

# **GESUNDHEITSWESEN AKTUELL 2017**

## **BEITRÄGE UND ANALYSEN**

herausgegeben von Uwe Repschläger,  
Claudia Schulte und Nicole Osterkamp

Kerstin Bockhorst, Wulf-Dietrich Leber, Johannes Wolff  
Neustrukturierung der Notfallversorgung

AUSZUG aus:  
BARMER GEK Gesundheitswesen aktuell 2017 (Seite 176–197)

Kerstin Bockhorst, Wulf-Dietrich Leber, Johannes Wolff

## Neustrukturierung der Notfallversorgung

Die Zahl der stationären Fälle mit Aufnahmegrund „Notfall“ ist innerhalb von zehn Jahren um rund zwölf Prozentpunkte angestiegen. Die Organisation der Notfallversorgung im deutschen Gesundheitswesen ist momentan in drei Bereiche gegliedert: (1) ärztlicher Bereitschaftsdienst der Kassenärztlichen Vereinigung, (2) Rettungsdienst und (3) Notaufnahmen der Krankenhäuser. Dabei zeigt sich, dass die Patienten aktuell nicht immer auf der angemessenen Versorgungsebene behandelt werden. Eine Zusammenführung dieser Bereiche hatte der Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen bereits im Jahr 2014 empfohlen. Der Beitrag beschreibt die Ausgangslage, die Rahmenbedingungen und die Fallzahlentwicklung der Notfallversorgung in Deutschland sowie die bisherige Struktur der Versorgung und formuliert Kernthesen zu einer Neustrukturierung der Notfallversorgung in der nächsten Legislaturperiode. Es wird gezeigt, dass es nicht nur um eine geänderte Finanzierung von Krankenhaus-Notfallambulanzen geht – erforderlich ist eine Neuordnung und Konzentration der Notfallversorgung auf allen Ebenen.

### Notfall „Notfall“

Die Notfallversorgung ist in Deutschland in drei Bereiche gegliedert, die jeweils eigenständig organisiert sind und eigenen gesetzlichen Regelungen unterliegen:

- der ärztliche Bereitschaftsdienst der Kassenärztlichen Vereinigung (KV),
- der Rettungsdienst und
- die Notaufnahmen der Krankenhäuser.

Sektorspezifische Regelungen der drei Bereiche tragen dazu bei, dass Patienten oftmals nicht in der angemessenen Versorgungsebene behandelt werden. Die Versorgungssituation im ärztlichen Bereitschaftsdienst ist für Patienten unübersichtlich. Patienten wissen häufig nicht, wann und wo sie den ärztlichen Bereitschaftsdienst erreichen können. Es gibt oftmals keine festen Bereitschaftspraxen, sondern der Notdienst findet in der Praxis des jeweils diensthabenden Arztes statt. Die Öffnungszeiten der Bereitschaftspraxen variieren und decken nicht immer die gesamte sprechstundenfreie Zeit ab. Daher suchen viele Patienten direkt die Notaufnahmen der

Krankenhäuser auf, obwohl sie auch im KV-Bereitschaftsdienst versorgt werden könnten. Das führt zu überlasteten Notaufnahmen mit längeren Wartezeiten für schwerkranke Patienten. Zudem besteht aktuell keine Verknüpfung zwischen den Leitstellen des Rettungsdienstes und den Leitstellen des KV-Bereitschaftsdienstes. Auch die Kommunikation zwischen Rettungsdienst und Krankenhaus muss verbessert werden.

