustimmung der Ärzte der KV Berlin und dem Krankenhaus kann über die im Dienstplan festgelegten Dienstzeiten hinaus die Einsatzzeit in Einzelfällen verlängert werden, wenn dies durch die Anzahl der zu versorgenden Patienten notwendig ist. Die Sicherstellung des Facharztstatus* wird zu jeder Zeit gewährleistet.
- (2) In den übrigen sprechstundenfreien Zeiten (insb. Nachtstunden während der gesamten Woche) erfolgt die Besetzung der Dienste für die ärztliche Versorgung gemäß § 75 Abs. 1b SGB V in Abstimmung der Vertragspartner. Das Krankenhaus nimmt zu diesem Zweck an der vertragsärztlichen Versorgung teil. Die Sicherstellung des Facharztstandards wird zu jeder Zeit gewährleistet.
- (3) Das Krankenhaus stellt sicher, dass die in der KV-Notdienstpraxis diensthabenden Ärzte* jeweils während der Öffnungszeiten durch eine geeignete Fachkraft (z.B. Medizinische Fachangestellte*, Gesundheits- und Krankenpfleger*) in den Behandlungsräumen begleitet und unterstützt werden. Die Aufgaben sowie die erforderliche Qualifikation der unterstützenden Fachkraft sind in Anlage 2 zu diesem Vertrag geregelt. Es besteht kein Anspruch der KV Berlin, konkrete nichtärztliche Mitarbeiter dauerhaft zu fordern. Das Krankenhaus ist insoweit nur zur Stellung geeigneten Personals entsprechend der in der Anlage 2 festgelegten Anforderungen verpflichtet. Das Krankenhaus unterliegt bei der Sicherstellung der personellen Unterstützung der Sorgfaltspflicht gemäß § 277 BGB (Sorgfalt in eigenen Angelegenheiten). Ist dem Krankenhaus eine personelle Unterstützung der

* Die Begriffe „Arzt“, „Ärzte“ und „Patienten“ o.ä. sind stets geschlechtsneutral zu verstehen.

KV Berlin für bevorstehende Dienste nicht möglich, so ist die KV Berlin umgehend hierüber zu informieren. In diesem Fall stellt das Krankenhaus sicher, dass sowohl das Kartenlesegerät und der Laptop der KV-Notdienstpraxis für den gemeinsamen Tresen als auch der Medienwagen der KV-Notdienstpraxis in dem Behandlungsraum angeschlossen zur Verfügung steht. Die Beaufsichtigung des Wartebereichs wird in diesem Fall ebenfalls durch das Krankenhaus gewährleistet.

§ 3 Zuständigkeit für die medizinische Versorgung

- (1) Die Kooperationspartner vereinbaren eine enge Zusammenarbeit, durch die folgende Ziele erreicht werden sollen:
 - Verbesserung der ambulanten Notfallversorgung von Erwachsenen durch die Nutzung der Infrastruktur eines Krankenhauses im Bedarfsfall.
 - Vermeidung unnötiger Krankenhauseinweisungen durch eine enge Zusammenarbeit zwischen der KV-Notdienstpraxis und dem Krankenhaus.
 - Vertrauensvolle Zusammenarbeit mit dem Ziel der ständigen Weiterentwicklung der Kooperation entsprechend des medizinischen Fortschritts und der Bedarfssituation der Bevölkerung, unter Berücksichtigung sich ändernder gesetzlicher Bestimmungen und untergesetzlicher Normen.
- (2) Die Kooperationspartner sind sich darüber einig, dass durch den Betrieb der KV-Notdienstpraxis in den Räumlichkeiten des Krankenhauses die originären Aufgaben der Vertragsparteien nicht berührt werden.
- (3) Zur Vermeidung möglicher Abgrenzungsprobleme vereinbaren die Kooperationspartner folgende Grundsätze:
 - a) Die KV-Notdienstpraxis nimmt die Aufgaben in dem Umfang wahr, der sich aus den gesetzlichen und vertraglichen Erfordernissen der vertragsärztlichen Versorgung zu den sprechstundenfreien Zeiten ergibt.
 - b) Die KV-Notdienstpraxis ist während der Dienstzeiten der KV-Notdienstpraxis mit geeigneten Ärzten* (z. B. Fachärzte für Allgemeinmedizin, Praktischen Ärzten, hausärztlich tätige Fachärzte für Innere Medizin) besetzt.
 - c) Das Krankenhaus ist grundsätzlich zuständig für alle Patienten, die mit Rettungsmitteln in das Krankenhaus eingeliefert werden, mit einer Krankenhauseinweisung vorstellig werden oder bei denen aufgrund einer akut bedrohlichen bzw. zeitkritischen Erkrankung oder Verletzung eine sofortige fachspezifische Behandlung mit den Mitteln eines Krankenhauses erforderlich ist, sowie für Patienten, die in Fachabteilungen des Krankenhauses behandelt wurden und aufgrund akuter Komplikationen unmittelbar Einrichtungen des Krankenhauses in Anspruch nehmen (nachstationäre Behandlung). Die KV-Notdienstpraxis ist zuständig für die ambulante Versorgung aller übrigen Patienten. Sofern Patienten, die mit Rettungsmitteln eingeliefert werden, nach der Ersteinschätzung als ambulante Fälle anzusehen sind, werden sie an die KV-Notdienstpraxis verwiesen.

