

FO



Rettungsstelle
Notaufnahme
Portalpraxis



Diskutieren, entscheiden, handeln.

DKG-Konzept zur Reform der ambulanten Notfallversorgung

Kernbotschaften:

DKG-Konzept zur Reform der ambulanten Notfallversorgung

Die Deutsche Krankenhausgesellschaft und ihre Mitgliedsverbände unterbreiten der Bundesregierung mit einem detaillierten Konzept einen konkreten Vorschlag zur Umsetzung der im Koalitionsvertrag angekündigten Reform der ambulanten Notfallversorgung.

Mit ihrem Vorschlag untermauern die Krankenhäuser ihr Angebot, in Zukunft noch enger mit den Kassenärztlichen Vereinigungen (KVen) zusammenzuarbeiten. Das Konzept setzt auf den bereits existierenden Versorgungsstrukturen auf, entwickelt diese weiter und stellt die Bedürfnisse der Patientinnen und Patienten anhand der folgenden Zielstellungen in den Mittelpunkt:

- Nachvollziehbare und eindeutige Strukturen, klare Verantwortlichkeiten
- Qualitativ hochwertige medizinische Behandlungen
- Flächendeckende, interdisziplinäre und patientenorientierte Versorgung
- Effizienter und effektiver Einsatz der zur Verfügung stehenden finanziellen Mittel

Zur Verwirklichung dieser Ziele umfasst das Konzept die folgenden Eckpunkte:

- Die Behandlung ambulanter Notfälle erfolgt zukünftig grundsätzlich in *Integrierten Notfallzentren (INZ)*. In den INZ arbeiten KVen und Krankenhäuser eng zusammen.
- INZ sind an allen Krankenhäusern mit stationärer Notfallstufe des G-BA einzurichten und bestehen aus *Portal- oder Bereitschaftsdienstpraxen*, die von den KVen organisatorisch, wirtschaftlich und medizinisch eigenständig betrieben werden, aus von den Krankenhäusern ebenso eigenständig betriebenen *Notfallaufnahmen/-ambulanzen* und aus einem *Gemeinsamen Tresen*.
- In den INZ durchlaufen die Patienten eine standardisierte Ersteinschätzung. Die Ersteinschätzung erfolgt am Gemeinsamen Tresen durch dazu hinreichend qualifizierte Mitarbeiter der KV oder des Krankenhauses.
- In Abhängigkeit von den erforderlichen apparativen und personellen Vorhaltungen werden dringend behandlungsbedürftige Patienten wochentags von 7 bis 19 Uhr in den Portalpraxen der KVen oder in den besser ausgestatteten Notfallaufnahmen/-ambulanzen der Krankenhäuser behandelt. Nicht unmittelbar behandlungsbedürftigen Patienten wird ein Termin bei einem geeigneten Haus- oder Facharzt vermittelt.
- Wochentags von 19 bis 7 Uhr und am Wochenende sowie an Feiertagen werden die KVen von ihrer Verpflichtung, Portalpraxen in den INZ zu betreiben, befreit. Die Behandlung von Patienten, die nach Maßgabe der Ersteinschätzung dringend behandlungsbedürftig sind, erfolgt zu diesen Zeiten in den Notfallstrukturen der Krankenhäuser. Den KVen wird jedoch freigestellt, ihre Portalpraxen auch zu den genannten Zeiten zu öffnen. Grundvoraussetzung dafür ist allerdings ein 24/7-Betrieb.
- Sämtliche im Rahmen der ambulanten Notfallversorgung von den Krankenhäusern erbrachten Leistungen sind von den Kostenträgern auskömmlich zu vergüten. Die ggf. erforderlichen Investitionsmaßnahmen sind von den Ländern aufzubringen.

Inhaltsverzeichnis

DKG-Konzept zur Reform der ambulanten Notfallversorgung

Aktuelle Situation der ambulanten und stationären Notfallversorgung in Deutschland	4
Das Konzept der Krankenhäuser zur Reform der ambulanten Notfallversorgung	7
Ambulante Notfallversorgung wochentags zwischen 7 und 19 Uhr	8
Ambulante Notfallversorgung wochentags zwischen 19 und 7 Uhr sowie ganztags am Wochenende und an Feiertagen	13

Aktuelle Situation der ambulanten und stationären Notfallversorgung in Deutschland