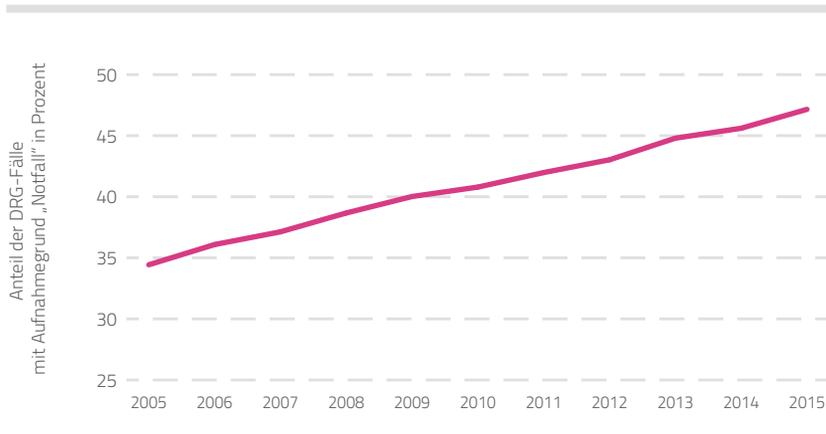
Der Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen (SVR Gesundheit) hatte im Jahr 2014 in seinem Gutachten deutlich gemacht, dass eine Zusammenführung aller drei Bereiche die Notfallversorgung verbessern würde und die Inanspruchnahme einer zu hohen Versorgungsebene durch den Patienten vermeiden könne. Er spricht sich weiterhin dafür aus, interdisziplinäre Notaufnahmen mit integrierter Notdienstpraxis zu etablieren (Gutachten des SVR Gesundheit 2014, Kapitel 7.6). Die Ausführungen des SVR Gesundheit machen deutlich, dass eine verbesserte Koordination der verschiedenen Versorgungsbereiche alleine nicht ausreicht, sondern auch patientenorientierte Strukturen geschaffen werden müssen. Nicht der Patient muss dazu erzogen werden, die vorhandenen Strukturen richtig zu nutzen, sondern dem Patienten müssen dort, wo er die Notfallversorgung aufsucht, Angebote gemacht werden, die den Bedarf und die richtige Versorgungsebene treffen. Erste Anlaufstelle der Patienten ist im Akut- und Notfall zunehmend das Krankenhaus.

## Eine Bestandsaufnahme der Notfallversorgung in Deutschland

### Entwicklung der Notfallzahlen in Deutschland

Die Zahl der stationären Fälle mit Aufnahmegrund „Notfall“ ist innerhalb von zehn Jahren um 12,1 Prozentpunkte gestiegen. Während im Entlassjahr 2005 noch 34,7 Prozent der etwa 16,1 Millionen vollstationären somatischen Fälle als Notfall kodiert wurden, waren es 2015 bereits 46,8 Prozent von rund 18,7 Millionen Fällen (Abbildung 1).