* Die Begriffe „Arzt“, „Ärzte“ und „Patienten“ o.ä. sind stets geschlechtsneutral zu verstehen.

- d) Das Krankenhaus stellt während der Dienstzeiten der KV-Notdienstpraxis sicher, dass Patienten, die das Gelände des Krankenhauses betreten, bzw. deren Angehörige auf die KV-Notdienstpraxis hingewiesen werden. Zudem stellt das Krankenhaus sicher, dass Patienten bzw. deren Angehörige durch Personal des Krankenhauses hinsichtlich der Beschwerden befragt und dahingehend eingeschätzt werden, ob die Beschwerden ambulant durch die KV-Notdienstpraxis behandelbar sind. Über das anzuwendende Ersteinschätzungsverfahren (Anlage 3) verständigen sich die Vertragsparteien gesondert. Sofern der Patient nach der Ersteinschätzung ambulant durch die KV-Notdienstpraxis behandelt werden kann, erfasst das Personal des Krankenhauses unter kurzer Angabe der Beschwerden und der Dringlichkeit den Patienten im Praxisverwaltungssystem der KV-Notdienstpraxis („Gemeinsamer Tresen“). Die hierfür notwendige technische Anbindung an das Praxisverwaltungssystem ist von der KV Berlin sicherzustellen. Die Abstimmung der Zuständigkeiten erfolgt auf kooperativer Basis und stets unter Berücksichtigung der Behandlungsbedürftigkeit des Patienten.
- e) Zur Sicherstellung der Datenschutzkonformität im Rahmen der Patientenerfassung schließen die Vertragspartner einen gesonderten Vertrag. Dieser regelt die datenschutzrechtlichen Belange beim Einsatz des Krankenhauspersonals im Rahmen des „Gemeinsamen Tresens“.
- f) Bei telefonischen Anfragen von Patienten gegenüber dem Krankenhauspersonal ist auf die Leitstelle der KV Berlin unter der Rufnummer 116117 bzw. auf die Notrufnummer 112 zu verweisen.
- g) Die Behandlung von Fällen der Gesetzlichen Unfallversicherung und ausländischen Selbstzahlern liegt in der Zuständigkeit des Krankenhauses.
- h) Die in der KV-Notdienstpraxis durchgeführte Behandlung darf den Umfang einer ambulanten Notfallbehandlung im Sinne des Wirtschaftlichkeitsgebotes des § 12 SGB V nicht überschreiten. Die erforderlichen Verordnungen erfolgen durch die diensthabenden Ärzte auf den im Rahmen der ambulanten vertragsärztlichen Versorgung vorgesehenen Vordrucken. Die Vordrucke werden in der KV-Notdienstpraxis vorrätig gehalten.
- i) Kann die Behandlung aus medizinischen Gründen nicht allein durch die KV-Notdienstpraxis durchgeführt oder beendet werden, wird von der KV-Notdienstpraxis die Weiterbehandlung durch eine Rettungsstelle initiiert. Hierfür wird dem Patienten eine Behandlungsdokumentation mitgegeben, die alle wesentlichen Erkenntnisse und Angaben zu bereits erfolgten oder eingeleiteten Maßnahmen enthält. Unter Beachtung der Wahlfreiheit des Patienten soll das Anmeldepersonal des Krankenhauses gegebenenfalls unverzüglich unterrichtet werden. Im Rahmen der regulären Abrechnung der Rettungsstellenfälle des Krankenhauses gegenüber der KV Berlin werden die von der KV-Notdienstpraxis übernommenen Fälle mit der Angabe „von KV-Notdienstpraxis übernommen“ versehen. Im Sinne von § 2 Abs. 2 soll zweckmäßigerweise vorrangig darauf hingewirkt werden, dass sich der Patient im Krankenhaus vorstellt.
- j) Für den Fall, dass von der KV-Notdienstpraxis behandelte Patienten die Rettungsstelle außerhalb der Öffnungszeiten der KV-Notdienstpraxis erneut aufsuchen, wird die Be-

