

Stand
Berlin, 28.04.2017



(Politische) Rahmenbedingungen einer sektorenübergreifenden Versorgung in Notfallpraxen und Notaufnahmen – Argumentationspapier

Erstellt durch die Arbeitsgruppe „Ambulante und stationäre Versorgung“

Korrespondenzadresse:

Bundesärztekammer
Herbert-Lewin-Platz 1
10623 Berlin

(Politische) Rahmenbedingungen einer sektorenübergreifenden Versorgung in Notfallpraxen und Notaufnahmen – Argumentationspapier

Hintergrund (gesundheitspolitische Prämisse)

In den letzten zehn Jahren ist eine deutliche Steigerung der Inanspruchnahme der Notfallversorgungsstrukturen in Deutschland zu verzeichnen. Auch unter Berücksichtigung eines demografiebedingt erhöhten medizinischen Versorgungsbedarfes ist diese überproportionale Zunahme des Patientenaufkommens in Notfallaufnahmen und Notfallpraxen zu einer der zentralen Herausforderungen des Gesundheitswesens geworden. Die Verdopplung der Patientenzahlen zwischen 2005 und 2015 auf ca. 25 Millionen pro Jahr führt zu einer chronischen Überlastung der Notfallversorgungsstrukturen, zumal der notwendige Ausbau der personellen Ressourcen und Infrastruktur in keiner Weise Schritt gehalten hat. Die Entwicklung ist zugleich symptomatisch für einen über die Notfallversorgung hinausgehenden Modernisierungs- und Reformbedarf im Gesundheitswesen. In kaum einem anderen Bereich zeigt sich so deutlich, welche Relevanz die Etablierung einer gut abgestimmten, sektorenübergreifend ausgerichteten Kooperation aller Beteiligten in Zukunft haben wird.

Primäres Ziel der vorliegenden Argumentationshilfe ist es, notwendige Rahmenbedingungen und Möglichkeiten für eine Weiterentwicklung sektorenübergreifender Versorgungsstrukturen am Beispiel der aktuellen Diskussion zur Neuausrichtung der Notfallversorgung in Deutschland aufzuzeigen. Dabei kommt der Gewährleistung einer ambulanten ärztlichen Versorgung in sprechstundenfreien Zeiten eine wesentliche Bedeutung zu. Sie ermöglicht den durchgehenden Zugang der Patientinnen und Patienten zur ambulanten Versorgung und trägt mit dazu bei, dass die Notaufnahmen der Krankenhäuser entlastet und bislang gebundene personelle und materielle Ressourcen für die Erfüllung ihrer eigentlichen Aufgaben im Bereich der Versorgung von Notfallpatienten genutzt werden können.

Ein „Weiter so“ der bisherigen Entwicklung darf es nicht geben. Die Intention des Koalitionsvertrags vom 16. Dezember 2013, in dem u. a. auf die notwendigen Vorhalteleistungen und -kosten der Notfallversorgung fokussiert sowie auf die Etablierung einer regelhaften Kooperation zwischen den vertragsärztlichen Strukturen und der stationären Versorgung abgehoben wurde, ging in die richtige Richtung. Allerdings hat sich die reale Versorgungssituation für Patienten und die sie betreuenden Ärzte zwischenzeitlich durch die ansteigende und hohe Zahl der Patientinnen und Patienten so verschärft, dass die Schaffung der notwendigen Rahmenbedingungen und der für erforderlich erachteten Ressourcen keinen Aufschub mehr dulden. Die in diesem Zusammenhang folgenden

Anregungen sind nicht als Einzelempfehlungen der detaillierten und komplexen medizinischen Abläufe der Notfallversorgung, sondern als Zusammenstellung des resultierenden sektorenübergreifenden Änderungsbedarfes zu verstehen.

A Medizinische Versorgung, Koordination und Steuerung

In kaum einem Bereich der medizinischen Versorgung zeigt sich derzeit so deutlich wie in der Notfallmedizin, dass dringend weitere Maßnahmen zum Ausbau der Kooperation der verschiedenen Beteiligten im Gesundheitswesen zum Wohl der Patientenversorgung und zur Sicherung der Daseinsvorsorge erforderlich sind.

Die sektorenübergreifende Notfallversorgung wird zudem ein wesentlicher Baustein für die weitere Verbesserung der intersektoralen Zusammenarbeit sein. Dies gilt insbesondere für die Kooperation zwischen der Regel- und Spezialversorgung als auch für eine optimierte Abstimmung mit weiteren modernen Versorgungsangeboten, wie z. B. der Integrierten Versorgung.

