

**ECKPUNKTE
des
Marburger Bundes
für eine Strukturreform der medizinischen
Notfallversorgung und eine Integrative
Notfallversorgung**

Marburger Bund Bundesverband
Referat Verbandskommunikation
Reinhardtstraße 36
10117 Berlin
Tel. 030 746 846 – 40
Fax 030 746 846 – 45
presse@marburger-bund.de
www.marburger-bund.de

Berlin, 9. Mai 2017

I. AUSGANGSLAGE UND HANDLUNGSBEDARF

Die Sicherstellung der Notfallversorgung zu jeder Zeit ist ein entscheidendes und unverzichtbares Element der Daseinsvorsorge.

In einer Notfallsituation stehen dem Patienten im deutschen Gesundheitssystem verschiedene Ansprechpartner und Einrichtungen zur Verfügung:

- **Notfallrettung**
Die Notfallrettung ist als Teil des Rettungsdienstes gesetzlich im Rahmen der Daseinsvorsorge in jedem Bundesland geregelt.
- **Ärztlicher Notdienst der niedergelassenen Ärzte**
Der ärztliche Bereitschaftsdienst ist Teil des Sicherstellungsauftrags der Kassenärztlichen Vereinigungen für dringende ärztliche Hilfe außerhalb der Praxisöffnungszeiten.
- **Notaufnahme Krankenhäuser**
Die Notaufnahme ist als Teil der Notfallversorgung eine meist rund um die Uhr geöffnete Anlaufstelle im Krankenhaus zur medizinischen Akutversorgung.

Nach Angaben der Deutschen Krankenhausgesellschaft nehmen aktuell 1.785 Krankenhäuser an der Notfallversorgung teil. Ihre Notaufnahmen werden jährlich von bis zu 25 Millionen Menschen aufgesucht. Rund elf Millionen Fälle werden davon ambulant behandelt.

Die erhebliche Zunahme der Patientenzahlen, insbesondere in den Notaufnahmen der Krankenhäuser, ist nicht allein durch demographische Entwicklungen erklärbar.

Die jeweiligen Zuständigkeiten, Öffnungszeiten und Erreichbarkeiten des ambulanten Notdienstes sind unübersichtlich und den meisten Patienten unzureichend bekannt.

Patienten, die ihre Krankheitssymptome als ernsthafte Bedrohung einstufen, kontaktieren die Anlaufstelle, von der sie am schnellsten Hilfe erwarten.

In ländlichen Gebieten stehen immer weniger Ärzte für die Notfallversorgung zur Verfügung. Vor allem in unterversorgten ländlichen Regionen erfolgt Hilfe im Notfall im nächstgelegenen Krankenhaus.

Der Marburger Bund hält eine Neustrukturierung der Notfallversorgung für unabdingbar. Eine solche Strukturreform im Sinne einer werteorientierten Patientenversorgung sollte dem Grundgedanken einer sektorenunabhängigen Herangehensweise folgen.

Wir sehen folgende Ansatzpunkte:

- **Patientensteuerung:** Notfallpatienten müssen medizinisch korrekt und zeitgerecht behandelt werden. Deshalb sind einheitliche Kriterien zur Feststellung der Behandlungspriorität erforderlich. Der Versuch einer Patientensteuerung über eine Gebühr ist der falsche Weg. Die veränderte Inanspruchnahme der Notfallversorgung muss durch medizinisch sinnvolle Versorgungsstrukturen gesteuert werden.
- **Sicherstellungsauftrag:** Die Notfallversorgung muss gerecht verteilt werden. Das heißt, dass sich alle Ärztinnen und Ärzte an der Notfallversorgung beteiligen, so wie es die Berufsordnungen vorsehen.