- Die stationäre Notfallversorgung ist durch die Krankenhäuser flächendeckend 24/7 gewährleistet. Das stationäre Notfallstufensystem des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) definiert, welche personellen und apparativen Ausstattungen die Krankenhäuser in den einzelnen Notfallstufen vorhalten müssen. Derzeit nehmen rund 1.200 Krankenhäuser am gestuften System der stationären Notfallversorgung teil.
 - Auch in ambulanten Notfallsituationen vertrauen die Menschen den Krankenhäusern. Die Krankenhäuser sind in der Regel die einzigen Institutionen im Gesundheitswesen, die eine 24/7-Versorgung ambulanter Notfälle gewährleisten. Die Patienten schätzen die unverzügliche Hilfe, die sie in den Krankenhäusern erhalten, und ebenso das interdisziplinäre sowie interprofessionelle Angebot der Krankenhäuser. Gemeinsam mit den Einrichtungen der Kassenärztlichen Vereinigungen (KVen) ist die flächendeckende ambulante Notfallversorgung gewährleistet. 10 Millionen der jährlich rund 19 Millionen ambulanten Notfallpatienten werden derzeit von den Krankenhäusern versorgt. Die Notaufnahmen der Krankenhäuser sind eine tragende Säule der ambulanten Notfallversorgung.
 - Das Spektrum der ambulanten Notfallversorgung reicht von der „allgemeinen Notfallbehandlung“ mit hausärztlichen Fragestellungen über die „fachspezifische Notfallbehandlung“ mit zum Beispiel chirurgischen, internistischen, gynäkologischen oder urologischen Beschwerdebildern bis hin zur „krankenhausspezifischen Notfallbehandlung“, die häufig einer erweiterten Diagnostik bedarf (Labor-, Röntgen- oder CT-Untersuchungen).
- Insbesondere die beiden letztbenannten medizinischen Felder stellen einen Schwerpunkt der ambulanten Notfallversorgung im Krankenhaus dar.
- Gesetzlich sind die KVen für die Sicherstellung der ambulanten Notfallversorgung verantwortlich. Insbesondere in ländlichen Regionen, zunehmend aber auch in den Ballungsräumen, fällt es den KVen immer schwerer, frei gewordene oder neu geschaffene Arztsitze zu besetzen. Die Gründe dafür sind vielfältig. Hauptursache für den Ärztemangel, der sowohl die hausärztliche als auch die fachärztliche Versorgung betrifft, sind die im Durchschnitt kürzeren Sprechstundenzeiten der Vertragsärzte, der zunehmende Wunsch vieler Ärzte, in einem Angestelltenverhältnis statt selbstständig in eigener Praxis zu arbeiten, sowie das Erreichen der Ruhestandsgrenze von immer mehr Ärzten.
 - Im Gegensatz zur stationären Notfallversorgung, für die die personelle und apparative Mindestausstattung durch das stationäre Notfallstufenkonzept des G-BA umfassend und verbindlich geregelt ist, existieren entsprechende Vorgaben für den vertragsärztlichen Bereitschaftsdienst nicht. Dies erschwert die Entscheidung des Patienten für die individuell richtige Versorgungsebene (Hausarzt, Facharzt, vertragsärztliche Bereitschaftsdienstpraxis oder Krankenhaus) erheblich. Fühlen sich Patienten in einer akuten Notfallsituation und benötigen sie zeitnah Hilfe, wenden sie sich aktuell entweder direkt an den Rettungsdienst oder vertrauensvoll an die Krankenhäuser, da dort aufgrund der klar definierten vorzuhaltenden Strukturen eine umfassende Notfallbehandlung sichergestellt ist. Auch ist es für Krankenhäuser, die ambulante Notfallpatienten nach

einer Abklärung der Dringlichkeit des Behandlungsbedarfs und etwaiger Erstversorgung zur Weiterversorgung in die vertragsärztliche Versorgung steuern möchten, problematisch, wenn keine Vorgaben existieren, um eine qualitativ hochwertige Folgeversorgung sicherzustellen.

- Der Abdeckungsgrad der Öffnungszeiten der vertragsärztlichen Bereitschaftsdienst- und Portalpraxen beträgt derzeit bundesweit lediglich 37 % der Sollstunden. In sechs KV-Regionen liegt er sogar unter 25 %, lediglich in vier bei über 50 %.¹ Insbesondere am Wochenende kommen teilweise erhebliche Versorgungsengpässe hinzu.
- Vor diesem Hintergrund kooperieren die KVen zur Sicherstellung der Versorgung in zahlreichen Regionen schon heute mit den Krankenhäusern. Vielerorts haben die KVen Notdienst- oder Portalpraxen an den Krankenhäusern gegründet oder Krankenhausambulanzen zur Teilnahme an der ambulanten Notfallversorgung ermächtigt.
- Für die Krankenhäuser ist die aktuelle Situation der ambulanten Notfallversorgung insbesondere aus den folgenden Gründen absolut unbefriedigend:
 - Aus straf- und haftungsrechtlichen Gründen können die Krankenhäuser keinen Patienten, der ihre Notfallversorgungsstrukturen aufsucht, ärztlich ungeprüft zurückweisen. Dennoch verweigern die KVen immer wieder die Vergütung der von den Krankenhäusern erbrachten Notfallleistungen selbst dann, wenn diese auf die Abklärung des Behandlungsbedarfs und die Erstversorgung der Patienten beschränkt bleiben oder entsprechende Behandlungskapazitäten im vertragsärztlichen Bereich zum erforderlichen Zeitpunkt nicht zur Verfügung standen.
 - Der Einheitliche Bewertungsmaßstab (EBM), auf dessen Grundlage derzeit sämtliche ambulante Notfallleistungen der Krankenhäuser vergütet werden, berücksichtigt die besonderen Vorhaltungen und Leistungen

der Krankenhäuser nicht, insbesondere auch nicht die Kosten für die bereits beschriebene „krankenhausspezifische Notfallbehandlung“. Dies ist kalkulatorisch aktuell auch nicht vorgesehen. Dadurch verursacht die ambulante Notfallversorgung in den Krankenhäusern derzeit ein jährliches Defizit in Höhe von rund einer Milliarde Euro.

- Ein besonders drastisches Beispiel ist die für die Abklärung des Behandlungsbedarfs geltende Pauschale (tagsüber 5,07 Euro, nachts 9,01 Euro). Die Abklärungspauschale berücksichtigt nicht, dass für einen Verweis in vertragsärztliche Strukturen häufig zunächst eine Basisdiagnostik medizinisch indiziert ist, die damit nicht ansatzweise finanziert werden kann.
- Auch aus Patientensicht ist die aktuelle Situation der ambulanten Notfallversorgung dringend reformbedürftig:
 - Viele Patienten wissen nicht, welche Anlaufstelle im Notfall für sie die richtige ist. Denn für die Patienten ist es im Regelfall unklar und intransparent, welche medizinischen Fachrichtungen im Rahmen der vertragsärztlichen Notfallversorgung vorgehalten werden und wie die kassenärztlichen Notfallpraxen ausgestattet sind. Sie suchen in ambulanten Notfallsituationen daher direkt ein Krankenhaus auf, da sie hier umfassende Hilfe an einem Ort erhalten.
 - Für grundlegende fachärztliche Untersuchungen stehen häufig nicht genügend kurzfristige Behandlungsangebote zur Verfügung, sodass sich Patienten ohne zeitnahen Termin subjektiv in einer Notfallsituation befinden.

