

# Die Zukunft der Notfallversorgung

## Sachverständigenrat: Vorschläge für ein Notfallversorgungs-Konzept

Integrierte Notfallzentren, unter gemeinsamer Trägerschaft der Kliniken und der Kassenärztlichen Vereinigungen, betrieben von den KVen allein, Triage durch qualifizierte Ärzte in einem „Ein-Tresen-System“, eine integrierte Leitstelle des Rettungsdienstes mit einheitlicher Rufnummer und Konzentration der Notfallversorgung auf deutlich weniger Standorte: Dies sind die Vorschläge des Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen (SVR), die der SVR kurz vor der Bundestagswahl in einem „Werkstattgespräch“ in Berlin vorgestellt hat.

Die Reform der Notfallversorgung wird ein zentraler Punkt auf der Agenda der Gesundheitspolitik der kommenden Regierung. Auch Bundesgesundheitsminister **Hermann Gröhe** betonte, dies müsse der nach der Bundestagswahl 2017 vorangetrieben werden. So haben die Gesundheitsweisen – erstmals vor der Fertigstellung des Gutachtens ihre Analysen zum Status quo sowie erste, noch vorläufige Empfehlungen zur Zukunft der Notfallversorgung in Deutschland vorgestellt – erstmals noch vor der Fertigstellung des Gutachtens. Die SVR-Untersuchung soll erst im Frühjahr 2018 vorgelegt werden.

Sektorenübergreifende Versorgung ist einmal mehr das Ziel: Notfallambulanzen der Krankenhäuser, der ärztliche Bereitschaftsdienst und die Rettungsdienste sollen im Sinne einer integrierten Notfallversorgung aufgestellt werden. „Ich hoffe, dass wir bei aller Verhärtung zwischen den Beteiligten zu einer gemeinsamen Lösung finden“, so Gröhe anlässlich der Vorstellung des SVR-Konzeptes. Das „Werkstattgespräch“ am 7. Sep-

tember 2017 hat die Verhärtung zunächst wohl eher manifestiert.

Der Vorsitzende des Rates, **Prof. Dr. Ferdinand Gerlach**, sieht mit Blick auf die derzeitige Notfallversorgung „deutliche Hinweise auf Defizite und Fehlentwicklungen“. Ziel der SVR-Empfehlungen sei eine bürgernahe, bedarfsgerechtere und kosteneffektivere Notfallversorgung. Der Rat habe zahlreiche Konferenzen und Veranstaltungen besucht, Fachleute aus den Bundesländern und aus Dänemark und den Niederlanden befragt. So skizzierte Gerlach das Gatekeeper-Modell der Niederlande und das stark zentralisierte Gesundheitssystem Dänemarks mit „Flow Teams“ in der Notfallversorgung, die Zuordnung und Diagnose innerhalb von vier Stunden ermöglichen und via App gar Transparenz über Wartezeiten in der Notfallpraxis gewährleisten.

In deutschen Kliniken sollen den Empfehlungen des Rates zufolge künftig die Kassenärztlichen Vereinigungen und die Krankenhäuser gemeinsam Integrierte Notfallzentren (INZ) gründen und als eigenständige organisatorisch-wirtschaftliche Einheit tragen. Diese sollen von den KVen allein betrieben werden. „Zur Vermeidung unangemessener Anreize zur stationären Aufnahme“, so der Sachverständigenrat zur Begründung.

### SVR: Triage an einheitlichem Tresen, deutlich weniger Standorte

An einem einheitlichen „Tresen“ in den INZ soll eine Triage stattfinden. Ein erfahrener Arzt entscheidet dort je nach Dring-

## SVR-Empfehlungen: Integrierte Notfallzentren (INZ)

### Zahlungsströme, Trägerschaft und Betreiber

- Kassen/PKVen zahlen direkt an integriertes Notfallzentrum (INZ) als eigenständige organisatorische/wirtschaftliche Einheit im Krankenhaus
- INZ kompensiert Leistungen der Krankenhausnotaufnahme sowie des kassenärztlichen Bereitschaftsdienstes
- Bundesland erstellt Plan für Notfallversorgung und legt INZ Standorte fest
- Trägerschaft INZ: KV und Krankenhaus
- Betreiber INZ: KV

### § Finanzierung

- Vergütung der INZ aus neuem Finanzierungstopf für sektorenübergreifende Notfallversorgung

- Finanzierungstopf aus bereinigter morbiditätsbedingter GV und Klinikbudgets herausgelöst
- sektorenübergreifende Finanzierung folgt neu geschaffenen integrierten organisatorischen Strukturen

### § Vergütungsmodell

- Sektorenübergreifende Grundpauschale für alle Vorhaltekosten plus Vergütung je Fall
- Grundpauschale: Drei Stufen nach Kapazität und Ausstattung des Notfallzentrums (dem Prinzip der Notfallzuschläge aus KHSG folgend)
- Pauschale pro Fall: unabhängig von Fallschwere und Ort der Leistungserbringung, Zuschlag nur für Beobachtung über Nacht

lichkeit, ob Patienten an den kassenärztlichen Bereitschaftsdienst oder in die Notaufnahme überwiesen werden. Die Notfallversorgung soll dem Vorschlag der Gesundheitsweisen zufolge auf deutlich weniger Standorte als heute konzentriert werden.