**Abbildung 1: Anteil der DRG-Fälle mit Aufnahmegrund „Notfall“ an allen DRG-Fällen pro Jahr**



Quelle: eigene Darstellung, GKV-Abrechnungsdaten 2005 bis 2015

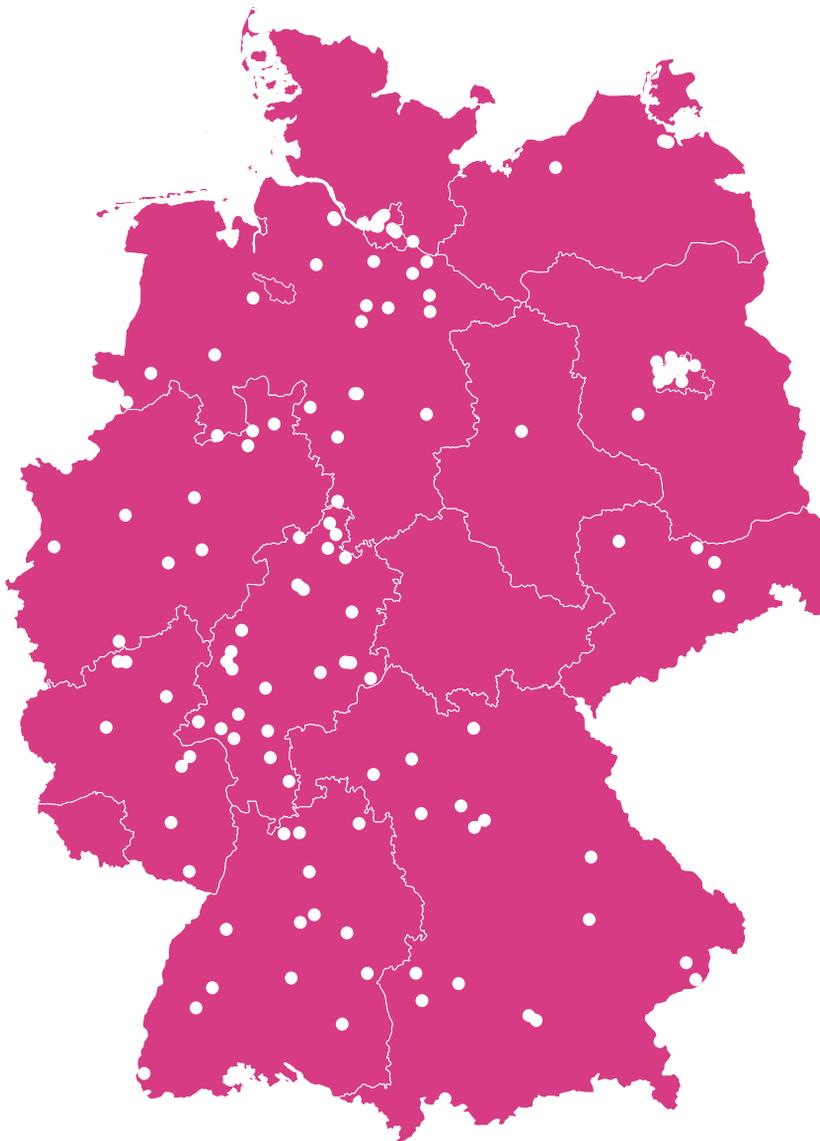
Der Begriff „Notfall“ als Aufnahmeanlass im stationären Sektor ist allerdings eher administrativer Art und nicht mit einer Notfalldefinition hinterlegt. Die alleinige Betrachtung des Aufnahmeanlasses würde daher zu einer falschen Einschätzung der Notfallzahlen in Deutschland führen. In der Regel lässt sich aus dem Aufnahmeanlass lediglich ableiten, ob eine Krankenhausaufnahme mit oder ohne Einweisungsschein erfolgte. Im Rahmen des Forschungsauftrags zur Mengenentwicklung nach § 17 b Absatz 9 KHG wurden Notfalldiagnosen, das heißt Diagnosen mit einem hohen Anteil charakteristisch medizinischer Notfälle, daher nicht nur anhand des Aufnahmegrundes „Notfall“, sondern in Kombination mit den Kriterien „Anteil der Fälle in Nebenzeiten“ und „Zeit bis zur ersten Prozedur“ identifiziert. Es hat sich gezeigt, dass die so entwickelte charakteristische Notfalldefinition gegenüber der administrativen ein weniger stark ausgeprägtes Wachstum aufweist, das mit dem der allgemeinen Fallzahlentwicklung konform ging (Schreyögg et al. 2014). Der starke Zuwachs der Kodierung des Aufnahmegrundes „Notfall“ hängt auch damit zusammen, dass die Krankenhäuser ihre Fälle gegenüber der Abrechnungsprüfung „MDK-sicher“ kodieren. Eine plausible Erklärung der Zunahme des Anteils der administrativen Notfälle an allen Fällen steht bislang aus.

## Teilnahme der Krankenhäuser an der stationären Notfallversorgung

Die stationären (Not-)Fälle werden in Deutschland derzeit nahezu ausschließlich über DRGs finanziert. Krankenhäuser mit vielen (Not-)Fällen erlösen viel. Krankenhäuser, die trotz vorgehaltener Strukturen insbesondere in Nebenzeiten relativ wenige Patientenkontakte haben, generieren vergleichsweise weniger Erlöse zur Finanzierung der Strukturen. Es entsteht ein ungewollter Anreiz zum Rückzug aus der Rund-um-die-Uhr- Notfallversorgung. Krankenhäuser ohne Notfallvorhaltungen haben in diesem Finanzierungssystem einen ungerechtfertigten Vorteil und sind besser ausgelastet. Um diesen ungerechtfertigten Vorteil auszugleichen, wird in der stationären Notfallversorgung aktuell leider nur unzureichend zwischen Teilnahme und Nichtteilnahme an der Notfallversorgung unterschieden. Mit Krankenhäusern, die nicht an der Notfallversorgung teilnehmen, ist ein Abschlag in Höhe von 50 Euro je vollstationären Fall zu vereinbaren. Die Umsetzung dieser Regelung wird in den Ländern jedoch sehr unterschiedlich gelebt. Während in Hessen eine sehr konsequente Realisierung erfolgt, wird in anderen Ländern kein einziger Abschlag vereinbart. Der dringend notwendige Ausgleich der Vorhaltekosten erfolgt nicht. Im Jahr 2014 hatten deutschlandweit 143 Krankenhausstandorte einen Abschlag für die Nichtteilnahme an der Notfallversorgung vereinbart (Abbildung 2).