¹ Weiterführende Zahlen, Daten und Fakten zur aktuellen Situation der vertragsärztlichen Notfallversorgung sind dem Gutachten „Patientenbehandlung im Spannungsfeld zwischen Sicherstellungsverantwortung und ambulanter Versorgungsrealität“ des Deutschen Krankenhausinstitutes zu entnehmen (abrufbar unter: www.dki.de).

- Die Patientenservicenummer des Kassenärztlichen Bereitschaftsdienstes (116 117) ist vielen Patienten immer noch unbekannt, mit teils langen Wartezeiten verbunden und häufig mit mangelndem Vertrauen in schnelle Hilfsangebote behaftet.
- Nach einer ersten Abklärung und ggf. Erstversorgung durch die Krankenhäuser ist eine Weiterbehandlung im vertragsärztlichen Bereich oftmals nicht zeitnah sichergestellt.

- **Auch die neue Bundesregierung erachtet eine Reform der ambulanten Notfallversorgung als dringend notwendig und kündigt daher in ihrem Koalitionsvertrag die folgenden Maßnahmen an:**

„Die Notfallversorgung soll in integrierten Notfallzentren in enger Zusammenarbeit zwischen den Kassenärztlichen Vereinigungen (KV) und den Krankenhäusern (KH) erfolgen. Wir räumen den KVen die Option ein, die ambulante Notfallversorgung dort selbst sicherzustellen oder diese Verantwortung in Absprache mit dem Land ganz oder teilweise auf die Betreiber zu übertragen. Durch eine Verschränkung der Rettungsleitstellen mit den KV-Leitstellen und standardisierten Einschätzungssystemen (telefonisch, telemedizinisch oder vor Ort) erreichen wir eine bedarfsgerechtere Steuerung. Wir nehmen das Rettungswesen als integrierten Leistungsbereich in das SGB V auf und regeln den Leistungsumfang der Bergrettung sowie die Verantwortung für Wasserrettung jenseits der Küstengewässer.“

Vor diesem Hintergrund unterbreiten die Deutsche Krankenhausgesellschaft und ihre Mitgliedsverbände der neuen Bundesregierung im Folgenden einen konkreten Vorschlag zur Umsetzung der im Koalitionsvertrag angekündigten Reform der ambulanten Notfallversorgung.

Das Konzept der Krankenhäuser zur Reform der ambulanten Notfallversorgung

Die Reform der ambulanten Notfallversorgung muss sich an den Bedürfnissen der Patienten orientieren und die folgenden Kriterien erfüllen:

Nachvollziehbare und eindeutige Strukturen, klare Verantwortlichkeiten:

- Das System der Notfallversorgung muss einfach und verständlich sein. Die Patienten müssen im Notfall wissen, an wen sie sich wenden können. Auch die an der Notfallversorgung beteiligten Krankenhäuser und KVen benötigen klare Strukturen mit einer nachvollziehbaren Zuordnung der Verantwortlichkeiten.

Qualitativ hochwertige medizinische Behandlungen:

- Die Patienten müssen sich darauf verlassen können, dass sie in einem medizinischen Notfall Zugang zu einer qualitativ hochwertigen medizinischen Versorgung erhalten.

Flächendeckende, interdisziplinäre und patientenorientierte Versorgung:

- Die Patienten benötigen im medizinischen Notfall schnelle Hilfe. Sie möchten zeitnah und wohnortnah versorgt werden. Diagnostische Verfahren und eine ärztliche Bewertung müssen kurzfristig verfügbar sein.

Effizienter und effektiver Einsatz finanzieller Mittel:

- Die Patienten erwarten einen wirtschaftlichen Einsatz der zur Verfügung stehenden Mittel und das Ausschöpfen der Digitalisierung. Teure Doppelvorhaltungen sowie finanzielle Fehlanreize an der Schnittstelle zwischen ambulanter und stationärer (Notfall-)Versorgung müssen vermieden werden.

Zur Erfüllung dieser Kriterien sprechen sich die Krankenhäuser für eine Reform der ambulanten Notfallversorgung aus. Grundlage hierfür bilden die bereits existierenden Strukturen, die weiterentwickelt, einheitlich definiert und mit verpflichtenden Verantwortlichkeiten versehen werden.

Der Vorschlag der Krankenhäuser zur Ausgestaltung der ambulanten Notfallversorgung verzichtet auf einen Bezug zu den Sprechstundenzeiten der Vertragsärzte, da diese nicht einheitlich geregelt sind und schon deshalb den Patienten nicht bekannt sein können. Stattdessen unterscheidet das vorliegende Konzept zwischen den Zeiträumen „wochentags zwischen 7 und 19 Uhr“ und „wochentags zwischen 19 und 7 Uhr sowie ganztags am Wochenende und an Feiertagen“.²

²Die genannten Zeiträume orientieren sich an der im EBM-Katalog für die Gebührenpositionen zur „Versorgung im Notfall und im organisierten ärztlichen Not(fall)dienst“ vorgenommenen Zeiteinteilung.