Notfallpraxis / sektorenübergreifende Kooperation

Die im Rahmen des Krankenhausstrukturgesetzes (KHSG) angestrebte Einführung von sogenannten „Portalpraxen“ ist eine neue Option zum Ausbau der sektorenübergreifenden (Notfall-)Versorgung. Es handelt sich dabei um vertragsärztliche Notfallpraxen, die zusammen mit der Notaufnahme des Krankenhauses ein aufeinander abgestimmtes Versorgungsangebot bieten. Die Implementierung dieser sektorenübergreifenden und koordinierenden Funktion sollte daher auf den bestehenden Strukturen aufsetzen und diese unter Einbezug der Landesärztekammern weiterentwickelt werden. Viele Kliniken kooperieren schon heute intensiv mit niedergelassenen Ärztinnen und Ärzten des vertragsärztlich-ambulanten Bereitschaftsdienstes. Vielfach sind diese Praxen in den letzten Jahren auch bautechnisch mit den Kliniken verknüpft worden. Bedarf und Ansiedlung einer Notfallpraxis sollten daher durch die regionalen Vertragspartner vereinbart werden, um so den regionalen Erfordernissen besser gerecht werden zu können. Eine Ansiedlung von Notfallpraxen an allen in Deutschland an der Notfallversorgung beteiligten 1.600 Kliniken ist jedoch nicht realistisch. Vor allem ist sie aber im Sinne einer optimalen Ressourcen-Zuteilung weder sinnvoll noch notwendig.

Dies wäre aus Sicht der Bundesärztekammer angesichts des erheblichen Fachkräftemangels im Gesundheitswesen (Ärztmangel in Klinik und Praxis, Mangel an medizinischen Fachangestellten und Pflegeberufen etc.) insbesondere in einigen Flächenregionen kurzfristig auch nicht zu gewährleisten. In Verbindung mit der erforderlichen

Intensivierung der Kooperation zwischen den Notaufnahmen und den kassenärztlichen Versorgungsstrukturen einschließlich Notfallpraxen ist auch ein Ausbau der Kooperation mit den Arztnotrufzentralen, Leitstellen und Fahrdiensten anzustreben. Kliniken, an denen die Ansiedlung einer Notfallpraxis sinnvoll sein könnte, sollten in einer gemeinsamen regionalen Planungsdebatte identifiziert und festgelegt werden. Insbesondere im ländlichen Raum kann zudem eine integrative Zusammenführung von Notaufnahmen, kassenärztlichem Bereitschaftsdienst und Notarztstandorten die Sicherung einer flächendeckenden Versorgung erleichtern.

Triage / medizinische Dringlichkeit

Ein wesentliches Problem der Versorgungsabläufe in den Notaufnahmen und den kooperierenden Versorgungsstrukturen ist der wachsende Anteil zu betreuender Patienten. In den letzten zehn Jahren ist eine Verdopplung des Patientenaufkommens in den Notaufnahmen zu verzeichnen. Die Gründe für diese Entwicklung sind vielfältig. Zur Gewährleistung einer qualitativ hochwertigen Versorgung von potentiellen Notfallpatienten ist aus Sicht der Bundesärztekammer die Implementierung von gut koordinierten Maßnahmen im Rahmen einer schnellen und qualitativ hochwertigen Triage und die damit verbundene Einschätzung der Dringlichkeit unverzichtbar. Der mobile Patient begibt sich in die Notfallpraxis, die im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung an einer Klinik vorgehalten wird. Hier muss die Triage stattfinden und bei Bedarf eine Überführung in die Notaufnahme zur Versorgung im stationären Bereich erfolgen.

Die Patienten, die durch den Notarzt oder per Einweisung in die Notfallversorgung gelangen, kommen unmittelbar in die Notaufnahme.

Die Triage durch Ärztinnen und Ärzte bzw. in Kooperation mit speziell geschultem medizinischem Fachpersonal (z. B. Manchester Triage, Emergency Severity Index, Netherlands Triage Standards etc.) ermöglicht eine schnelle und fachlich fundierte Entscheidung, ob eine lebensbedrohliche bzw. dringliche Erkrankung vorliegt. Durch die strukturierte Vorgehensweise können u. a. schwer erkrankte Notfallpatienten zeitnah erkannt werden und umgehend die notwendige Diagnostik und Therapie erhalten.

Die Implementierung eines übergreifenden, möglichst einheitlichen Triage-Systems für Rettungsdienste, Notfallpraxen und Notaufnahmen sowie für die telefonische Anlaufstelle (Servicenummer 116117) ermöglicht so eine rasche Ersteinschätzung. Danach erhält der Patient die Notfallbehandlungen, die effektiv in Klinik, Notaufnahme, Notfallpraxis_oder im ambulanten Versorgungssystem notwendig sind. Die Sicherstellung einer rein auf medizinischen Kriterien basierenden Organisation der Abläufe der beteiligten Versorgungsstrukturen erlaubt neben einer zielgerechten Versorgung auch eine deutliche

Reduktion von Wartezeiten, von Überlastung des qualifizierten Personals und von medizinisch ggf. verzichtbaren stationären Aufnahmen.

Das Prinzip einer möglichst einheitlichen Ersteinschätzung der Dringlichkeit des medizinischen Versorgungsbedarfes sollte zukünftig intensiver in die zu entwickelnden sektorübergreifenden Versorgungskonzepte integriert werden. Dies umfasst u. a. die Weiterentwicklung und Implementierung von gemeinsamen Standards für die Diagnostik und Therapie im Krankenhaus, in der ambulanten Notfallversorgung sowie im vertragsärztlichen Notdienst und deren Vermittlung über regionale Fortbildungsveranstaltungen und Fallbesprechungen (z. B. zur Triage) für Ärzte und nicht-ärztliche Mitarbeiter.