handlungsdokumentation der KV-Notdienstpraxis für zwei Wochen in der Rettungsstelle gelagert, so dass mit Einwilligung der wiedervorstellig werdenden Patienten vom Krankenhaus Einsicht genommen werden kann. Für die Bereitstellung eines entsprechenden Vordrucks ist die KV Berlin zuständig. Über die Einsichtnahme wird die KV Berlin umgehend informiert. Die Parteien streben eine umgehende elektronische Übermittlung der Behandlungsdokumentation an.

§ 4 Mitnutzung von Räumlichkeiten des Krankenhauses

- (1) Der Vertrag steht unter der aufschiebenden Bedingung, dass das Krankenhaus der KV Berlin die Räumlichkeiten für die Einrichtung und den Betrieb einer KV-Notdienstpraxis überlässt.
- (2) Eine Mitnutzung der überlassenen Räume durch das Krankenhaus findet außerhalb der Sprechzeiten der KV-Notdienstpraxis statt.
- (3) Die seitens des Krankenhauses überlassenen Räumlichkeiten ergeben sich aus dem Grundrissplan, der diesem Vertrag als Anlage 4 beigelegt ist. Die Räumlichkeiten werden der KV Berlin zur (Mit-)Nutzung für den Betrieb der KV-Notdienstpraxis zur Verfügung gestellt. Das Krankenhaus gewährleistet in Absprache mit der KV Berlin eine ausreichende und sichtbare Beschilderung der KV-Notdienstpraxis. Die Kosten hierfür trägt das Krankenhaus.
- (4) Die von der KV Berlin eingebrachten Einrichtungs- und Ausstattungsgegenstände werden in je einem separaten Inventar- und Bestandsverzeichnis erfasst. Gleiches gilt für die vom Krankenhaus eingebrachten Einrichtungs- und Ausstattungsgegenstände. Dieses Verzeichnis ist bei Veränderungen entsprechend zu aktualisieren und wird als Anlage 5 diesem Kooperationsvertrag angefügt.
- (5) Sofern die Nutzbarkeit der Räumlichkeiten beeinträchtigt ist, stellt das Krankenhaus für die Verfügbarkeit angemessene Räumlichkeiten für den Routinebetrieb der KV-Notdienstpraxis unter Einhaltung aller Punkte des Kooperationsvertrages zur Verfügung. Die anfallenden (Umzugs-)Kosten trägt Krankenhaus.
- (6) Die Reinigung der Räumlichkeiten wird vom Krankenhaus organisiert. Dabei ist vom Krankenhaus zu gewährleisten und zu dokumentieren, dass die Räume zwischen der vorangegangenen Nutzung und dem Dienstbeginn entsprechend den für das Krankenhaus gültigen Reinigungsvorgaben gereinigt werden.
- (7) Das Krankenhaus stellt die Versorgung bzw. Entsorgung mit/von Wasser, Müll, Strom und Heizung für die Dauer der Nutzung der KV-Notdienstpraxis sicher.

§ 5 Parkplätze

Das ärztliche Personal der KV-Notdienstpraxis darf frühestens 30 Minuten vor Beginn bis spätestens 30 Minuten nach Ende der Dienstzeiten Parkplätze auf dem Gelände des Krankenhauses (Anlage 6) nutzen. Die Nutzung ist mit dem Nutzungsentgelt gemäß § 8 abgegolten.