- **Zentrierung der Strukturen:** Eine Neustrukturierung der Notfallversorgung hat mit Augenmaß, unter Berücksichtigung des Patientenverhaltens, der tatsächlichen Versorgungsverhältnisse und regionalen Besonderheiten zu erfolgen. Dazu sollen zentrale Anlaufstellen beitragen. Der Marburger Bund spricht sich für die Definition von Zielgrößen aus, ab der eine solche Anlaufstelle am Krankenhaus sinnvoll ist.
- **Koordinierung der Behandlung:** Der Anspruch eines jeden Patienten auf qualitativ hochwertige Behandlung zu jeder Zeit und an jedem Ort muss gesichert sein. Das erfordert eine bessere Koordination der Notfallversorgung in der Organisation und Zusammenarbeit. Die Voraussetzungen für eine integrative Notfallversorgung mit echter Vernetzung der Strukturen müssen geschaffen werden.
- **Definierte Anforderungen an die Qualität und Ausstattung:** Die Anforderungen an die Strukturqualität sind unter Berücksichtigung regionaler Besonderheiten klar zu definieren. Dies führt zu eindeutigen (Mindest-) Anforderungen an die technische und insbesondere die qualitative und quantitative personelle Ausstattung aller Ebenen der Notfallversorgung. In der Versorgung Neugeborener sind solche Standards bereits definiert bzw. werden in der Intensivmedizin diskutiert/etabliert. Dies ist auch für die Notfallversorgung zu fordern.
- **Finanzierung / Vergütung:** Die Notfallversorgung muss leistungsgerecht vergütet werden. Die Vergütungssystematik der ambulanten Notfallversorgung wird vielfach kritisiert und ist auf den Prüfstand zu stellen. Um die Notfallversorgung bei einer älter und morbider werdenden Bevölkerung mit gestiegenem Versorgungsbedarf zukunftsfest zu machen, ist ein Umdenken in der Finanzierung nötig.
- **Modellprojekte:** Neue Konzepte der Notfallversorgung, sektorenübergreifend oder sogar außerhalb der bekannten Sektorengrenzen, sollten in geförderten Modellprojekten erprobt werden.

II. LÖSUNGSVORSCHLÄGE DES MARBURGER BUNDES

1. Patientensteuerung nach Behandlungsdringlichkeit

Die Bereitschaft zu einem Umdenken der Bevölkerung hin zu einem ressourcensparenden Einsatz der Notfallstrukturen kann nur dann gestärkt werden, wenn deutlich wird, dass qualitative Aspekte und nicht ökonomische Erwägungen die Neuorganisation begründen.

Durch standardisierte, stets gleiche Behandlungsabläufe in der Notfallversorgung kann der Sorge vor Qualitätsunterschieden begegnet werden.

Deshalb spricht sich der Marburger Bund für ein Triage-System zur Ersteinschätzung der Patienten nach ihrer Behandlungsdringlichkeit aus, das für Rettungsdienste, Notdienstpraxen, Notaufnahmen und für die Rettungsleitstellen gleich ist. Bei direktem Patientenkontakt wird die Triage durch die Messung von Vitalparametern ergänzt.

Eine einheitliche, rein auf medizinischen Kriterien beruhende Vorgehensweise bei der Ersteinschätzung (also der Symptomabfrage, der Einordnung der Dringlichkeit und der „Zuweisung“ zu einer „Versorgungsform“) erhöht die Akzeptanz der Patienten, reduziert die

Möglichkeiten, das System zu umgehen, verkürzt Wartezeiten und verbessert die Zusammenarbeit der unterschiedlichen Versorgungsebenen.

Dafür müssen einheitliche Standards für die Ersteinschätzung der Behandlungsdringlichkeit für alle Anlaufstellen der Notfallversorgung festgelegt werden.

Sinnvoll wäre ein einheitliches IT-gestütztes System, welches die standardisierte Vorgehensweise bei gleichzeitig einheitlicher Dokumentation sicherstellt.

Es sollte nur noch eine telefonische Erstkontaktstelle geben, indem zum Beispiel alle Primärkontaktnummern an die gleiche Stelle weitergeleitet werden.

Die Standorte der jeweiligen Rettungsleitstellen sind so zu wählen, dass den Mitarbeitern die regionalen Strukturen bekannt sind.

Der Verweis des Patienten an/in eine Versorgungsstruktur darf sich auch hier nur an medizinischen und nicht an ökonomischen Kriterien orientieren. Allerdings sind durch eine sinnvolle Nutzung der verfügbaren Ressourcen auch entsprechende wirtschaftliche Effekte zu erwarten.