Steuerung

Angesichts einer deutlich steigenden Inanspruchnahme der Notaufnahmen sind aus Sicht der Bundesärztekammer weitere Steuerungselemente erforderlich. Grundsätzlich gilt, dass Patienten, die akute körperliche oder psychische Änderungen des Gesundheitszustands aufweisen, eine zügige Abklärung des notwendigen akuten Versorgungsbedarfes bekommen. Ein wachsender Teil der Patienten wird zu den klassischen Praxiszeiten (8:00 - 18:00 Uhr) mit Beschwerden – vielfach ohne lebensbedrohliche Symptome und Gefährdung – in den Notaufnahmen vorstellig. Versicherte müssen wieder vermehrt über die verfügbaren ambulanten, stationären und sektorenübergreifenden Versorgungsstrukturen und deren adäquate Nutzung informiert werden. Dies umfasst auch die Vermittlung von Informationen zu den dafür vorgesehenen Ansprechpartnern (Hausarzt, vertragsärztlicher Notdienst, Notfallpraxis, Rettungsdienst/Leitstellen). Neben der unverzichtbaren medizinischen Ersteinschätzung der Behandlungsdringlichkeit sollte den Patienten aus Sicht der Bundesärztekammer wieder vermehrt die Option der originären haus- bzw. fachärztlichen Versorgung vermittelt werden. Gerade für die wachsende Zahl von Patientinnen und Patienten, die zunächst mit den Strukturen des deutschen Gesundheitswesens nicht vertraut sind und hauptsächlich den Weg („Pfad“) in das Krankenhaus kennen, ist dies wichtig.

Dies umfasst auch die wiederholte Information über die telefonische Erreichbarkeit und Funktion des vertragsärztlichen Bereitschaftsdienstes (bundesweit einheitliche Nummer 116117), der durch Teilnahme aller niedergelassenen sowie in Praxen oder Medizinischen Versorgungszentren angestellten Ärzte sichergestellt wird. Grundsätzlich sollte die Art des Versorgungszugangs für betroffene Patienten niedrigschwellig, wie z. B. über das Internet und die digitalen Medien, und leicht verständlich sein.

Ziel ist es zu verdeutlichen, dass die Notaufnahmen keinen Ersatz für eine (haus- oder fachärztliche) Regelversorgung darstellen. Voraussetzung für den Erfolg dieser Maßnahmen

ist eine verlässliche und auch zeitlich möglichst einheitliche Erreichbarkeit der vertragsärztlichen Versorgung.

Die erforderliche, übergeordnete System-Steuerung zur Sicherung der notwendigen personellen und strukturellen Ressourcen erfordert zukünftig eine deutlich verbesserte Abstimmung zwischen der ambulanten Bedarfs- und der (Landes-)Krankenhausplanung. In einer entsprechend sektorenübergreifend ausgerichteten Planungsdebatte sollten auch die jeweiligen Landesplanungen für den Rettungsdienst bzw. die Rettungsmittel und deren Standortplanung mit Ausrichtung auf den regionalen Versorgungsbedarf (Versorgungskonferenz) berücksichtigt werden.

Eine rein ökonomisch ausgerichtete Steuerung durch Anreize in Vergütungssystemen wird abgelehnt.

Wettbewerb / Daseinsvorsorge

Die Sicherstellung einer rund um die Uhr zugänglichen sektorenübergreifenden Notfallversorgung ist aus Sicht der Bundesärztekammer ein entscheidendes Element der Daseinsvorsorge. In kaum einem Gesellschaftsbereich sind die Grundprinzipien der Daseinsvorsorge so unverzichtbar und Ausdruck eines funktionsfähigen Gemeinwesens, wie in der Notfallversorgung.

Ein ökonomisch bedingter Wettbewerb in diesem Segment (z. B. durch den Ausbau von Selektiv- und Rabattverträgen etc.) ist daher völlig ungeeignet. Insbesondere die Heterogenität der zu behandelnden Patienten und deren Diagnosen, die nur eine bedingte Planbarkeit der Notfallversorgung zulassen, sowie die erheblichen Vorhalteleistungen im Sinne der notwendigen Sicherung, die eine 24 Std./365 Tage-Krisenreaktionsfähigkeit (bis hin zu Großschadensereignissen) mit sich bringen, lässt eine Refinanzierung über Einnahmen aus klassischen Vergütungssystemen in der Regel nicht zu. Die erforderlichen Finanzmittel sind daher nicht nur aus Mitteln der Gesetzlichen Krankenversicherung zu gewährleisten, sondern auch durch ergänzende Investitionen von Ländern und Kommunen zu unterstützen.

Sicherheit des Personals

Angesichts der wachsenden Überlastung der Notaufnahmen und steigender Wartezeiten haben Aggressionen und Übergriffe von Patienten und Angehörigen auf Ärzte und medizinische Fachkräfte in den letzten Jahren deutlich zugenommen. Eine zügige Triage in Kombination mit Notfallpraxen als erste Anlaufstellen kann hier deeskalierend wirken, da dort schnell entschieden werden kann, ob der Patient ambulant oder von einem niedergelassenen Arzt behandelt oder aber stationär in ein Krankenhaus aufgenommen werden muss. In großen Notaufnahmen und Notfallpraxen sollte Sicherheitspersonal beschäftigt werden, um dem Pflegepersonal und den Ärzten mehr Sicherheit zu gewährleisten. In Ergänzung sollten durch die Träger der Versorgungsstrukturen vermehrt Deeskalationsschulungen kostenfrei angeboten werden. Die Bundesärztekammer begrüßt die durch die Bundesregierung im Februar 2017 eingeleiteten gesetzlichen Maßnahmen zum verbesserten Schutz des medizinischen Personals als einen ersten wesentlichen Schritt in die richtige Richtung (Drucksache 18/11161).