* § 6 Medizinisches Verbrauchsmaterial / Sprechstundenbedarf

Der Sprechstundenbedarf wird vom Krankenhaus gestellt. Hierfür zahlt die KV Berlin eine Pauschale von 2,05 EUR je Fall. Die Rechnungsstellung über den Sprechstundenbedarf erfolgt einmal im Quartal. Der Rechnungsbetrag ist ohne Abzüge mit einer Frist von 14 Tagen nach Erhalt der Rechnung fällig und auf folgendes Konto zu überweisen:

Kontoinhaber:

IBAN:

BIC:

Verwendungszweck:

(Verwendungszweck bitte unbedingt angeben)

* Die Krankenhausapotheken dürfen Arzneimittel für ambulante Behandlungen nur in Ausnahmefällen abgeben. Zu den Ausnahmefällen gehören nach § 14 Abs. 7 ApoG, z. B. Behandlungen von ermächtigten Krankenhausärzten nach § 116 SGB V und Patienten, die ambulant operiert werden (§ 115 b SGB V), nicht jedoch Patienten, die im Rahmen einer gemeinsamen Kooperation gemäß § 75 Abs. 1 b SGB V durch eine KV-Notdienstpraxis ambulant behandelt werden. De lege lata kann aus diesem Grund diese vorzugswürdige Fassung von § 6 keine Anwendung finden. Stattdessen erhält § 6 folgende Fassung:

§ 6 Medizinisches Verbrauchsmaterial / Sprechstundenbedarf

Der Sprechstundenbedarf wird von der KV Berlin für die KV-Notdienstpraxis jeweils auf die Betriebsstätten-Nummer bezogen bei der federführenden Krankenkasse bestellt. Im Anschluss wird der Sprechstundenbedarf durch die KV Berlin an eine vom Krankenhaus zu benennende Person übergeben, die Sorge dafür trägt, dass der für den Betrieb der KV-Notdienstpraxis erforderliche Sprechstundenbedarf in den Räumen der KV-Notdienstpraxis zur Verfügung steht.

§ 7 Telekommunikationsanschlüsse

In der KV-Notdienstpraxis wird für Telefonate, Faxe und Internet vom Krankenhaus ab dem 14.02.2020 eine Infrastruktur zur Verfügung gestellt, die einen Anschluss an den örtlichen DSL-Anschluss der KV Berlin ermöglicht.

§ 8 Nutzungsentgelt

Die Nutzung der o.g. Räume für eine KV-Notdienstpraxis einschließlich der Parkplatznutzung sowie die Unterstützung durch das nichtärztliche Krankenhauspersonal im Rahmen des Praxisbetriebs (§ 2 Abs. 3 i. V. m. Anlage 2) und der Ersteinschätzung (§ 3 Abs. 3 d) wird pauschal vergütet. Hierzu zahlt die KV Berlin ein pauschales Nutzungsentgelt inkl. der jeweils gültigen Umsatzsteuer i. H. v. XX € (brutto) pro Stunde. Die Anzahl der Stunden ergibt sich aus Anlage 1, Ziff. 2 und beinhaltet auch die in Anlage 2 vereinbarten Rüstzeiten vor Öffnung der KV-Notdienstpraxis und nach deren Schließung. Die Rechnungsstellung erfolgt monatlich. Der Rechnungsbetrag ist ohne Abzüge mit einer Frist von 30 Tagen nach Erhalt der Rechnung fällig und auf folgendes Konto zu überweisen:

Kontoinhaber:

IBAN:

BIC:

Verwendungszweck:

(Verwendungszweck bitte unbedingt angeben)

Führen spätere Tarifsteigerungen oder Änderungen der Räumlichkeiten nachweislich zu einer Erhöhung der Kosten, so werden sich die Vertragsparteien darüber verständigen, ob und ggf. in welchem Umfang die Pauschalvergütung entsprechend anzupassen ist.