2. Sicherstellungsauftrag

Die Notfallversorgung muss gerecht auf die Beteiligten verteilt werden.

Eine Voraussetzung dafür ist, dass sich alle Ärztinnen und Ärzte an der Notfallversorgung beteiligen. Nach Maßgabe der Kammer- und Heilberufsgesetze der Länder und der auf ihrer Grundlage erlassenen Satzungen sind alle Ärztinnen und Ärzte zur Teilnahme am Notfall- bzw. ärztlichen Bereitschaftsdienst verpflichtet.

Ziel muss es sein, die Notaufnahmen in den Krankenhäusern so zu entlasten, dass die dort tätigen Ärztinnen und Ärzte sich um Patienten kümmern können, die auch wirklich eine Behandlung durch das Krankenhaus benötigen.

Zugleich müssen die Kassenärztlichen Vereinigungen sicherstellen, dass hilfeschende Patienten wohnortnah eine ambulante Versorgung außerhalb der üblichen Sprechstundenzeiten erhalten. Die Kassenärztliche Bundesvereinigung hat jüngst erst auf die Probleme des kassenärztlichen Notdienstes hingewiesen, der nach wie vor vielen Patienten nicht bekannt ist. Festzustellen ist, dass die seit April 2012 bundesweit einheitliche Rufnummer 116117 für den KV-Notdienst nicht durchgängig prominent platziert ist und teilweise zusätzlich andere Rufnummern kommuniziert werden. Die Hinweise für Patienten oder „Bürger“ zum ärztlichen Bereitschaftsdienst oder Notdienst sind schwer zu finden.

3. Zentrierung der Strukturen

Die Strukturen der Notfallversorgung müssen dem Patientenverhalten angepasst werden. Dazu kann die Schaffung von zentralen Anlaufstellen beitragen.

Die mit dem GKV-Versorgungsstärkungsgesetz (GKV-VSG) eingeführte Kooperationspflicht zur Sicherstellung des ambulanten Notdienstes wurde mit dem Krankenhausstrukturgesetz (KHSG) dahingehend konkretisiert, dass die Kassenärztlichen Vereinigungen hierzu entweder in bzw. an Krankenhäusern Notdienstpraxen („Portalpraxen“) einrichten oder vorhandene Notfallambulanzen der Krankenhäuser in den Notdienst einbinden sollen (§ 75 Absatz 1 b SGB V).

Wie auch in benachbarten europäischen Ländern, sollten Notdienstpraxen zentral und nach Möglichkeit am Krankenhaus verortet sein. Das hat den Vorteil, dass alle diagnostischen Möglichkeiten eines Krankenhauses bei entsprechender Indikation zur Verfügung stehen und bei Bedarf auch rasch eine stationäre Aufnahme erfolgen kann.

Gleichzeitig muss der Fahrdienst des vertragsärztlichen Bereitschaftsdienstes (Hausbesuche) erhalten bleiben, damit auch für immobile Patienten keine Hürden zur vertragsärztlichen Versorgung entstehen.

Derzeit nehmen rund 72 Prozent der Krankenhäuser an der Notfallversorgung teil. Unter Berücksichtigung der ärztlichen Ressourcen ist aus unserer Sicht zu prüfen, an welchen Krankenhäusern sinnvollerweise eine Notdienstpraxis anzusiedeln ist.

Der Marburger Bund spricht sich für die Definition von Zielgrößen aus, ab der eine durch Vertragsärzte betriebene Notdienstpraxis am Krankenhaus sinnvoll ist. Diese Größen können nach regionaler Notwendigkeit unterschiedlich sein. Die Umsetzung vor Ort sollte im Sinne einer regionalen Versorgungsplanung gestaltet werden.

4. Koordinierung der Notfallversorgung

Integrative Notfallversorgung

Notdienstpraxis und Notaufnahme dürfen nicht einfach nur nebeneinander am gleichen Ort existieren, sondern müssen personell und digital miteinander verknüpft werden, um eine patientengerechte Versorgung zu erreichen. Durch Integration der Strukturen entsteht für den Patienten eine Behandlung aus einer Hand mit immer gleicher Qualität. Doppelte Inanspruchnahmen können vermieden und personelle Ressourcen für die Gesamtversorgung gehoben werden.