Entwicklung eines Notfallstufenkonzepts durch den Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA)

Gemäß der Vorgabe des Krankenhausstrukturgesetzes (KHSG) vom 1. Januar 2016 soll durch den Gemeinsamen Bundesausschuss ein Stufenkonzept zur Notfallversorgung in Deutschland entwickelt und verabschiedet werden. Angesichts der Heterogenität der regionalen Versorgungsstrukturen und der länderspezifischen gesetzlichen Vorgaben sowie der Komplexität dieses Bereichs der Daseinsvorsorge ist die Verschiebung der Beschlussfindung des Plenums des G-BA um ein Jahr aus Sicht der Bundesärztekammer sachgerecht.

Forderungen in diesem Zusammenhang sind:

- Die Integration der medizinischen Expertise der Bundesärztekammer in die anstehenden Beratungen.
- Integration der Ergebnisse aus den Ende 2016 gestarteten Projekten zur sektorenübergreifenden Notfallversorgung im Rahmen des Innovationsfonds (§ 92a SGB V)
- Regionale Erprobung der geplanten Richtlinien- und Strukturvorgaben des Gemeinsamen Bundesausschusses und die unabhängige Evaluation im Jahr 2018 hinsichtlich der möglichen positiven und negativen Auswirkungen auf die medizinische Versorgung der Bevölkerung, die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter sowie die ökonomischen Parameter und den resultierenden Investitionsbedarf für die angestrebten Änderungen.
- Die Übergangszeit sollte um zwei auf drei Jahre erweitert werden und die unabhängige Evaluation bis zum Ende der Übergangszeit im Sinne einer Begleitforschung mit jährlicher Berichtspflicht fortgesetzt werden. Die zu prüfenden (Test-)Kriterien sind im Vorfeld festzulegen.

Qualität

Um der aufgrund der Verschiebung um ein Jahr für 2017 anstehenden Fortsetzung der Facherörterung des Gemeinsamen Bundesausschusses nicht vorzugreifen, wird zunächst seitens der Bundesärztekammer auf Detailempfehlungen insbesondere zu Struktur- und Prozesskriterien sowie zu sukzessive zu entwickelnden Indikatoren für eine qualitätsorientierte Krankenhausplanung verzichtet.

Vor dem Hintergrund der Diskussionen und der Beschlusslage des 119. Deutschen Ärztetages 2016 in Hamburg ist es aus Sicht der Bundesärztekammer wesentlich, dass insbesondere die notwendigen Voraussetzungen für eine ausreichende Verfügbarkeit von qualifizierten Ärzten und weiterem medizinischen Fachpersonal sichergestellt werden. Dies umfasst neben der Finanzierung auch die Festlegung von Mindestpersonalvorgaben sowie von Anforderungen an die Qualifizierung des medizinischen Fachpersonals.

Allerdings sollte bei den für 2017 anstehenden fachlichen Erörterungen die Zahl der derzeit auf dem deutschen Arbeitsmarkt verfügbaren Ärzte und der medizinischen Fachkräfte mehr Berücksichtigung finden. Zudem weist die Bundesärztekammer darauf hin, dass regionale Spezifika der Notfallversorgung eine wesentliche Rolle spielen. Qualitativ hochwertige Anforderungen, die in Ballungsgebieten vielfach (noch) erfüllt werden können, werden in einigen Flächenregionen des Landes faktisch nicht zu 100 Prozent umsetzbar sein.

Eine formalistische, den Buchstaben einer Richtlinienvorgabe nach „konforme“ Schließung von Notfallversorgungseinheiten, bedingt durch eine teilweise Nichterfüllung von Qualitäts- und Strukturanforderungen (z. B. durch vorübergehende Personalfluktuationen), wird die Versorgungslage vor Ort eher verschlechtern, wenn nicht gar zu einer Gefährdung der Versorgung führen.

Optionen zur Adaptierung an regionale Erfordernisse und Strukturen, die über Jahre zwischen den Beteiligten vor Ort gewachsen sind, sind daher unverzichtbar. Die endgültige Ausgestaltung der zu schaffenden neuen Rahmenbedingungen sollte daher der Expertise der Partner vor Ort vorbehalten bleiben. Nicht zuletzt die gemeinsamen Landesgremien nach § 90a SGB V könnten unter stimmberechtigter Einbindung der Landesärztekammern hier zukünftig einen entscheidenden Beitrag zur regionalen Abstimmung untereinander beitragen. Auch spricht sich die Bundesärztekammer grundsätzlich für die Beibehaltung des Prinzips eines offenen und niedrigschwiligen Zugangs aus. Gerade durch die Verknüpfung eines modernen IT-gestützten, professionellen Triage-Systems mit sektorenübergreifenden Versorgungsstrukturen und kooperierenden, integrierten Leitstellen kann zukünftig eine sachgerechtere Allokation potentieller Notfallpatienten sichergestellt werden. Speziell für den Bereich der Notfallversorgung ist und bleibt eine weitreichende Definition unverzichtbar.