1. Ambulante Notfallversorgung wochentags zwischen 7 und 19 Uhr

Steuerung von Patienten über 116 117

- Für Patienten, die einen notfallmäßigen Behandlungsbedarf verspüren, sollte neben dem Hausarzt (falls vorhanden) die Patientenservicenummer 116 117 des Kassenärztlichen Bereitschaftsdienstes die erste Anlaufstelle sein.

Die Mitarbeiter der Patientenservicenummer des Kassenärztlichen Bereitschaftsdienstes führen ein telefonisches Ersteinschätzungsverfahren durch. Auf dessen Grundlage vermitteln die KV-Mitarbeiter die Patienten in die für sie am besten geeignete Versorgungsebene:

- Patienten, die als nicht unmittelbar behandlungsbedürftig eingestuft werden, wird durch die Mitarbeiter der Patientenservicenummer ein zeitnaher Termin bei einem geeigneten Haus- oder Facharzt vermittelt. Sämtliche im Rahmen der telefonischen Ersteinschätzung erfassten Daten und Informationen werden dem betreffenden Haus- oder Facharzt auf digitalem Weg zur Verfügung gestellt, sodass diese dort nicht nochmals erhoben werden müssen.
- Patienten, die unmittelbar behandlungsbedürftig sind und den Indikationskatalog des aufsuchenden Dienstes der KVen erfüllen (z. B. immobile Patienten), werden durch diesen versorgt. Der aufsuchende Dienst kann durch Hausbesuche oder geeignete telemedizinische Angebote erbracht werden.
- Patienten, die als unmittelbar behandlungsbedürftig eingestuft werden, werden in die in den Krankenhäusern verorteten Integrierten Notfallzentren (INZ) gesteuert. Die Entscheidung, welches der vor Ort existierenden INZ der Patient aufsucht, trifft dieser selbst. Sämtliche von der KV-Patientenservicestelle erfassten Daten und Informationen werden dem vom Patienten ausgewählten INZ auf digitalem Weg zur Verfügung gestellt, sodass das INZ diese nicht nochmals erheben muss und das INZ bereits frühzeitig über die bevorstehende Ankunft des Patienten informiert ist.

Im INZ müssen auch Patienten, die das telefonische Ersteinschätzungsverfahren der Patientenservicenummer durchlaufen haben, nochmals „ersteingeschätzt“ werden. Zur Vermeidung von Doppelerhebungen sind dabei die im Rahmen der telefonischen Ersteinschätzung erhobenen Daten und Informationen per digitalem Austausch als Grundlage zu nutzen.

Das standardisierte Ersteinschätzungsinstrument wird im INZ wochentags zwischen 7 und 19 Uhr grundsätzlich durch einen hinreichend qualifizierten Mitarbeiter der KV angewandt. Sofern die KV dies nicht gewährleisten kann, hat die KV die Anwendung des Ersteinschätzungsinstruments an das Krankenhaus zu übertragen. Das Krankenhaus ist dafür von der KV angemessen zu vergüten. Mithilfe des standardisierten Ersteinschätzungsinstruments wird entschieden, ob die Versorgung des Patienten innerhalb des INZ in den vertragsärztlichen Notfallversorgungsstrukturen oder in den Notfallversorgungsstrukturen des Krankenhauses erfolgt.

Auch wenn insbesondere für die Krankenhäuser schon heute Verpflichtungen bestehen, die Priorisierung der Behandlung anhand eines strukturierten und validierten Systems vorzunehmen, akzeptieren die Krankenhäuser damit grundsätzlich den Wunsch des Gesetzgebers, ein standardisiertes Ersteinschätzungsverfahren zur Steuerung der Patientinnen und Patienten in die für sie richtige Versorgungsebene flächendeckend einzuführen. Anders als bislang gesetzlich vorgesehen, sollte die Entwicklung des Verfahrens jedoch in das Gesamtkonzept der im Koalitionsvertrag der Bundesregierung angekündigten Notfallreform eingebettet werden.

Integrierte Notfallzentren (INZ)

- befinden sich in Zukunft an jedem Krankenhaus, das gemäß den bestehenden Vorgaben des G-BA einer Stufe des stationären Notfallstufensystems zugeordnet ist, und
- bestehen verpflichtend aus:
 1. einem **Gemeinsamen Tresen**, an dem regelhaft eine standardisierte Ersteinschätzung der Patienten stattfindet,
 2. den von den Krankenhäusern organisatorisch, wirtschaftlich und medizinisch eigenständig geführten **Krankenhaus-Notfallversorgungsstrukturen** (Zentrale Notfallaufnahme/ Notfallambulanz) und den
 3. von den KVen am Krankenhaus eigenständig zu betreibenden **Notfallversorgungsstrukturen des vertragsärztlichen Bereitschaftsdienstes** (Portalpraxis).
- können in strukturschwachen und ländlichen Regionen im Auftrag der Länder auch an Krankenhäusern ohne Basisnotfallstufe eingerichtet werden.

Der Gemeinsame Tresen

- wird personell (insbesondere in Abhängigkeit vom Wochentag und der Tageszeit) vom Krankenhaus oder der zuständigen KV ausgestattet und gemeinsam nach gleichen Standards betrieben,
- ist der erste Anlaufpunkt insbesondere für Patienten, die ein INZ „auf eigene Faust“ aufsuchen, d. h. ohne zuvor Kontakt zur Patientenservicenummer des Kassenärztlichen Bereitschaftsdienstes (116 117) aufgenommen zu haben, und nicht vom Rettungsdienst eingeliefert wurden,
- ist der Ort im INZ, an dem die Dringlichkeit und das Ausmaß der Behandlungsbedürftigkeit der Patienten anhand eines standardisierten Ersteinschätzungsinstruments festgestellt werden (zu den begründeten Ausnahmen s. u.), und
- steuert die Patienten zuverlässig in die am besten geeignete Versorgungsebene (vertragsärztliche Praxis, vertragsärztliche Notfallstruktur im INZ oder Notfallstruktur des Krankenhauses).