§ 9 Haftung, Versicherungsschutz, Datenschutz

- (1) Die KV Berlin und das Krankenhaus übernehmen gegenseitig die Haftung für Schäden am Inventar, die durch das jeweilige Personal verursacht werden, sofern die Schäden nicht im Rahmen des üblichen Gebrauchs entstehen. Die Haftung im Rahmen von Schadensersatzansprüchen wird für beide Seiten auf grobe Fahrlässigkeit beschränkt. Im Übrigen ist die KV Berlin nicht haftbar für Schäden an Einrichtungen oder Eigentum des Krankenhauses, die durch das im Krankenhaus angestellte Personal und/oder durch Patienten des Krankenhauses verursacht werden. Das gilt auch für Schäden, die während des Betriebs der KV-Notdienstpraxis verursacht werden.
- (2) Die im Rahmen dieser Vereinbarung in der KV-Notdienstpraxis tätigen Ärzte* haften gegenüber den Patienten für alle durch sie oder ihre Erfüllungsgehilfen schuldhaft verursachten Schäden nach den gesetzlichen Vorschriften. Soweit nichtärztliches Personal des Krankenhauses aufgrund von fachlichen Weisungen der in der KV-Notdienstpraxis tätigen Ärzte tätig wird, gilt dieses als Erfüllungsgehilfe.
- (3) Die in der KV-Notdienstpraxis tätigen Ärzte üben ihre Tätigkeit selbständig aus und verfügen über eine Berufshaftpflichtversicherung in angemessener Höhe. Auf Anforderung weist die KV Berlin dies dem Krankenhaus nach.
- (4) Die Kooperationspartner, das für sie tätige und das in der KV-Notdienstpraxis tätige ärztliche und nichtärztliche Personal sind verpflichtet, die Bestimmungen der ärztlichen Schweigepflicht und des Datenschutzes zu beachten.
- (5) Die KV Berlin und das in der KV-Notdienstpraxis tätige ärztliche und nichtärztliche Personal haben über die das Krankenhaus betreffenden Angelegenheiten auch nach Beendigung des Vertragsverhältnisses Stillschweigen zu bewahren. Ebenso ist das Krankenhaus verpflichtet, über die die KV Berlin und die in der KV-Notdienstpraxis Tätigen betreffenden Angelegenheiten Stillschweigen, auch nach Beendigung des Vertragsverhältnisses, zu bewahren.

§ 10 Vertragslaufzeit

- (1) Der Kooperationsvertrag tritt zum XX.XX in Kraft.
- (2) Der Kooperationsvertrag kann ordentlich mit einer Kündigungsfrist von sechs Monaten zum Quartalsende, erstmals jedoch zum XX.XX gekündigt werden.
- (3) Das Recht zur fristlosen Kündigung des Vertrages aus wichtigem Grund bleibt unberührt. Als wichtiger Grund zählt beispielsweise:
 - Wesentliche Änderungen der gesetzlichen Rahmenbedingungen der Sicherstellung der vertragsärztlichen Versorgung.
 - Wesentliche Veränderung der Rahmenbedingungen der Struktur, Organisation und Durchführung der Sicherstellung der vertragsärztlichen Versorgung im Rahmen des Ärztlichen Bereitschaftsdienstes.
- (4) Die Kündigung dieses Kooperationsvertrages bedarf der schriftlichen Form.

§ 11 Schlussbestimmungen / Salvatorische Klausel

Änderungen und/oder Ergänzungen dieser Vereinbarungen bedürfen zu ihrer Gültigkeit der Schriftform. Dies gilt auch für die Anlagen, auf die diese Vereinbarung verweist und die damit gleichzeitig Bestandteil dieser Vereinbarung sind. Im Übrigen gilt bei Anlagen der jeweils letzte Stand. Ebenso gilt das Schriftformerfordernis für die Aufhebung der Schriftform.

Sollten einzelne Bestimmungen dieses Vertrages ganz oder teilweise rechtlich unwirksam oder undurchführbar sein oder werden, so berührt dieses die Wirksamkeit des Vertrags im Übrigen nicht. Die Kooperationspartner verpflichten sich, in einem derartigen Fall eine wirksame oder durchführbare Bestimmung an die Stelle der unwirksamen oder undurchführbaren zu setzen, die dem Geist und Zweck der zu ersetzenden Bestimmung so weit wie möglich entspricht. Dies gilt entsprechend für etwaige Regelungslücken.