Qualität der Notfallversorgung bedeutet auch, dass auf jeder Stufe eines neu zu entwickelnden Stufenkonzepts (im Sinne eines Rahmenkonzeptes mit ausreichender regionaler Adaptierbarkeit) eine unmittelbare Lebensrettung gewährleistet sein muss.

Qualifikation von Ärztinnen und Ärzten und kooperierender medizinischer Fachberufe

Der wichtigste Faktor zur Sicherung einer hohen Qualität der sektorenübergreifenden, medizinischer (Notfall-)Versorgung ist und bleibt die ausreichende Präsenz von qualifizierten Ärztinnen und Ärzten und der mit ihnen kooperierenden medizinischen Fachberufe. Bei aller Notwendigkeit einer gut ausgestatteten Infrastruktur sind Sachkenntnis, Erfahrung und schnelle Urteilsfähigkeit von Ärztinnen und Ärzten die entscheidenden Schlüsselfaktoren für eine erfolgreiche Diagnostik und Therapie des hilfesuchenden Patienten.

Aus Sicht der Bundesärztekammer ist daher dem Ausbau von Maßnahmen zur regelmäßigen Fortbildung ein besonders hoher Stellenwert beizumessen und die dazu notwendige, ausreichende Finanzierung zu gewährleisten.

Die Bundesärztekammer empfiehlt u.a. die Implementierung einer bundesweit einheitlichen Fortbildung für Ärztinnen und Ärzte im Bereitschaftsdienst, den Notfallpraxen und den Notaufnahmen. Die Fortbildungsmaßnahmen sollten gemeinsam durchgeführt werden und z. B. folgende Themen umfassen: Unfälle, Arzneimittelinteraktionen, sektorenübergreifende Organisation von Rettungssystemen, Kommunikationsstrukturen und taktisches Vorgehen, seltene und spezielle Notfälle, Leitsymptome, Kindernotfälle, Besonderheiten spezifischer Notfälle (wie z. B. neurologische oder psychiatrische) sowie Maßnahmen zur Wiederbelebung. Durch den gemeinsamen Austausch können zudem potentielle Problemstellungen der sektorenübergreifenden Kooperation schnell und persönlich adressiert werden.

Patienteninformation und Kommunikation

Zentrales Element einer guten Funktionalität und Akzeptanz dieses sektorenübergreifenden, interdisziplinären Ansatzes ist eine gemeinsame, klare Kommunikation gegenüber der Öffentlichkeit und den Patienten. Viele Behandlungen der Regelversorgung und daraus resultierende Wartezeiten in der Notfallversorgung wären vermeidbar, wenn ein verbessertes Verständnis über Funktionen und Abläufe einer Notaufnahme bereits im Vorfeld vermittelt werden würde. Wegen der übergeordneten Bedeutung sollte diese gemeinsam zu entwickelnde Informationskampagne durch das Bundesministerium für Gesundheit organisiert und durch die Gesetzlichen Krankenkassen bundesweit finanziert werden. Eine möglichst kassenartenübergreifende Informations- und Aufklärungskampagne (Flyer, Webseiten, Apps etc.) sollte gerade im Bereich der Notfallversorgung auf eine hohe Patientenkompetenz im Sinne der informierten Entscheidung abzielen (Kenntnis über die Versorgungsmöglichkeiten im Notfall, über eine mögliche Fehlnutzung sowie über neue

Optionen einer sektorenübergreifenden Versorgung). Ebenso muss über die Einführung der medizinischen Triage als *Dringlichkeitseinstufung* ausführlich informiert werden.

In Ergänzung wird mittelfristig unter Einbeziehung der regionalen Partner und des Rettungsdienstes die bundesweite Servicetelefonnummer 116117 im Sinne der auch für die Notfallpraxen spezifischen "Sortierfunktion" weiter bekannt gemacht. Diese soll zur primären Kommunikations- und Schnittstelle für Patienten werden, die sich akut gesundheitlich beeinträchtigt fühlen und Unterstützung benötigen. Durch eine standardisierte Abfrage wird die Empfehlung des "best point of care" für die speziellen Bedürfnisse umgehend ermöglicht. Parallel bleibt die bundesweite Notrufnummer 112 der zentrale Zugang für alle Patienten mit Verdacht auf einen akuten Notfall (z. B. Blutverluste, Frakturen, Verbrennungen, akute Herz-Kreislauf-Erkrankungen, Luftnot, Bewusstseinsstörungen etc.).

Bürokratieabbau

Notfallversorgungsstrukturen und deren Funktionalität beruhen erheblich auf einer ausreichenden Verfügbarkeit von qualifiziertem Personal und einer effizienten Kommunikationsstruktur. Wie auch in anderen Bereichen des Gesundheitswesens hat der Dokumentationsaufwand in der Notfallversorgung deutlich zugenommen. Eine suffiziente Dokumentation medizinischer, sozialrechtlicher und abrechnungsrelevanter Parameter ist aus Sicht der Bundesärztekammer notwendig. Allerdings sollte insbesondere bei der Notfallversorgung dem Primat "weniger ist mehr" Rechnung getragen werden. Ärzte und Pflegekräfte werden mehr denn je in der Akutversorgung direkt am Patienten benötigt. Jede Minute einer verzichtbaren Dokumentationsroutine ist daher medizinisch und ökonomisch wertvoll. Dies sollte insbesondere bei den zukünftigen Anforderungen zur Qualitätssicherung und Vergütung und insbesondere deren Dokumentationsvorgaben deutlich mehr Berücksichtigung finden. Ärzte dürfen nur für die medizinische Dokumentation ärztlicher verantworteter Leistungen in Anspruch genommen werden und sind dringend von anderen Dokumentationen zu entlasten.