Nicht nur die Anzahl der Nichtteilnehmer nach Ländern variiert stark, sondern auch Art und Umfang der angebotenen Notfalleistungen bei den „vermeintlichen“ Teilnehmern variieren dramatisch. Eine Definition der Notfallversorgung im Rahmen der Finanzierung ist bisher ebenso wenig existent wie die Definition des Notfalls im Kontext der Abrechnung von DRGs. Teilweise reicht bereits die Bereitstellung von Notfallversorgung an einzelnen Wochentagen oder in minimalem Umfang aus, um abschlagsfrei zu verbleiben. Diese Mittel fehlen, um die Notfallvorhaltungen von echten Notfallversorgern zu finanzieren. Das Geld wird aktuell aufgrund der unvollständigen Umsetzung der Abschlagsregelung und fehlender Strukturvorgaben nicht aufwandsgerecht verteilt.

Abbildung 2: Standorte der Krankenhäuser mit Notfallabschlägen im Jahr 2014



Quelle: eigene Darstellung, GKV-Abrechnungsdaten 2014

## Einbindung der Krankenhäuser in die ambulante Notfallversorgung – Neuregelung durch das GKV-VSG

Mit dem GKV-Versorgungsstärkungsgesetz (GKV-VSG) wurden die Rahmenbedingungen der ambulanten Notfallversorgung weiterentwickelt. Der Sicherstellungsauftrag für den vertragsärztlichen Notdienst bleibt bei den KVen, allerdings werden sie zur Kooperation mit nach § 108 SGB V zugelassenen Krankenhäusern verpflichtet. Damit wird die bisherige Sollregelung in eine Kooperationsverpflichtung umgewandelt. Ziel der Regelung ist es, Kooperationen der KVen mit zugelassenen Krankenhäusern, wie etwa die Einrichtung von Notfallpraxen in den Räumen der Krankenhäuser, zu stärken. In der Gesetzesbegründung heißt es dazu:

„In der Praxis findet die ambulante ärztliche Versorgung außerhalb der Sprechstundenzeiten zunehmend nicht innerhalb des von den Kassenärztlichen Vereinigungen organisierten Notdienstes, sondern durch die Notaufnahmen von nach § 108 zugelassenen Krankenhäusern statt. Mit der Neuregelung wird sowohl dem Patientenverhalten in der Praxis als auch dem Bedürfnis der Vertragsärztinnen bzw. Vertragsärzte nach Entlastung von Bereitschaftsdiensten Rechnung getragen“ (Bundestagsdrucksache 18/4095: 89).

Auch Krankenhäuser, die keine Kooperationsvereinbarung mit einer KV haben, können im Notfall weiterhin ambulante Leistungen erbringen (§ 76 Absatz 1 SGB V).

Das GKV-VSG greift darüber hinaus auch die fehlende Kooperation zwischen den Leitstellen des Rettungsdienstes und dem vertragsärztlichen Notdienst auf sowie die daraus resultierende unnötig häufige Inanspruchnahme des Rettungsdienstes:

„Eine gemeinsame Leitstelle für den Rettungs- und den vertragsärztlichen Notdienst – wie sie in manchen Regionen schon erfolgreich praktiziert wird – kann einen wesentlichen Beitrag dazu leisten, dass im Einzelfall die richtige Versorgungsebene in Anspruch genommen wird. Die Kassenärztlichen Vereinigungen sollen deshalb künftig entsprechende Kooperationen vereinbaren. Damit wird die Errichtung gemeinsamer Leitstellen befördert werden“ (Bundestagsdrucksache 18/4095: 90).