Zur Unterzeichnung liegen zwei Vertragsausfertigungen vor und werden wie folgt verteilt:

- Krankenhaus – zweifache Ausfertigung
- Kassenärztliche Vereinigung Berlin, K.d.ö.R. – eine Ausfertigung

Berlin, den

Berlin, den

ANLAGE 2 zum **Kooperationsvertrag**

zwischen dem Krankenhaus
Kassenärztlichen Vereinigung Berlin, K.d.ö.R.

zu § 2 Abs. 3

1) Tätigkeiten des nichtärztlichen Personals in der KV-Notdienstpraxis für Erwachsene am Krankenhaus in direkter Unterstützung des diensthabenden Arztes*

- Unterstützung des ärztlichen Personals der KV-Notdienstpraxis bei der fachgerechten ambulanten Versorgung der Patienten, insb.
 - RR-Messung
 - Fiebermessung
 - Blutentnahme
 - Anlegen von Verbänden
 - Durchführung von Hygienemaßnahmen
 - Vorbereitung von Formularen (Behandlungsdokumentation, Rezept)
- Sicherstellung eines reibungslosen Betriebes der KV-Notdienstpraxis durch allgemeine Verwaltungstätigkeit, insbesondere
 - Kenntnisse des eingesetzten Praxisverwaltungssystems und der häufigen Arbeitsabläufe im Praxisverwaltungssystem und deren Anwendung
 - vollständige Patientenaufnahme und Unterstützung bei der Behandlungsdokumentation der Leistungen
 - Abrechnen von Leistungen nach EBM
 - Vor- und Nachbereitung eines Dienstes
 - Materialkontrolle/Lagerbestand
 - Kooperation und Kommunikation mit der Rettungsstelle
 - Einhaltung des Datenschutzes
 - Kenntnisse im Formularwesen
 - Zusammenarbeit mit der Fachabteilung Ärztlicher Bereitschaftsdienst bzw. dem Praxismanagement der KV Berlin

2) Qualifikationsanforderungen des nichtärztlichen Personals

- abgeschlossene Ausbildung als Medizinische Fachangestellter*, Arzthelfer, gesundheits- und Krankenpfleger oder Rettungsassistent
- idealerweise mehrjährige Berufserfahrung in der Notfallversorgung und Kenntnisse des ärztlichen Bereitschaftsdienstes
- wünschenswert: Erfahrung in der Erwachsenenversorgung
- Grundkenntnisse in Hygiene- und Qualitätsmanagement, über den EBM, Arbeitsrecht sowie relevante Datenschutzbestimmungen
- Kenntnisse in den MS Office Produkten (insbesondere Word und Excel)
- vorzugsweise Erfahrungen in Verwaltungshandeln und ärztlicher Selbstverwaltung
- Bereitschaft zur Schichtarbeit
- Einsatzbereitschaft bei Ausfällen und Schichtveränderungen

* Die Begriffe „Arzt“, „Ärzte“ und „Patienten“ sind stets geschlechtsneutral zu verstehen.

- eigenverantwortliche, gewissenhafte und ergebnisorientierte Arbeitsweise
- Kommunikationsstärke
- Teamfähigkeit
- Belastbarkeit/Stressresistenz
- Kreativität
- Durchsetzungsvermögen
- Sozialkompetenz
- Lernbereitschaft (insbesondere für eine Praxisverwaltungssoftware)
- Einfühlsamkeit

Die Parteien sorgen durch ein abgestimmtes Schulungskonzept für eine Einarbeitung der nichtärztlichen Fachkräfte in den für den Betrieb der KV-Notdienstpraxis relevanten Themen. Dazu gehören insbesondere:

- Mindestausstattung der KV-Notdienstpraxis
- eingesetztes Praxisverwaltungssystem (PVS)
- QM-Vorgaben in den KV-Notdienstpraxis
- Arbeitsablauf/Kooperation von KV-Notdienstpraxis und Rettungsstelle
- Ansprechpartner der KV-Berlin und des Krankenhauses

ANLAGE 5 zum **Kooperationsvertrag**

zwischen dem Krankenhaus

und der
Kassenärztlichen Vereinigung Berlin, K.d.ö.R.

zu § 4 Abs. 4

Inventarverzeichnis der KV Berlin

- Einen VPN-Router / eine Firewall Cisco
- zwei rollbare Medienwagen mit verschließbaren Türen
- drei Laptops von der Firma HP
- drei Computermäuse
- zwei Laptop-Sicherheitsschlösser
- zwei Kartenlesegeräte ORGA
- zwei Multifunktionsdrucker HP

Inventarverzeichnis des Krankenhauses

Bei Bedarf

Entwurf