Abbildung 1:
Integrierte Notfallzentren

Integrierte Notfallzentren (INZ)

Gemeinsamer Tresen

- Erste Anlaufstelle für Notfallpatienten im INZ
- Ort, an dem die medizinische Ersteinschätzung stattfindet



Etablierte Notfallversorgungsstrukturen der Krankenhäuser:

Zentrale Notaufnahme (ZNA), Notfallambulanz, ggf. Station für Kurzlieger



vom Krankenhaus
eigenständig betriebene
Notfallversorgungs-
strukturen

Etablierte Notfallversorgungsstrukturen des Kassenärztlichen Bereitschaftsdienstes:

Portalpraxen, Bereitschaftsdienstpraxen, Notfallpraxen



von den KVen
betriebene
Notfallversorgungs-
strukturen

Steuerung von Patienten, die sich in einem Notfall direkt an ein Krankenhaus wenden

Patienten, die ein INZ aufsuchen, ohne zuvor mit der Patientenservicenummer 116 117 des Kassenärztlichen Bereitschaftsdienstes Kontakt aufgenommen zu haben, und nicht durch den Rettungsdienst eingeliefert werden, werden regelhaft zunächst an den Gemeinsamen Tresen gesteuert. Am Gemeinsamen Tresen müssen die Patienten zunächst eine standardisierte Ersteinschätzung durchlaufen (s. o.). Entsprechend dem Ergebnis der Ersteinschätzung werden die Patienten in die für sie am besten geeignete Versorgungsebene gesteuert:

- Patienten, die nicht unmittelbar behandlungsbedürftig sind, wird (ggf. nach ärztlicher Rückkopplung) am Gemeinsamen Tresen ein zeitnaher Termin bei einem geeigneten Haus- oder Facharzt vermittelt.
- Patienten, die unmittelbar behandlungsbedürftig sind, aber die besonderen personellen und apparativen Vorhaltungen der Krankenhausnotfallversorgungsstrukturen nicht benötigen, werden in die Räumlichkeiten der vertragsärztlichen Notfallversorgungsstrukturen gesteuert und dort behandelt.
- Patienten, die unmittelbar behandlungsbedürftig sind und die besonderen personellen und apparativen Vorhaltungen der Krankenhäuser benötigen, werden in die Notfallversorgungsstrukturen des Krankenhauses (Zentrale Notaufnahme/Notfallambulanz) gesteuert und dort behandelt.

Patienten in unmittelbarer Lebensgefahr

- Für Patienten, die sich in Lebensgefahr befinden oder unter stärksten Schmerzen leiden, ist weiterhin der Rettungsdienst unter der Notrufnummer 112 zuständig.

Notwendige Rahmenvorgaben

- INZ bestehen aus von den KVen eigenständig betriebenen vertragsärztlichen Notfallversorgungs-

strukturen (Portalpraxis), den von den Krankenhäusern eigenständig betriebenen Krankenhaus-Notfallversorgungsstrukturen (Zentrale Notaufnahme/Notfallambulanz) und einem von KV und Krankenhaus in Kooperation betriebenen Gemeinsamen Tresen (s. Abbildung 1).

- Die KVen werden verpflichtet, an allen Krankenhäusern, die gemäß den Vorgaben des G-BA einer Stufe des stationären Notfallstufensystems zugeordnet sind, vertragsärztliche Notfallversorgungsstrukturen in unmittelbarer Nähe zu den Notfallversorgungsstrukturen des Krankenhauses einzurichten und diese wochentags von 7 bis 19 Uhr zu betreiben. Bereits existierende KV-Notfallpraxen³ können, sofern sie sich bereits am oder in unmittelbarer Nähe zum Krankenhaus befinden, formal in das INZ integriert werden.⁴ In ländlichen und strukturschwachen Regionen können die Länder auch an Krankenhäusern ohne Basisnotfallstufe den Aufbau von INZ beauftragen.
- Darüber hinaus werden die KVen verpflichtet, die Voraussetzungen dafür zu schaffen, dass die Mitarbeiter am Gemeinsamen Tresen sämtlichen Patienten, die als nicht unmittelbar behandlungsbedürftig eingestuft werden, digital und aufwandsarm einen zeitnahen Termin bei einem geeigneten Haus- oder Facharzt vermitteln können. Dies umfasst, dass die haus- und fachärztlichen Behandlungsmöglichkeiten jederzeit transparent und verlässlich buchbar sein müssen.
- Der G-BA wird beauftragt, die von den KVen in den vertragsärztlichen Notfallversorgungsstrukturen vorzuhaltende personelle und apparative Ausstattung für alle INZ bundeseinheitlich festzulegen (analog zu den Vorgaben zur gestuften stationären Notfallversorgung).

³ Als KV-Notfallpraxen sind hier niedergelassene Praxen zu verstehen, welche sich während ihrer Öffnungszeiten bereit erklären, vom Gemeinsamen Tresen angemeldete und unmittelbar behandlungsbedürftige Patienten umgehend zu behandeln. Diese Praxen müssen sich in der Nähe der Krankenhäuser mit einem Gemeinsamen Tresen befinden und in einem digitalen Steuerungssystem gelistet sein, welches gleichzeitig zur verbindlichen Anmeldung der Patienten dient. In diesem digitalen Steuerungssystem haben sich Notfallpraxen von den Notfallbehandlungen an- wie auch abzumelden.