## Portalpraxen und Notfallstufen – Neuregelungen durch das KHSG

Mit dem Krankenhausstrukturgesetz (KHSG) wurden die KVen verpflichtet, zur Sicherstellung des Notdienstes entweder vertragsärztliche Notdienstpraxen (sogenannte Portalpraxen) in oder an Krankenhäusern als erste Anlaufstelle einzurichten oder Notfallambulanzen der Krankenhäuser unmittelbar in den Notdienst einzubinden. Das Ziel dieser Regelung ist es, Krankenhäuser im Bereich der ambulanten Notfallversorgung stärker zu unterstützen (Bundestagsdrucksache 18/5372). Allerdings lässt der gesetzliche Auftrag offen, an wie vielen Krankenhäusern und nach welchen Kriterien die Notdienstpraxen einzurichten sind.

Weiterhin hat der Gesetzgeber den Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) beauftragt, ein gestuftes System von Notfallstrukturen zu entwickeln, welches Mindestvoraussetzungen für eine Teilnahme an der Notfallversorgung festlegt.

## Stationäre Notfallstufen

Krankenhäuser, die an der stationären Notfallversorgung teilnehmen, sollen in Abhängigkeit von den vorgehaltenen Notfallstrukturen Zuschläge erhalten. Für nicht an der Notfallversorgung teilnehmende Krankenhäuser ist ein Abschlag vorzusehen. Der Umsetzungsstand dieses gesetzlichen Auftrags wird im Folgenden dargestellt.

Der Auftrag des Gesetzgebers zur Einführung eines gestuften Systems von Notfallstrukturen über den G-BA beschreitet gemeinsam mit dem Auftrag zur Definition von Sicherstellungszuschlägen neue Wege. Begründet wird der Auftrag im Wesentlichen mit Notwendigkeiten der Finanzierung, schafft allerdings faktisch auch qualitative Standards für die Krankenhausplanung der Länder. Eigentlicher Anlass der Neuregelung im Bereich der Notfallversorgung ist die Berücksichtigung von Vorhaltekosten im Kontext der aktuellen Ausgestaltung des DRG-Vergütungssystems. Über die DRG-Fallpauschalen wird jeder Fall finanziert. Die Vergütung ökonomisch unterschiedlich aufwendiger Fälle gelingt auf Basis von etwa 250 kalkulierenden Krankenhäusern mit mehr als 3,7 Millionen Fällen in der Kalkulation im lernenden DRG-System. Der Finanzierungsgrundsatz „Gleicher Preis für gleiche Leistung“ schließt aber eine krankenhausspezifische Finanzierung von Vorhaltekosten aus. Für den Fall, dass notwendige Strukturen zwar vorzuhalten sind,

aber nicht ausreichend durch Patienten in Anspruch genommen werden, ist eine ergänzende Finanzierung über Zuschläge vorgesehen. Im Bereich der Notfallversorgung bedeutet dies: Ein Krankenhaus hält notwendige Kapazitäten für die Versorgung von Notfällen vor, die Notfälle bleiben allerdings weitgehend aus. Sofern die Kosten die Erlöse dauerhaft übersteigen, würden sich Krankenhäuser aus der Versorgung zurückziehen. Neben der durch den G-BA zu definierenden Vorgabe der notwendigen Strukturen ist die ökonomische Bewertung in Form von krankenhausspezifischen Zuschlägen in Verhandlungen zwischen der Deutschen Krankenhausgesellschaft (DKG), dem Verband der Privaten Krankenversicherung (PKV) und dem GKV-Spitzenverband festzulegen, um eine standardisierte Notfallversorgung zu erhalten.

## Krankenhausplanung versus Finanzierung

Mit der Definition vorzuhaltender Standards schafft der G-BA (wie im Bereich der Sicherstellung) faktische Normen für die Notfallversorgung. Das Spannungsfeld zwischen den G-BA-Normen und der Krankenhausplanung ist augenfällig, stellt aber nicht zwangsläufig einen Konflikt dar. Da der gesetzliche Auftrag den Status quo der Notfallversorgung in Stufen strukturieren soll, wird es in den Ländern, in denen die Teilnahme an der Notfallversorgung Teil der Planung ist, nur zu geringen Verwerfungen kommen. In den Ländern, in denen dies nicht Teil der Planung ist, werden einheitliche Normen für die stationäre Notfallversorgung geschaffen. Durch die mit der Finanzierung verbundenen Zuschläge werden sich die Strukturen sukzessive an der Norm des G-BA ausrichten. Das in diesem Zusammenhang paradoxe Moment der Parallelität der Zuschlagshöhe mit dem der Vorhaltung ist durch eine aufwandsarme Annahme zu lösen. Würde die tatsächliche Patientenzahl die Höhe des Zuschlags für Vorhaltung bestimmen, erhielte unter Umständen die höchste Notfallstufe den kleinsten Zuschlag. Die Höhe des Zuschlags sollte sich daher vielmehr allein am Umfang der im gesetzlichen Auftrag definierten Anforderungen der Notfallstufen orientieren. Je höher das Anforderungsprofil, desto höher ceteris paribus die potenzielle Vorhaltung und damit auch der Zuschlag. Nur so findet sinnvolle Orientierung an der Norm über finanzielle Anreize statt.