Nutzung der digitalen Möglichkeiten der Vernetzung für die Notfallversorgung

Das Hand-in-Hand-Arbeiten beider Sektoren am Patienten vor Ort muss systematisch unterstützt werden. Die Dokumentation der Behandlungsabläufe sollte in einem einheitlichen durch beide Sektoren genutzten EDV-System erfolgen. Bei Übergabe des Patienten von einem in den anderen Sektor muss der gesamte Notfallbehandlungsablauf inklusive aller durch den bereits erfolgten Ressourceneinsatz gewonnenen Erkenntnisse (Ergebnisse) zur Verfügung stehen. So könnte in einem überschaubaren Bereich und bei entsprechend rechtlicher Absicherung eine sektorenübergreifende Versorgung etabliert und ihre Wirkung evaluiert werden.

5. Definierte Strukturqualität und Ausstattung

Gestuftes Notfallsystems mit definierter Strukturqualität

Die Anforderungen an die Strukturen der Notaufnahmen müssen definiert werden. Erforderlich ist die Etablierung eines gestuften Notfallsystems mit definierter Strukturqualität. Hierzu kann auch ein vom Gemeinsamen Bundesausschuss zu entwickelndes gestuftes System der Notfallstrukturen beitragen. Allerdings muss die Verbesserung der Qualität der Notfallversorgung das Ziel sein, ohne die Unterfinanzierung des Systems und die Konkurrenz zwischen den Leistungserbringern durch finanziellen Druck weiter zu verschärfen. Eine allein auf die Krankenhäuser beschränkte Veränderung wird dem Ziel der Qualitätsverbesserung nicht gerecht.

Ausstattung der Notdienstpraxen und der Notaufnahmen der Krankenhäuser

Die der Versorgungsstufe entsprechende technische und personelle Ausstattung muss in Umfang und Qualität im Rahmen des oben genannten klar definiert werden.

Qualifikation der an der Notfallversorgung teilnehmenden Ärzte

Jeder Arzt ist nach den Bestimmungen der Berufsordnungen verpflichtet, sich für den Notdienst fortzubilden. Die notwendigen Kenntnisse, Erfahrungen und Fertigkeiten sind im Studium erworben worden und werden durch die tägliche Arbeit vertieft. Für die erste Stufe der Notfallversorgung bedarf es neben einer Einarbeitung und der ständigen Fortbildung keiner weiteren Qualifikation.

Für die fachspezifische Notfallversorgung (z.B. HNO oder Pädiatrie) ist der Facharztstandard Voraussetzung.

6. Finanzierung der Notfallversorgung

Eine Finanzierung allein aus Mitteln der bisherigen Vergütungssysteme ist nicht ausreichend, sondern muss durch zusätzliche Mittel aus Bund, Ländern und Kommunen verbindlich unterstützt werden.

Auf Grund der seit Jahren unzureichenden Investitionsfinanzierung der Länder ist es auch in der Ausstattung von Notaufnahmen in den Krankenhäusern zu einem Investitionsstau gekommen, so dass die Vernetzung der Strukturen ohne Finanzierung aus extrabudgetären Mitteln nicht gelingen wird. Gerade in strukturschwachen Gebieten bedarf es für Krankenhäuser der ersten Versorgungsstufe zur Sicherstellung der Notfallversorgung finanzieller Zuschläge statt Abschläge.

7. Modellprojekte für eine zukunftsfeste notfallmedizinische Neuausrichtung fördern

Perspektivisch sollten aus Sicht des Marburger Bundes neue Konzepte der Notfallversorgung erprobt werden. Insbesondere sollte überprüft werden, ob eine integrierte Notfallversorgung außerhalb der bestehenden Sektorengrenzen der ärztlichen Versorgung und der bestehenden Finanzierungssystematik zu einer Verbesserung der Versorgung führt. Deshalb sollte die Erprobung grundlegend neuer Organisationsformen und Finanzierungsmöglichkeiten in Modellprojekten gefördert werden, wie es bereits im Rahmen des Innovationsfonds erfolgt.