

# Notfallversorgung entlasten, Patientensteuerung optimieren: TSS-Codes für alle Patienten- und Terminportale öffnen

## Einführung

Das Gesundheitssystem steht vor großen Herausforderungen. Eine alternde Gesellschaft mit zunehmend chronischen und psychischen Krankheiten sowie Gesundheitsrisiken aufgrund des Klimawandels führen zu **steigenden Gesundheitskosten** von zuletzt (2021) **€474 Milliarden jährlich**<sup>1</sup>. Durch den zunehmenden Ärztemangel<sup>2</sup> bei gleichzeitig alternder Gesamtbevölkerung wird es für Patient:innen immer schwieriger, die nötige Gesundheitsversorgung einfach, schnell und wohnortnah zu erhalten.

Vor diesem Hintergrund beanspruchen zunehmend mehr Patient:innen eine Behandlung in Krankenhäusern, die immer öfter zu einer **Überlastung der Notaufnahmen** führt. Studien zufolge sind etwa die Hälfte aller selbstständig in der Notaufnahme ankommenden Patient:innen keine Notfälle und könnten adäquat **durch niedergelassene Ärzt:innen versorgt** werden.<sup>3</sup>

Damit die Reform der Notfallversorgung erfolgreich wird, müssen diese Patient:innen deshalb rasch und wohnortnah in die ambulante Versorgung gebracht werden. Die in Deutschland führenden Termin- und Patientenportale schlagen dazu vor, die bisher den TSS vorbehaltenen **Überweisungscodes** für den Zugang zur ambulanten Akutversorgung über die Integrierten Leitstellen (ILS) und Gemeinsamen Tresen **für alle Anbieter von Terminvermittlung zu öffnen**.

## Entlastung der Notaufnahmen: Millionen von Behandlungen im Jahr sind vermeidbar

Jährlich suchen **bis zu 19 Millionen Patient:innen** in Deutschland die Notaufnahmen auf<sup>4,5</sup>. Von diesen sind 75-80% sogenannte "Walk-ins", also Personen, die ohne vorherige Einweisung selbst in die Notaufnahme kommen. Erhebungen zufolge könnten die Hälfte bis zwei Drittel davon ambulant behandelt werden<sup>6</sup>, bei gut 50% liegt noch dazu keine medizinisch begründete Dringlichkeit für eine unmittelbare Behandlung vor. Folglich können von diesen Notaufnahmebesuchen - je nach Schätzung - zwischen **5 und 10 Millionen als vermeidbare Notfälle eingestuft** werden, die eigentlich im ambulanten Akutbereich behandelt werden könnten.

In Umfragen geben über die Hälfte der als nicht dringlich eingestuften Patient:innen Zugangsbarrieren zur ambulanten Versorgung wie die fehlende Verfügbarkeit von ambulanten Terminen als Grund für den Besuch der Notaufnahme an<sup>7</sup>. Dies macht deutlich, dass eine erfolgreiche Reform des Systems der Notfallversorgung daher vor allem eine **bedarfsgerechte**

<sup>1</sup> Statistisches Bundesamt. "Gesundheitsausgaben 2021." (2024). [https://www.destatis.de/DE/Themen/Gesellschaft-Umwelt/Gesundheit/Gesundheitsausgaben/\\_inhalt.html](https://www.destatis.de/DE/Themen/Gesellschaft-Umwelt/Gesundheit/Gesundheitsausgaben/_inhalt.html)

<sup>2</sup> Robert Bosch Stiftung. "Studie: Gesundheitszentren für Deutschland - Wie ein Neustart in der Primärversorgung gelingen kann." Stuttgart, 2021.

<https://www.bosch-stiftung.de/de/publikation/gesundheitszentren-fuer-deutschland>

<sup>3</sup> Reinhold, A.K., Greiner, F., Schirrmester, W. et al. "Der Notfall „geht“ ins Krankenhaus." Med Klin Intensivmed Notfmed 116, 511–521 (2021).