B Finanzierung

Herausforderung und Handlungsbedarf

Die Zahl der in den Notaufnahmen und der Notfallversorgung bundesweit vorstellig werdenden Patientinnen und Patienten nimmt von Jahr zu Jahr deutlich zu. Derzeit liegt die jährliche Steigerungsquote bei ca. vier bis fünf Prozent. Damit verbunden sind einerseits eine deutliche Erweiterung der Aufgabenstellung der Ambulanzen und der mit ihnen kooperierenden Versorgungspartner und –strukturen. Andererseits wächst der Bedarf an Personal, Vernetzung, verbesserter Kooperation, Steuerung und Infrastruktur. Gründe für diese Entwicklung sind u. a. der demografische Wandel und der dadurch steigende Behandlungsbedarf der Bevölkerung und der ebenfalls demografisch bedingte Rückgang von niedergelassenen Ärztinnen und Ärzten, der seinen Ausdruck in der sinkenden Verfügbarkeit der sogenannten „Arztstunde“ findet. Gleichzeitig ist der Anspruch der Bevölkerung an eine durchgehend verfügbare, umfassende und gut erreichbare (Notfall-) Versorgungsstruktur in den letzten Jahren deutlich gestiegen. Sowohl in der stationären, als auch in der ambulanten Versorgung wird der steigende Versorgungsanspruch nur dann ausreichend kompensiert werden können, wenn zusätzliche Finanzmittel für diese wachsende Herausforderung der Daseinsvorsorge verfügbar werden.

Zukunftssichere Gestaltung / Anpassung der Finanzierungsgrundlagen an den wachsenden Versorgungsbedarf

Eine neue, sektorenübergreifende Ausrichtung und Organisation der Notfallmedizin kann unter Einbindung der Ärztekammern zu einem wesentlichen Baustein der Neuausrichtung der Gesundheitsversorgung und Daseinsvorsorge werden und wichtige Impulse für eine verbesserte Kooperation geben. Neben der durch den demografischen Wandel wachsenden Bedeutung der klassischen Notfallversorgung darf die Relevanz einer gut funktionierenden Notfallversorgung im Sinne einer Krisenreaktionsbereitschaft (mögliche Krisen- und Großschadensereignisse) nicht übersehen werden. Diese grundlegenden gesellschaftlichen Aufgaben werden ohne die Sicherung einer suffizienten und nachhaltigen Finanzierungsgrundlage nicht zu erreichen sein.

Der mit dem Krankenhausstrukturgesetz 2016 neu implementierte Strukturfonds (§§ 12–15 KHG) bietet hierzu eine erste gute Option. Als Alternative zu dem mit den neuen Finanzmitteln des Strukturfonds gesetzlich angestrebten Abbau von Überkapazitäten, der Konzentration von stationären Versorgungsangeboten und -Standorten sowie der Förderung der Umwandlung von Krankenhäusern in nicht akutstationäre lokale Versorgungseinrichtungen bieten sich sektorenübergreifende Reformen der Notfallversorgungsstrukturen für die

anstehenden Anträge als sinnvolle Alternative an. Da diese Anträge zum Strukturfonds durch die Bundesländer gestellt werden, kommt ihnen eine besondere Bedeutung zu. Die Bundesländer sind aus Sicht der Ärzteschaft zudem aufgefordert, frühzeitig die modernen (Notfallversorgungs-)Strukturen durch eine nachhaltige Intensivierung ihrer Krankenhausinvestitionsfinanzierung zu unterstützen.

Die Finanzierung des Not- und Bereitschaftsdienstes sollte zukünftig extrabudgetär erfolgen. Ein gemeinsam getragener und verantworteter, sektorenübergreifender Bereitschafts- und Notfalldienst kann insbesondere in Flächenregionen dazu beitragen, dem wachsenden medizinischen Versorgungsbedarf weiterhin gerecht werden zu können.

Kostenentwicklung und Refinanzierung

Die Bevölkerung muss sich auch zukünftig auf den hohen medizinischen Qualitätsstandard verlassen können. Vor dem Hintergrund des wachsenden Ärzte- und Fachkräftemangels im Gesundheitswesen erfordert dies eine umfassende Refinanzierung von Personalentwicklungskosten sowie den dringend notwendigen Ausbau der Studienplatzkapazitäten in der Humanmedizin.