## Gesetzlicher Auftrag

Mit der Einführung eines gestuften Systems der Notfallstrukturen werden für die Teilnahme von Krankenhäusern an der Notfallversorgung erstmals Mindeststandards festgelegt. Art und Anzahl der vorzuhaltenden Fachabteilungen, Anzahl und Qualifikation des Fachpersonals, Kapazitäten zur Versorgung von Intensivpatienten, medizinisch-technische Ausstattung sowie Strukturen und Prozesse der Notaufnahme werden in dem nun zu beschließenden System definiert. Auf dieser Basis werden die Selbstverwaltungspartner zukünftig Zu- und Abschläge für die Teilnahme beziehungsweise Nichtteilnahme an der Notfallversorgung vereinbaren. Krankenhäuser, die rund um die Uhr für die Notfallpatienten da sind und kostenintensive Notfallstrukturen wie hochqualifiziertes Personal und medizinische Großgeräte vorhalten, erhalten dafür künftig Zuschläge, Häuser ohne diese Vorhaltungen Abschläge.

## Mindeststandards für die Teilnahme an der Notfallversorgung

Eine der zwei Kernforderungen des GKV-Spitzenverbandes und der relevanten medizinischen Fachgesellschaften ist die, dass der Patient im Notfall eine bekannte feste Anlaufstelle haben soll und dort interdisziplinär ausgebildetes Personal entscheidet, in welcher Fachrichtung der Patient richtig aufgehoben ist. Alle Notfallpatienten sollen zukünftig in einer Zentralen Notaufnahme (ZNA) aufgenommen werden, und jeder Patient soll sich darauf verlassen können, dass innerhalb von zehn Minuten nach Eintreffen in der ZNA die Dringlichkeit seiner Behandlung eingestuft wird. Das verantwortliche ärztliche und pflegerische Personal verbringt den überwiegenden Teil seiner Tätigkeit in der ZNA und verfügt daher über umfangreiche Erfahrung in der Ersteinschätzung und Versorgung von Notfallpatienten. Spätestens nach 30 Minuten muss auch ein qualifizierter Facharzt am Patienten verfügbar sein.

Die zweite Kernforderung des GKV-Spitzenverbandes betrifft die konkrete Differenzierung der Notfallstufen. Zukünftig soll es drei zuschlagsfähige Notfallstufen, eine Stufe ohne Zu- und Abschläge und eine Stufe der Nichtteilnahme, die verbindlich Abschläge vorsieht, geben. Je mehr notfallrelevante Fachabteilungen ein Krankenhaus am Standort rund um die Uhr vorhält, umso höher ist auch der finanzielle Aufwand der Vorhaltung, der durch die Einsortierung in die Notfallstufen abgebildet wird. Während ein Basisnotfallversorger die Fachabteilungen Innere Medizin, Chirurgie und Anästhesiologie vorhält,

zeichnen sich die Notfallversorger der erweiterten und der umfassenden Stufe dadurch aus, dass sie darüber hinaus weitere nach Notfallrelevanz abgestufte Fachabteilungen vorhalten. Ein Basisnotfallversorger muss in der Lage sein, schwerwiegende Erkrankungen und Verletzungen zu erkennen, um die Patienten bei Bedarf zielgerichtet an einen Spezialversorger weiterverlegen zu können. Daher gehört die computertomografische Bildgebung zur Ausstattung eines Basisversorgers. In den höheren Stufen muss die medizintechnische und personelle Ausstattung für die Versorgung von Patienten mit notfallmedizinisch besonders relevanten Krankheitsbildern, den sogenannten Tracerdiagnosen, geeignet sein. Hierzu zählen die Diagnosen Schädel-Hirn-Trauma, Schlaganfall, Polytrauma, ST-Hebungsinfarkt, plötzlicher Kreislaufstillstand und Sepsis. Zudem steigen je Stufe die Anzahl der vorzuhaltenden Intensivbetten und die Anforderungen an die Zuverlegungsmöglichkeiten von Patienten auf dem Luftwege. Ab der erweiterten Notfallstufe ist eine Aufnahmestation zur Abklärung des weiteren Behandlungsweges mit mindestens sechs Betten vorzuhalten.