<https://doi.org/10.1007/s00063-020-00681-4>

<sup>4</sup> Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen und in der Pflege. "Fachkräfte im Gesundheitswesen. Nachhaltiger Einsatz einer knappen Ressource". <https://doi.org/10.4126/FRL01-006400072>

<sup>5</sup> Messerle, R., Schreyögg, J., Gerlach, F.M. (2021). "Patientenorientierte Notfallsteuerung." In: Klauber, J., Wasem, J., Beivers, A., Mostert, C. (eds) Krankenhaus-Report 2021.

Springer, Berlin, Heidelberg. [https://doi.org/10.1007/978-3-662-62708-2\\_3](https://doi.org/10.1007/978-3-662-62708-2_3)

<sup>6</sup> Trentzsch, Heiko; Dodt, Christoph; Gehring, Christian; Vesper, Alexander; Jauch, Karl-Walter; Prückner, Stephan. "Analyse der Behandlungszahlen in den Münchener Notaufnahmen des Jahres 2013/2014." Das Gesundheitswesen, Ausgabe 05, 2020. [https://eref.thieme.de/ejournals/1439-4421\\_2020\\_05/10.1055-a-0925-8989](https://eref.thieme.de/ejournals/1439-4421_2020_05/10.1055-a-0925-8989)

<sup>7</sup> Reinhold, A.K., Greiner, F., Schirrmester, W. et al. "Der Notfall „geht“ ins Krankenhaus." Med Klin Intensivmed Notfmed 116, 511–521 (2021).

<https://doi.org/10.1007/s00063-020-00681-4>

**Versorgung durch eine effektive Triage und Patientensteuerung** sicherstellen muss. Erforderlich dafür ist eine bessere Verteilung der Patient:innen auf die Notfall-, Akut- und ambulante Regelversorgung. Um dieses Ziel zu erreichen, braucht es konkrete Maßnahmen:

- Es bedarf einer **professionellen Triagierung der Patient:innen** durch eine strukturierte, medizinische Ersteinschätzung (wie z.B. SmED), die je nach medizinischer Dringlichkeit an die richtige Versorgungseinrichtung verweist, und
- es müssen **zusätzliche freie Zeitfenster in der ambulanten Versorgung** genutzt werden, um im Akut- oder Regelfall eine Entlastung zu bieten. Diese Zeitfenster sollten **vollständig in die bestehenden Abläufe der ambulanten Praxen integriert** sein, um eine flexible und zeitnahe Behandlung zu ermöglichen.

Die Umsetzung dieser Handlungsempfehlungen könnte die **Ressourcen der Notfallversorgung zielgenauer einsetzen** und dadurch die Patientenversorgung insgesamt verbessern. Die Bedeutung einer erfolgreichen Steuerung in die ambulante Akutversorgung bestätigt u.a. auch die *Vierte Stellungnahme und Empfehlung der Regierungskommission für eine moderne und bedarfsgerechte Krankenhausversorgung*<sup>8</sup>.

## **Fehlende TSS-Kapazitäten erschweren bereits heute den Zugang zur ambulanten Akutversorgung**

Der Koalitionsvertrag der Ampelparteien sieht eine Verschränkung der Rufnummer 116117 mit der Notrufnummer 112 vor, um Patient:innen, die keine lebensbedrohlichen Notfälle darstellen, in die ambulante Akutversorgung zu überführen. Durch die aktuell geplante Reform der Notfallversorgung würden jährlich Millionen weitere Patient:innen infolge einer Triagierung bei den Rettungsleitstellen und den Gemeinsamen Tresen über die Terminservicestellen (TSS) in die ambulante Versorgung überführt werden. Dies entspräche etwa nach den obigen Berechnungen bis zu 750.000 zusätzlichen Terminbuchungen pro Monat, was im Vergleich zu aktuellen Werten<sup>9</sup> eine **Verfünffachung der Buchungen** darstellen würde. Diese große Zahl an Patient:innen **könnte durch das aktuelle System nicht mehr adäquat versorgt werden**.