Der tägliche Betrieb der ambulanten und stationären Notfallversorgung ist vielfach nicht mehr kostentragend. Weder im ambulanten noch im stationären Sektor sind die Vergütungselemente derzeit so ausgestaltet, dass sich die notwendigen Betriebs- und Vorhalteleistungen refinanzieren lassen. So sehr auch mit dem angestrebten sektorenübergreifenden Versorgungsansatz eine verbesserte medizinische und ökonomische Effizienz angestrebt wird, so sehr ist absehbar, dass diese mit den aktuellen Vergütungsoptionen nicht tragfähig gestaltet werden kann. Zudem bleibt die Gewährleistung der Notfallversorgung als zentrale Aufgabe der Daseinsvorsorge insbesondere an vielen Standorten in der Fläche unverzichtbar. Bei einem nicht planbaren, variierenden Patientenaufkommen ist vielen medizinischen Einrichtungen die ausreichende Finanzierung der notwendigen Vorhalteleistungen auf Basis der aktuellen Vergütungssystematiken (G-DRG, EBM) über 24 Stunden an 365 Tagen nicht möglich.

Die Umsetzbarkeit von zukünftigen Qualitätsvorgaben des G-BA, insbesondere der verbindlichen, auf Leitlinien gestützten Mindestvorgaben zur Personalausstattung, muss bundesweit durch eine kostendeckende und vollständige zusätzliche Gegenfinanzierung sichergestellt werden. Eine Quersubventionierung des zusätzlichen Finanzierungsbedarfs von bundesweit mindestens einer Milliarde Euro pro Jahr (siehe IGES-Gutachten 2015) durch eine reine Umschichtung in den Vergütungssystemen wird angesichts der schon jetzt bestehenden Überlastung der Notfallversorgungsstrukturen und finanziellen Defizite abgelehnt.

Diese fortgesetzte chronische Unterfinanzierung ist medizinisch nicht mehr zu verantworten. Sie führt zu erheblichem Vertrauensverlust der Bevölkerung in die grundlegenden Funktionen der staatlichen Daseinsvorsorge sowie zu weitreichenden negativen ökonomischen wie gesellschaftlichen Auswirkungen, wie z. B. zusätzliche Kosten für die Behandlung von medizinisch vermeidbaren Langzeitfolgen, sinkende Akzeptanz von ländlichen Regionen als Wohnort.

Finanzierung von Innovationen

Bei der angestrebten Etablierung einer gemeinsam verantworteten, sektorenübergreifenden Notfallversorgung werden neben modernen Optionen der Diagnostik, Bildgebung und Therapie u. a. Investitionen in moderne Informationstechnologien, Datenübermittlungs- und Fehlervermeidungsstrategien, die Versorgungsforschung, das Prozessmanagement, die Telemedizin und die Optionen der Digitalisierung erforderlich. Die dadurch ermöglichten Erfolge werden sich sukzessive positiv auf weitere sektorenübergreifende Kooperationen und die Qualität der Notfallversorgung auswirken und sind somit als nachhaltige Investitionen in die Zukunft zu werten. Die Ärzteschaft schlägt vor, innovative Konzepte zur sektorenübergreifenden Notfallversorgung und Sicherung der medizinischen Daseinsvorsorge bei den Antragsverfahren zum neu geschaffenen Innovationsfonds sowie die Vergabe von Forschungsprojekten der Forschungs- und Wissenschaftsministerien auf Bundes- und Landesebene stärker als bisher zu berücksichtigen.

Finanzielle Unterstützung durch Landkreise und Kommunen

Das Kommunalinvestitionsförderungsgesetz (KInvFG) vom 30. Juni 2015 ist aus Sicht der Ärzteschaft ein erster richtiger Schritt zur Schaffung einer verbesserten Finanzierungsbasis. Das Gesetz umfasst insbesondere die an Bedeutung zunehmende Infrastruktur der Schnittstellen des ambulanten und stationären Gesundheitswesens. Durch die Gesetzgebung wurde ein Sondervermögen in Höhe von 3,5 Mrd. Euro geschaffen. Es ermöglicht vor allem finanzschwachen Kommunen, diese Mittel auch im Bereich des Gesundheitswesens zu nutzen. Gemäß § 3 KInvFG („Förderbereiche“) werden an erster Stelle unter anderem Kliniken bei den angestrebten Investitionen in neue Infrastrukturen aufgeführt. Zudem begrüßt die Bundesärztekammer die Intention des Bundesfinanzministers, diese Form der Investitionsfördermaßnahme zu verstetigen. Vor dem Hintergrund des erheblichen Investitionsdefizits sollten Landkreise und Kommunen durch ein Ende 2017 im dann anstehenden Koalitionsvertrag für die 19. Legislaturperiode zu verankerndes umfassendes Investitionsförderprogramm zügig und umfassend in die Lage versetzt werden, entsprechend notwendige, investive Maßnahmen zu tätigen. Dieses sollte

auch investive Mittel für den angestrebten Ausbau der Informationstechnologie und digitalen Infrastruktur im Gesundheitswesen beinhalten (hier: medizinische Notfallversorgung).

Ausbau der Ressourcen der Bedarfs- und Krankenhausplanung

Der angestrebte Ausbau einer gemeinsam verantworteten, sektorenübergreifenden Notfallversorgung erfordert die Intensivierung einer mit den Landesärztekammern gemeinsam abgestimmten und den regionalen Erfordernissen besser gerecht werdenden Bedarfsabschätzung. Die notwendigen Adaptierungen und Nachjustierungen im Sinne des Qualitätsprinzips „Plan-Do-Check-Act“ werden in diesem komplexen Bereich nur möglich, wenn sowohl in den Planungsabteilungen der Landesministerien als auch bei den beteiligten Selbstverwaltungspartnern ausreichend Expertise und Ressourcen zur Verfügung stehen.