### Stationäre Kindernotfallversorgung

Da an die Notfallversorgung von Kindern andere Strukturanforderungen zu stellen sind, wird das dreistufige Zuschlagsmodell durch ein ebenfalls dreistufiges Modul „Kindernotfallversorgung“ ergänzt. Weiterhin trägt das Modul „Schwerverletztenversorgung“ der Tatsache Rechnung, dass es sich bei den überregionalen Traumazentren um Spezialversorger mit einem kleinen, aber hochspezialisierten Fachabteilungsangebot handelt. Diese Spezialversorger werden unabhängig von der Breite ihres Fachabteilungsspektrums der Stufe der erweiterten Notfallversorgung zugeordnet. Darüber hinaus gibt es Einrichtungen, die unbestreitbar eine wichtige Rolle in der Notfallversorgung spielen, deren Vorhaltekosten aber bereits zielgerichtet über andere Finanzierungsinstrumente vergütet werden. Hier ist insbesondere die Einpreisung der Vorhaltekosten in Budgets bei Einrichtungen, die nicht über das DRG-System finanziert werden (beispielsweise besondere Einrichtungen, psychiatrische Fachkliniken), zu erwähnen. Diese Einrichtungen werden vom Abschlag befreit, erhalten allerdings auch keine Zuschläge.

### Anforderungen an notfallrelevante Fachabteilungen

Art und Anzahl der vorgehaltenen Fachabteilungen haben, wie bereits dargestellt, einen entscheidenden Einfluss auf die Zuordnung eines Krankenhausstandortes zu den

Notfallstufen. Um bundeseinheitliche Zu- und Abschläge vorsehen zu können, wird hiermit eine bundeseinheitliche Definition der Fachabteilung und der damit verbundenen Vorhaltungen und Aufwände vorgegeben. Im Sinne des GKV-Konzeptes ist eine Fachabteilung eine fachlich unabhängige, räumlich abgegrenzte und organisatorisch eigenständige Einheit am Krankenhausstandort. Sie zeichnet sich dadurch aus, dass ihr so viele Fachärzte mit entsprechender Qualifikation gemäß Weiterbildungsordnung der Ärztekammer zugeordnet sind, dass rund um die Uhr ein Facharzt innerhalb von 30 Minuten am Patienten verfügbar ist. Die Vertragsparteien vor Ort haben zukünftig in der Budgetverhandlung einen Fachabteilungsschlüssel zu vereinbaren, wenn diese Voraussetzungen vom Krankenhaus erfüllt werden. Einzelne Bundesländer schreiben bereits eine Facharztquote je Fachabteilung im Krankenhausplan vor. So müssen Krankenhäuser in Thüringen zukünftig jede Fachabteilung mit mindestens 5,5 Arztstellen ausstatten. Damit soll sichergestellt werden, dass rund um die Uhr ein entsprechend qualifizierter Arzt zur Verfügung steht. Von den 5,5 Arztstellen einer Fachabteilung sind nach dem Thüringer Konzept mindestens drei Stellen mit Fachärzten des entsprechenden Fachs besetzt (ThürQSVO vom 7. Dezember 2016) – eine Vorschrift, die bei näherer Betrachtung eine Selbstverständlichkeit darstellen sollte. Eine Fachabteilung für Kardiologie ohne verfügbaren Kardiologen ist ein fragwürdiges Konstrukt und sollte erst recht keinen Anspruch auf Vorhaltekosten der Notfallversorgung anmelden können.