⁴ Für das Jahr 2016 beziffert das Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung (ZI) die Zahl der bestehenden Portalpraxen auf 830. Derzeit nehmen rund 1.200 Krankenhäuser entsprechend der Vorgaben des G-BA an der stationären Notfallversorgung teil.

- In ländlichen oder vertragsärztlich bereits unterversorgten Regionen können die KVen auf Antrag von den Ländern von der Pflicht zur Einrichtung vertragsärztlicher Notfallversorgungsstrukturen an den dortigen INZ befreit werden. In diesen Fällen übernehmen die Krankenhäuser die Versorgung sämtlicher unmittelbar behandlungsbedürftiger Patienten. Eine Ausnahme bilden Patienten, die den Indikationskatalog des aufsuchenden Dienstes der KVen erfüllen und von diesem versorgt werden können.
- Die sachgerechte Vergütung der Versorgung der unmittelbar behandlungsbedürftigen Patienten durch die Krankenhäuser ist von den Kostenträgern sicherzustellen. Dabei sind auch die speziellen Vorhaltekosten der Krankenhäuser zu berücksichtigen. Die bisherigen Abklärungs- und Notfallpauschalen sind an den Kosten der Kassenärzte orientiert und deshalb für Krankenhäuser nicht geeignet.
- Die Etablierung Gemeinsamer Tresen und der Aufbau weiterer Portalpraxen sind möglicherweise mit dem Neu- oder Umbau bestehender Infrastruktur verbunden. Die Kosten sind im Rahmen der Investitionsfinanzierung von den Ländern zu übernehmen. In diesem Zusammenhang ist klarzustellen, dass dabei finanzierte Vorhaben (Räumlichkeiten, Behandlungsinstrumente/Großgeräte) auch für die ambulante Notfallversorgung genutzt werden können.
- In Regionen, in denen auch die stationäre Krankenhausversorgung nicht mehr flächendeckend gewährleistet ist, muss (ggf. durch Sonderprogramme des Landes oder des Bundes) die zeitnahe Etablierung integrierter Notfall- und Gesundheitszentren angestrebt werden. Eine dafür geeignete Versorgungsform sind Medizinisch-Pflegerische Versorgungszentren (MPVZ). MPVZ können aus der Transformation grundversorgender Krankenhäuser in Richtung regionaler Versorgungszentren hervorgehen und eine wohnortnahe ärztliche und pflegerische Versorgung sicherstellen und in diesem Rahmen auch mit der ambulanten Notfallversorgung betraut werden.
- Die Kostenträger (GKV und PKV) werden verpflichtet, die in den vertragsärztlichen und in den vom Krankenhaus betriebenen Not-

fallversorgungsstrukturen erbrachten Leistungen kostendeckend und unter Berücksichtigung der besonderen Vorhaltungen zu vergüten. Wie dargestellt sind die Krankenhäuser bereit, noch mehr Verantwortung im Bereich der ambulanten Notfallversorgung zu übernehmen. Eine angemessene Vergütung aller Notfalleistungen ist dafür allerdings die Grundvoraussetzung. Die Vergütung der Notfallversorgungsstrukturen des Krankenhauses erfolgt direkt mit den Krankenkassen bzw. der PKV.

- Perspektivisch ist zu prüfen, ob die Notrufnummer 112 und die Patientenservicenummer des Kassenärztlichen Bereitschaftsdienstes (116 117), wie im Koalitionsvertrag der Bundesregierung angedacht, verschränkt werden können. Die Krankenhäuser unterstützen dieses Vorhaben.
- Für Patienten, die in den Notfallversorgungsstrukturen des Krankenhauses behandelt werden, sind die gesetzlichen Voraussetzungen dafür zu schaffen, dass diese (z. B. zur weiteren Beobachtung) bis zu 48 Stunden als ambulante-klinische Fälle vom Krankenhaus aufgenommen werden können. Hierfür muss eine adäquate Vergütungsstruktur entwickelt werden.
- Wenn der aufsuchende Dienst der KVen Notfallpatienten nicht adäquat behandeln und der Patient nicht in den vertragsärztlichen (Notfall-)Versorgungsstrukturen versorgt werden kann, müssen die Patienten in die Notfallversorgungsstrukturen des Krankenhauses überwiesen werden. Damit wird für immobile Patienten sichergestellt, dass ihnen im medizinischen Notfall geholfen wird und sie in jedem Fall erstversorgt werden.
- Einzelne medizinische Fachbereiche, die spezielle Vorhaltungen und ärztliche Qualifikationen benötigen (z. B. Augenheilkunde oder Pädiatrie), sind, wie bereits heute, gesondert zu betrachten. Für diese sind regionale Lösungen zu entwickeln.
- Die Wirksamkeit dieser und aller anderen mit der ambulanten Notfallreform ergriffenen Maßnahmen sollte nach Ablauf einer ersten Umsetzungsphase (fünf Jahre) wissenschaftlich evaluiert werden.