Diese Bedarfsabschätzung muss nicht nur das „being prepared“ für Krisenereignisse umfassen, sondern insbesondere die Gewährleistung einer modernen Form der medizinischen Daseinsvorsorge im Zusammenspiel von Land und Kommunen berücksichtigen. Eine solche erfordert auch Finanzmittel für Investitionen in eine unterstützende Informationstechnologie und Software (Geocodierung, Erreichbarkeitsanalysen etc.).

Rechtliche Rahmenbedingungen der Notfallversorgung in Deutschland – Homogenisierungsbedarf / Haftungsrechtliche Anforderungen

Der in den Eckpunkten skizzierte Handlungsbedarf im Sinne einer deutlich verbesserten Abstimmung, Vernetzung und Kooperation zeigt sich auch am Beispiel der aktuell bestehenden rechtlichen Rahmenbedingungen.

So wird der Begriff „Notfallversorgung“ auf Bundesebene z. B. im SGB V, dem Krankenhausfinanzierungsgesetz (KHG) dem Krankenhausentgeltgesetz (KHEntgG) oder dem Krankenhausstrukturgesetz (KHSG) verwandt. Auch in vielen Landeskrankenhausgesetzen sowie den Rettungsdienstgesetzen ist die Begrifflichkeit zu finden. Dieser Umstand hat wesentliche Auswirkungen auf die Bestimmung des Notfall-Begriffs. Bei der Eingrenzung der Terminologie „Notfallpatient“ wird die historisch gewachsene Heterogenität gesetzlicher Regelungskreise deutlich.

Aus medizinischer Sicht wird der Notfallpatient u. a. wie folgt definiert: „Als Notfallpatienten werden alle Personen definiert, die körperliche oder psychische Veränderungen im Gesundheitszustand aufweisen, für welche der Patient selbst oder eine Drittperson umgehend medizinische Betreuung als notwendig erachtet.“ (Definition der notfallmedizinischen Fachgesellschaften von Deutschland, Österreich und der Schweiz:

Notfall- und Rettungsmedizin 2013.) Eine maßgebliche Grundsatzentscheidung des Bundessozialgerichts des Jahres 1995 kommt in diesem Zusammenhang juristisch zu folgender Feststellung: „Ein Notfall im Sinne dieser Bestimmung liegt nur vor, wenn aus medizinischen Gründen eine umgehende Behandlung des Patienten notwendig ist und ein Kassenarzt/Vertragsarzt nicht in der gebotenen Eile herbeigerufen oder aufgesucht werden kann“ (BSG, 01.02.1995, Az.: 6 RKa 9/94, juris, Rz. 17).

Nach den meisten Rettungsdienstgesetzen sind Notfallpatienten „Verletzte oder Kranke, die sich in Lebensgefahr befinden oder bei denen schwere gesundheitliche Schäden zu befürchten sind, wenn sie nicht unverzüglich die erforderliche medizinische Versorgung erhalten“. Die Lebensgefahr muss dabei auf eine unmittelbare Gefahr für das Leben des Patienten zurückzuführen sein, die auf einer Erkrankung, Verletzung oder auf sonstigen Gründen beruht. Da sich einige Rettungsdienstgesetze in diesem Punkt unterscheiden, ist von einer bundesweiten Übertragbarkeit dieser Definition nicht auszugehen. Dies betrifft insbesondere das unterschiedliche Abheben auf das Vorliegen einer Lebensgefahr.

Ebenso ist eine erweiternde Auslegung der Länder in den Wirkungsbereich des kassenärztlichen Notdienstes gemäß Art. 74 I Nr. 12, 72 II Grundgesetz in Verbindung mit § 75 I S. 2 SGB V nicht zulässig.

Das für die Notfallversorgung nicht unmaßgebliche Arzthaftungsrecht wird wiederum über das Bürgerliche Gesetzbuch und somit auf Bundesebene geregelt.

Diese wenigen Beispiele zeigen, dass bei der angestrebten sektorenübergreifenden Ausrichtung der Notfallversorgung den unterschiedlich geltenden Vorgaben weiterhin Rechnung getragen werden muss. Vor diesem Hintergrund sollten zukünftige (z. B. bundesweite) Vorgaben für die weitere Ausgestaltung vor Ort ausreichend Spielraum für die Integration regionaler Expertise ermöglichen.

Aus Sicht der Bundesärztekammer müssen für die in Notfallpraxen und Notaufnahmen tätigen Ärztinnen und Ärzte Rechtssicherheit und haftungsrechtliche Absicherung gewährleistet sein. Dies umfasst z. B. auch die Klarstellung, dass im Rahmen einer möglichen Abklärung einer leichteren Erkrankung in einer Notaufnahme nicht alleine aus forensischen Gründen sämtliche diagnostischen und therapeutischen Maßnahmen wegen der direkten Verfügbarkeit vor Ort ausgeschöpft werden müssen (bei jedem Kopfschmerz ein NMR etc.). Auch die haftungsrechtlichen Anforderungen sollten den Anforderungen einer sektorübergreifenden Ausgestaltung und einer pragmatischen Abklärung der Beschwerden der Patienten gerecht werden können.