Der Rat empfiehlt zudem eine einheitliche Leitstelle statt der bisher getrennten Rufnummern 112 und 116 117. Dort solle eine qualifizierte Ersteinschätzung vorgenommen werden. Die integrierten Leitstellen könnten eine telefonische Beratung durch geschultes Personal und durch erfahrene Ärzte anbieten. Je nach Bedarf sollen Termine direkt vergeben werden – in Praxen niedergelassener Ärzte oder in integrierten Notfallzentren (INZ). Auch Hausbesuche des ärztlichen Bereitschaftsdienstes und Rettungseinsätze sollen hier koordiniert werden.



Siegfried Hasenbein, Geschäftsführer Bayerische Krankenhausgesellschaft e.V.

Immer mehr Patienten suchen gezielt das Krankenhaus auf, wenn sie in dringenden Fällen um eine ärztliche Behandlung nachsuchen. Das Krankenhaus ist für sie der Ort, mit dem sie die Gewissheit verbinden, dass sie rund um die Uhr gut versorgt werden. Die typisch deutsche Sektorentrennung und Versorgungsstrukturen (Sicherstellungsauftrag der KV) spielen für den Patienten dabei kaum eine Rolle. Versuche, dieses Patientenverhalten nachhaltig

zu ändern, werden kaum Wirkung zeigen.

Ein integriertes Versorgungskonzept ist deshalb sinnvoll und notwendig. Das KHSG, das eine Kooperation von Klinik und KV in Form von „Portalpraxen“ vorsieht, löst das Problem nicht. In der Praxis zeigt sich, dass die Verantwortung der Krankenhäuser für die ambulante Notfallversorgung steigt, weil die Präsenz der Vertragsärzte in der Portalpraxis sich i. d. R. auf zwei, drei Stunden am Tag beschränkt und in der Nacht und über weite Strecken des Wochenendes allein das Krankenhaus zuständig ist. Will man eine wirklich kooperative Versorgung, wie die vom Sachverständigenrat vorgeschlagenen „Integrierten Notfallzentren in der Klinik“, umsetzen, ist auch eine entsprechende Mitwirkung des vertragsärztlichen Bereichs notwendig. Keinesfalls kann ein Konzept einer integrierten Versorgungsform so aussehen, dass sie im Krankenhaus, aber unter der Verantwortung der KV stattfindet.



Rainer Greunke, Geschäftsführender Direktor der Hessischen Krankenhausgesellschaft e.V. (HKG)

„Die Kassenärztlichen Vereinigungen waren in den letzten Jahren mit der Organisation der ambulanten Notfallversorgung in vielen Regionen überfordert. Dies hat dazu geführt, dass Patienten in ihrer Not zunehmend die Notaufnahmen der Krankenhäuser aufsuchen. Es macht daher keinen Sinn, bei einer notwendigen Neuorganisation der Notfallversorgung den KVen weiterhin die zentrale Rolle und Verantwortung zukommen zu lassen. Der

Betrieb der INZ gehört in die Hand der Krankenhäuser. Die Gefahr unangemessener Anreize zur stationären Aufnahme sehe ich dabei nicht. In den Krankenhäusern gehört doch bereits heute der MDK zum Inventar. Jeder Kurzlieger im Krankenhaus wird vom MDK auf die Notwendigkeit der stationären Behandlung geprüft. Fakt ist vielmehr, dass die Zahl der ambulant-sensitiven Krankenhausfälle (ASK) besonders in den Regionen hoch ist, in denen eine niedrige Facharztichte vorherrscht. Hier könnten die KVen gegensteuern, indem sie sich offen für neue Wege der Kooperation mit den Krankenhäusern zeigen – nicht nur in der ambulanten Notfallversorgung.“

Die Befugnisse der Notfallsanitäter sollen erweitert, mit einheitlichem Ausbildungsstandard gesichert werden. Auch eine Ausweitung der ambulanten Sprechzeiten sei kein Tabu mehr, könne zur Entlastung der Notaufnahmen der Kliniken und Verbesserung der Notfallversorgung beitragen.