Bereits heute können die TSS nur etwa bei rund 50 % der Anfragen von Patient:innen einen Termin vermitteln<sup>10</sup>. So wurden im Jahr 2022 1,5 Millionen Termin-Slots von Ärzt:innen an die TSS gemeldet, von denen am Ende knapp 600.000 in realisierte Termine mündeten. Zudem **stellen die TSS-Callcenter einen wesentlichen Engpass dar**, deren Kapazität durch die Anzahl der dort arbeitenden Personen begrenzt ist, die manuell Termine für anfragende Patient:innen buchen. Diese Lösung ist nicht nur teuer und umständlich, sondern findet auch nicht in Echtzeit statt, was zwangsläufig zu **Problemen im Versorgungsalltag** führt - etwa wenn Ärzt:innen in Urlaub gehen, selbst erkranken oder auch nur eine kurzfristige Reorganisation im Praxisalltag vornehmen müssen.

<sup>8</sup> Regierungskommission für eine moderne und bedarfsgerechte Krankenhausversorgung. Vierte Stellungnahme und Empfehlung der Regierungskommission für eine moderne und bedarfsgerechte Krankenhausversorgung "Reform der Notfall- und Akutversorgung in Deutschland Integrierte Notfallzentren und Integrierte Leitstellen." [www.bundesgesundheitsministerium.de/krankenhauskommisionstellungnahme-notfallversorgung.pdf](http://www.bundesgesundheitsministerium.de/krankenhauskommisionstellungnahme-notfallversorgung.pdf)

<sup>9</sup> Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV). "TSS-Evaluationsbericht, 2022." (2023). [https://gesundheitsdaten.kbv.de/cms/media/sp/TSS-Bericht\\_2022.pdf](https://gesundheitsdaten.kbv.de/cms/media/sp/TSS-Bericht_2022.pdf)

<sup>10</sup> ebd.

Durch die **mangelnde Integration der TSS-Terminmeldung in die Praxisabläufe** führen all diese Fälle dazu, dass die zuvor statisch gemeldeten Terminblocks tatsächlich gar nicht mehr verfügbar sind. Das Reporting der Termine an die TSS (z.B. via KV SafeNet) findet zusätzlich zum Praxis- und Kalendermanagement statt.

Diese Beispiele zeigen, dass die TSS nicht auf dringende Behandlungen vorbereitet und dafür konzipiert sind: **Aktuell erfüllen nur 0,4 % der Termine die Definition eines TSS-Akutfalls** (Wahrnehmung bis spätestens Ende des Folgetages). Gerade bei dringenden Fällen, die in den nächsten 24-72 Stunden behandelt werden sollten, muss allerdings eine rasche Terminvermittlung erfolgen, bevor die Patient:innen den Weg in die Notaufnahme wählen. Eine bloße Verschränkung beider Rufnummern, wie im Koalitionsvertrag gedacht, sorgt allein nicht für eine echte Entlastung der Notaufnahmen, sondern birgt ohne zeit- wie wohnortnahe ambulante Behandlungsoption immer das **Risiko, dass Patient:innen auf die stationäre Versorgung zurückgreifen**.

## **Freigabe der TSS-Codes ermöglicht sofort Millionen Akuttermine bzw. kurzfristige Verfügbarkeiten für Patient:innen in Deutschland**

Um sicherzustellen, dass die zusätzlichen Millionen Patient:innen aus den Notaufnahmen nach einer erfolgreichen Triagierung auch rasch einen Termin erhalten, wird daher im Zuge der Reform der Notfallversorgung eine **Freigabe der bislang auf die TSS beschränkten Überweisungscode**s vorgeschlagen. Diese Öffnung würde es ermöglichen, dass Patient:innen, die über die Integrierte Leitstelle (ILS) oder die Gemeinsamen Tresen in Krankenhäusern oder Notfallpraxen triagiert und als ambulante Akutfälle identifiziert werden, einen Überweisungscode erhalten, mit dem sie selbstständig auf der von ihnen bevorzugten Terminplattform einen Akuttermin buchen können.