2. Ambulante Notfallversorgung wochentags zwischen 19 und 7 Uhr sowie ganztags am Wochenende und an Feiertagen

Wochentags von 19 bis 7 Uhr sowie am Wochenende unterscheidet sich das System der ambulanten Notfallversorgung für die Patienten in folgenden Punkten:

- Die vertragsärztlichen Notfallversorgungsstrukturen bleiben im Regelfall geschlossen. Dies entlastet die KVen und ermöglicht ihnen, die vertragsärztlichen Notfallversorgungsstrukturen wochentags von 7 bis 19 Uhr entsprechend den Vorgaben des G-BA zu besetzen.
- Die standardisierte Ersteinschätzung wird am Gemeinsamen Tresen von einem Mitarbeiter des Krankenhauses durchgeführt.
- Patienten, die nach Maßgabe des telefonischen Ersteinschätzungsverfahrens der Patientenservicenummer 116 117 des Kassenärztlichen Bereitschaftsdienstes unmittelbar behandlungsbedürftig sind und den Indikationskatalog des aufsuchenden Dienstes der KVen nicht erfüllen, werden direkt in die INZ und dort in die Notfallversorgungsstrukturen des Krankenhauses geleitet.
- Patienten, die ein INZ aufsuchen, ohne zuvor mit der Patientenservicenummer 116 117 des Kassenärztlichen Bereitschaftsdienstes Kontakt aufgenommen zu haben, und nicht durch den Rettungsdienst eingeliefert werden, müssen am Gemeinsamen Tresen zunächst die standardisierte Ersteinschätzung durchlaufen. Hat die Ersteinschätzung einen unmittelbaren Behandlungsbedarf zum Ergebnis, wird der Patient in die Notfallversorgungsstrukturen des Krankenhauses gesteuert. Ist der Patient hingegen nicht unmittelbar behandlungsbedürftig, vermittelt der Krankenhausmitarbeiter am Gemeinsamen Tresen dem Patienten einen zeitnahen Termin bei einem geeigneten Haus- oder Facharzt. Das Krankenhaus erhält dafür eine angemessene Servicepauschale.

- Sofern es einzelne KVen ermöglichen können, die vertragsärztlichen Notfallversorgungsstrukturen in den INZ dauerhaft (24/7) und mit eigenem Personal zu betreiben, ist dies zu begrüßen und zu erlauben. In diesem Fall ist auch die standardisierte Ersteinschätzung am Gemeinsamen Tresen von einem dafür geeigneten Mitarbeiter der KV durchzuführen.

Notwendige Rahmenvorgaben

- Mit Ausnahme des aufsuchenden Dienstes (Hausbesuche oder telemedizinische Angebote) werden die KVen von ihrer Verpflichtung, die ambulante Notfallversorgung auch wochentags von 19 bis 7 Uhr und am Wochenende („außerhalb der Sprechstundenzeiten“) zu gewährleisten, befreit.
- In diesem Zusammenhang ist zu berücksichtigen, dass insbesondere mit der Übernahme der ambulanten Notfallversorgung zwischen 19 und 7 Uhr den Krankenhäusern nachtschichtbezogene Sonderkosten entstehen. Diese sind zwingend zu refinanzieren.