Wichtig seien dem Sachverständigenrat die nahtlose Verzahnung der drei bislang getrennten Bereiche und die damit einhergehende Bildung von Zentren. Die Länder sollen die INZ-Standorte festlegen und so die Balance zwischen notwendiger Zentralisierung und Flächendeckung gewährleisten.

Zur Finanzierung skizzierte Ratsmitglied **Prof. Dr. Jonas Schreyögg** von der Universität Hamburg eine Direktvergütung für die wirtschaftlich eigenständigen INZ. Finanziert werden sollen die Leistungen der INZ ohne Mengenbegrenzung über einen separaten Finanztopf für sektorenübergreifende Notfallversorgung, der sich aus den gegenwärtigen ambulanten und stationären Notfallbudgets speist. Die Vergütung soll vereinfacht werden und sieht eine dreistufige Grundpauschale für alle Vorhaltekosten nach Kapazität und Ausstattung des Notfallzentrums vor sowie eine Pauschale pro Fall, unabhängig von seiner Schwere.



Zuschläge soll es nur dann geben, wenn Patienten über Nacht bleiben müssen. Der Rettungsdienst, der Leerfahrten ohne Patient bisher nicht vergütet bekommt, soll als eigenständiger Bereich im SGB V verankert werden. Künftig soll der Einsatz selbst, nicht nur der Transport abzurechnen sein.

### KV-Sicherstellungsauftrag um jeden Preis?

Auf Kritik stößt das SVR-Konzept bei den Kliniken. DKG-Hauptgeschäftsführer Georg Baum begrüßte zwar das Konzept des „einen Tresens“. Alles jedoch auf der Annahme angeblicher Fehlanreize und Fehlsteuerungen im Krankenhaus zu gründen, sei falsch. Die Patienten treffen die Wahl und gingen mit gutem Grund im Notfall ins Krankenhaus. „Dort geht es um den Patienten in Not.“ Er befürchte, durch den Versuch, innerhalb der Krankenhäuser einen eigenständigen Wirtschaftskörper zu installieren, würde krampfhaft etwas auseinandergerissen, was schon vorhanden ist: „Um jeden Preis am Sicherstellungsauftrag der KV festzuhalten, statt ein übergreifendes Konzept zu schaffen, ist keine akzeptable Lösung für die Kliniken“, so Baum.

**Johann-Magnus von Stackelberg**, stellvertretender Vorsitzender des GKV-Spitzenverbandes, warnte davor, einen dritten Ver-

sorgungssektor neben den Kliniken und dem KV-System zu schaffen. Er erinnerte zudem an die „schlechten Erfahrungen“ bei der ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung (ASV) mit gemeinsamen Verantwortlichkeiten.

Auch der Bundesgesundheitsminister sieht „unabweisbaren Reformbedarf“ und definiert eine bestmögliche Kooperation und Vernetzung, eine „bestmögliche Mannschaftsleistung“ als Ziel einer Reform der Notfallversorgung. „Ich bin zuversichtlich, dass wir schon zu Beginn der neuen Legislaturperiode den Weg in eine verbesserte Notfallversorgung gehen werden“, so Gröhe. Fast 500 Portalpraxen an Krankenhäusern arbeiteten bereits und sorgten für bessere Verzahnung der Sektoren. Wie die real erbrachten Leistungen vergütet werden sollen, werde derzeit diskutiert, so Gröhe weiter. Das Grundkonzept der „weiterentwickelten Portalpraxen“, das der Minister in den Empfehlungen des SVR erkennt, sei gut, auch sei die Provokation der weitgehenden Forderungen des Rates der Diskussion um die Verbesserung der Notfallversorgung ein begrüßenswerter Impuls. „Wir müssen uns aber beispielsweise fragen: Wollen wir wirklich einen Zentralismus wie in Dänemark?“ Wichtig sei, dass die Bevölkerung die Zentralisierung als Verbesserung erlebe und nicht als Rationierung von Leistungen. ■

— Anzeige —



Gutes Essen hat einen Namen: Marfo

**So lecker kann gesund sein...**

...und dabei auch noch wirtschaftlich, flexibel und sicher.

Marfo steht für ausgeklügelte Konzepte aus einer Mischung von tiefkühlfrischen Tellergerichten und Menükomponenten in vielfältigen Verpackungskombinationen. Äußerst umfangreich, gesund, bezahlbar, perfekt präsentiert und vor allem richtig lecker.

Interessiert? Dann mailen Sie uns: [info@marfo-menu.com](mailto:info@marfo-menu.com)

[www.marfo-menu.com](http://www.marfo-menu.com)