### **1. TSS-Codes über die Integrierte Leitstelle (ILS) für alle Plattformen öffnen**

Alle Patient:innen, die in Zukunft die Rufnummer 112 kontaktieren bzw. am Gemeinsamen Tresen vorstellig werden und deren Behandlungsbedarf akut (z.B. innerhalb 24-72 Stunden), aber nicht als Notfall identifiziert wird, sollten einen Anspruch auf einen Überweisungs-Code haben. Derzeit werden die neunstelligen Codes nur bei den Terminservicestellen generiert und sind ausschließlich dort einlösbar. Eine Einlösbarkeit auf allen Termin- und Patientenplattformen würde den Zugang zu Akutterminen in der ambulanten Versorgung bedeutend niedrighschwelliger gestalten und vereinfachen.

Patient:innen könnten mittels eines Codes auf ihrer präferierten Plattform Zugriff auf besondere Besuchsgründe wie "TSS-Akutfall" freischalten und in Echtzeit buchen. Patient:innen- und Behandlungsinformationen stünden den Leistungserbringenden somit direkt und ohne Medienbrüche zur Verfügung. Für ein solches Vorgehen fehlt aktuell den ILS als auch perspektivisch den Gemeinsamen Tresen sowohl eine geeignete **technische Schnittstelle** an den Code-Server der TSS als auch eine **entsprechende gesetzliche Klarstellung und Grundlage**.

Notfälle sowie hilfsbedürftige (z.B. ältere) Patient:innen sollten direkt von den Operator:innen im Zuge der qualifizierten Ersteinschätzung vermittelt werden, während alle anderen den Code zur

selbständigen Terminvereinbarung erhalten und so die Kapazitäten der Leitstellen schonen. Durch diese niedrighschwellige Option und den zweischichtigen Ansatz können aufgrund der Echtzeitverfügbarkeiten der privaten Patienten- und Terminplattformen sofort **monatlich hunderttausende Akuttermine** verfügbar gemacht werden.

## **2. Freigabe der TSS-Codes schafft mehr Akuttermine im Gesundheitssystem**

Die Öffnung der TSS-Überweisungs-codes für alle Terminplattformen schafft damit mehr Kapazitäten im Gesundheitssystem für die Patient:innen. Den teilnehmenden Leistungserbringenden wiederum wird die Inanspruchnahme der bisher einer TSS-Vermittlung vorbehaltenen extrabudgetären Vergütung für kurzfristig angebotene Termine ermöglicht, unabhängig von der dafür genutzten Terminvermittlungsplattform. Um missbräuchlicher Anwendung und Abrechnung vorzubeugen, ließe sich die Zahl dafür im Praxiskalender reservierter Termine sowohl gesetzlich als auch technisch deckeln.

Denkbar ist außerdem eine Grundpauschale für alle teilnehmenden Ärzt:innen sowie Zuschläge für jede:n behandelte:n Patient:in, zusätzlich zur regulären Vergütung, wie es im europäischen Ausland praktiziert wird. So oder so ist im Ergebnis eine **erhebliche Steigerung der kurzfristig verfügbaren ambulanten Terminoptionen** zu erwarten.

## **3. Operative Verbesserungen im System**

Während eine zentrale Patientenqualifizierung (Assessment sowie Codegenerierung) einheitliche Standards garantiert, die Relevanz der Behandlungsbedürftigkeit gewährleistet und die Nachverfolgbarkeit der gebuchten und durchgeführten Behandlungstermine sicherstellt, sorgt die anschließende Dezentralisierung der Terminbuchung für **reduzierte Latenzen und beugt weitreichenden systemischen Ausfällen vor**.

Der Vorteil dieser Maßnahmen liegt in der **Steigerung der ambulanten Kapazitäten in Echtzeit** über alle Plattformen, die für die Akutversorgung genutzt werden können. Es werden zusätzliche freie Zeitfenster in der ambulanten Versorgung geschaffen, die vollständig in bestehende Abläufe integriert sind, Anreize für teilnehmende Fachkräfte bietet und für Patient:innen den Zugang zur Behandlung aller Versorgungsstufen optimiert.