Abbildung 2:
Ambulante Notfallversorgung wochentags zwischen 7 und 19 Uhr

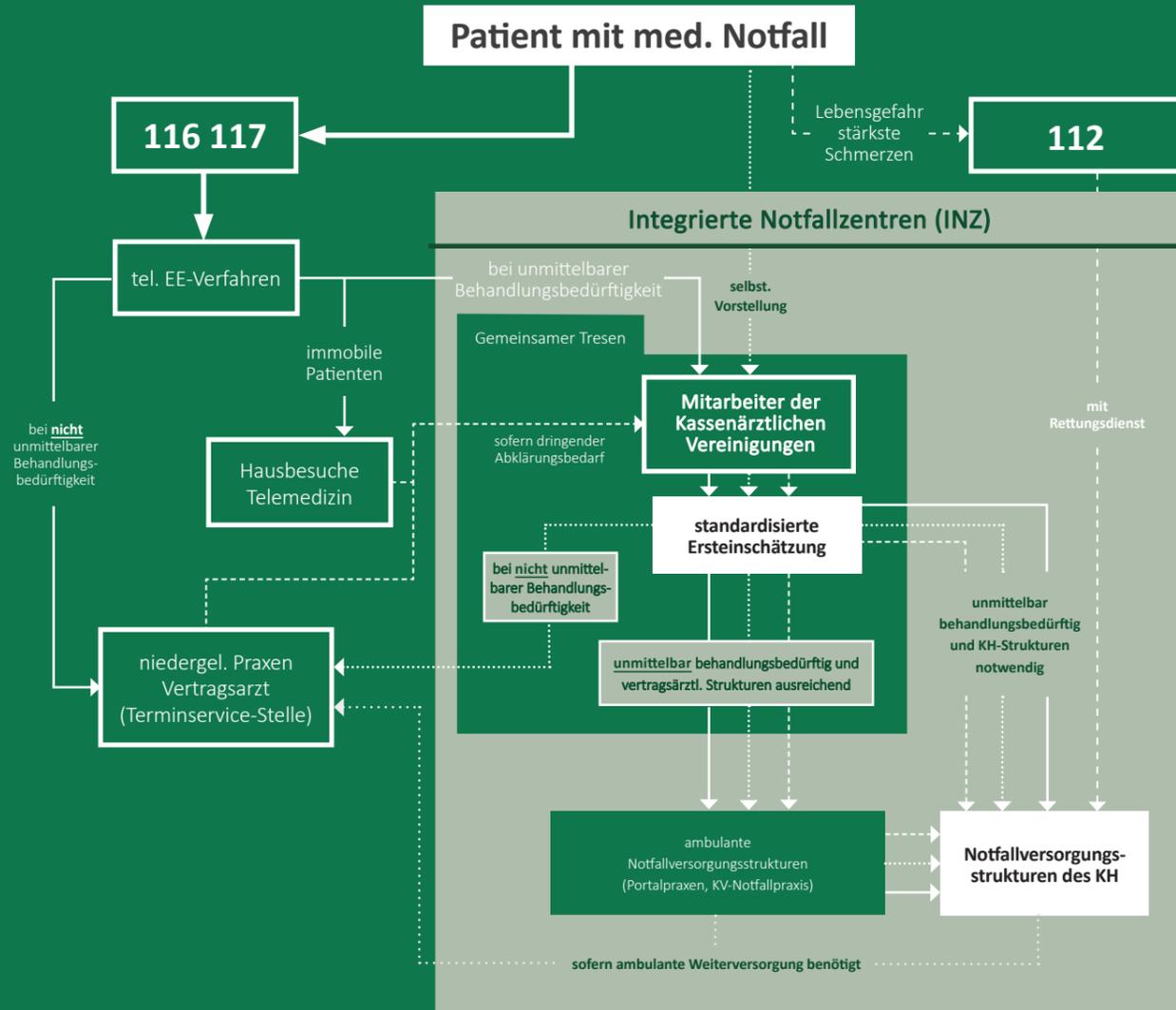
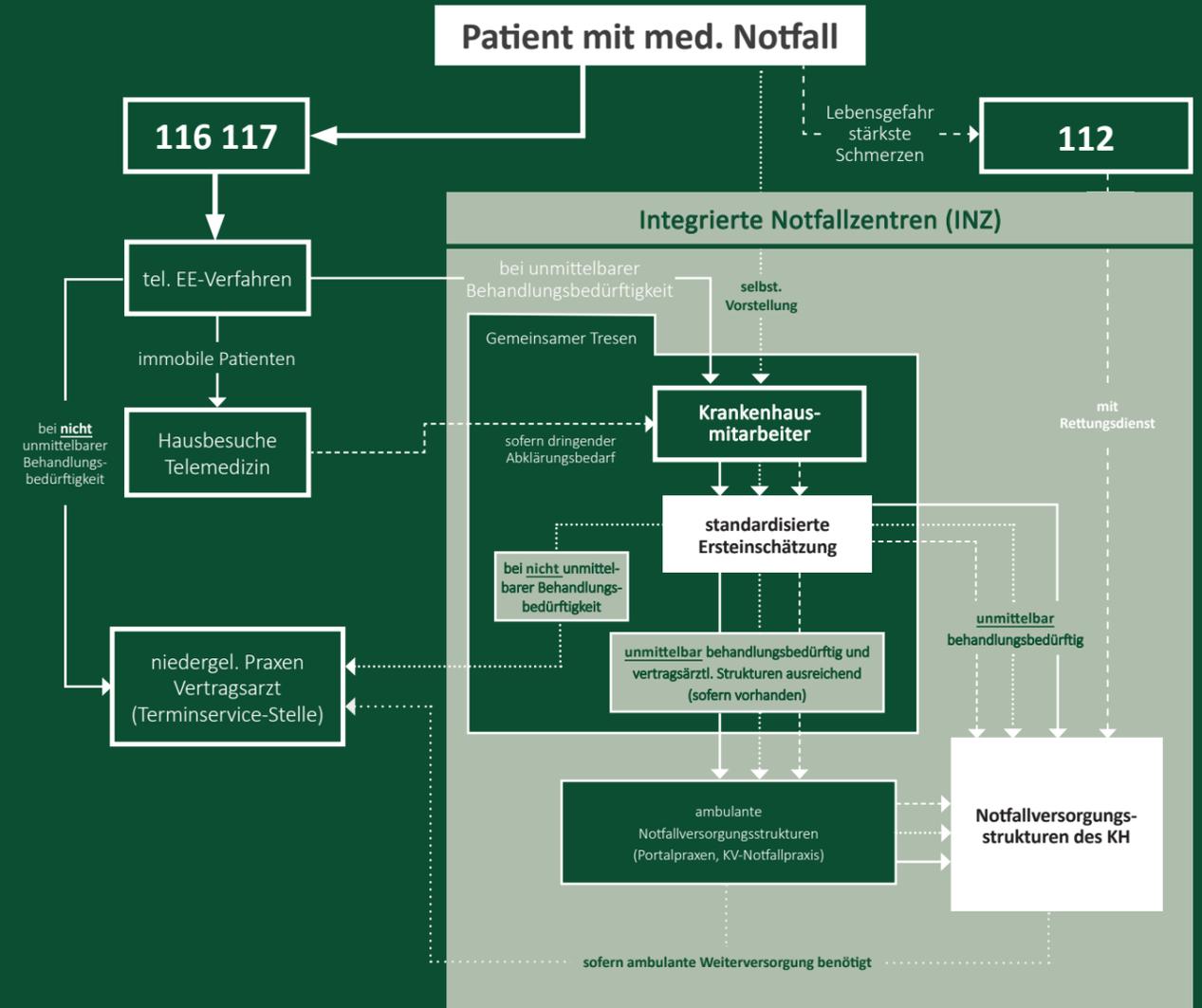


Abbildung 3:
Ambulante Notfallversorgung wochentags zwischen 19 und 7 Uhr sowie am Wochenende



Deutsche Krankenhausgesellschaft (DKG)

Bundesverband der Krankenhausträger
in der Bundesrepublik Deutschland

Wegelystraße 3
10623 Berlin

Tel. (030) 3 98 01-0
Fax (030) 3 98 01-3000
E-Mail [dkg@mail@dkgev.de](mailto:dkg@mail.dkgev.de)