Wie viele Teilnehmer diese Anforderung erfüllen ist eine der am häufigsten diskutierten Fragen, hängt doch die Zahlung des Zuschlags beziehungsweise der Abzug des Abschlags und dessen Höhe direkt von der zukünftigen Notfallstufe ab. Da die Regelungsentwürfe der Bänke im G-BA, insbesondere die Konzepte des GKV-Spitzenverbandes und der DKG, deutlich differieren, wurde das IGES Institut mit der Folgeevaluation der beiden Entwürfe beauftragt. Mit Ergebnissen ist nicht vor Herbst 2017 zu rechnen. Verkürzt zusammengefasst läuft es im Konzept der DKG darauf hinaus, dass nahezu alle Krankenhäuser Teilnehmer an einer strukturierten Notfallversorgung sind, wohingegen im Konzept des GKV-Spitzenverbandes etwa 70 Prozent der Krankenhäuser einer der Notfallstufen zuzuordnen sind. 30 Prozent der Krankenhäuser erfüllen die Anforderungen nicht. Diese Proportionen entsprechen nach Ansicht des GKV-Spitzenverbandes dem Status quo. So hatten bereits 2010 etwa 70 Prozent der Krankenhäuser auch eine ZNA

(Blum et al. 2010). Ebenfalls etwa 70 Prozent aller Allgemeinkrankenhäuser haben Betten zur intensivmedizinischen Betreuung schwerstkranker Patienten (Statistisches Bundesamt 2016). Darüber hinaus haben Bundesländer wie Hessen, die die Teilnahme an der Notfallversorgung planen, etwa 60 Prozent der Krankenhäuser als Teilnehmer an der Notfallversorgung ausgewiesen. Mit der Umsetzung des Hessischen Krankenhausrahmenplans 2005 wurden erstmals Festlegungen zur Notfallversorgung getroffen und diese in den krankenhauplanerischen Bescheiden der entsprechenden Krankenhäuser festgehalten. 86 der insgesamt 143 in dem Krankenhausplan des Landes Hessen aufgenommenen Krankenhäuser waren mit Stand Januar 2007 einer der drei Kategorien der Notfallversorgung zugeordnet (Hessischer Krankenhausrahmenplan 2009). Damit wird im Bundesland Hessen bereits seit Jahren die Notfallversorgung mit einer Quote sichergestellt, die deutlich unterhalb der mit dem Modell des GKV-Spitzenverbandes zu erwartenden Quote liegt.

Ein weiteres Argument ist, dass sich die Anzahl der Krankenhausstandorte, die mit der KV in relevanter Höhe ambulante Notfallleistungen abrechnen, ebenfalls um einen Wert von etwa 70 Prozent bewegt. Für 13 Bundesländer wurden hierzu die ambulanten Notfälle für die sechs Quartale I/2015 bis II/2016 ausgewertet. Von den dort zugrunde liegenden 1.362 Standorten weisen lediglich 985 eine Abrechnung von mindestens 100 Fällen mit der KV auf. Das entspricht einer Quote von 72 Prozent. Auch der Anteil der somatischen Standorte, die nicht an der Notfallversorgung teilnehmen, weil sie im Jahr 2014 weniger als zehn Fälle intensivmedizinischer Komplexbehandlung (OPS 897a, 897b, 8980, 898c, 898d, 898f) abgerechnet und weniger als 50 Nachtaufnahmen (zwischen 21:00 und 04:30 Uhr) und einen Anteil von Nachtaufnahmen von unter fünf Prozent hatten, sowie alle Häuser, die gegenwärtig einen Abschlag für die Nichtteilnahme an der Notfallversorgung zahlen, beläuft sich auf einen Anteil von 20 Prozent aller Standorte.

Im Zusammenspiel all dieser verschiedenen Quellen geht der GKV-Spitzenverband davon aus, dass der tatsächliche Stand der Teilnahme an der Notfallversorgung derzeit bei etwa 70 Prozent zu verorten ist. Die Kriterien seines Regelungsentwurfs sind darauf entsprechend abgestimmt. Im Umkehrschluss würden demnach etwa 30 Prozent

der Krankenhausstandorte potenziell Abschläge zahlen müssen, da die gezahlten DRG-Fallpauschalen ohne Notfallvorhaltungen zu hoch bemessen sind. Diese Mittel würden zukünftig den Teilnehmern der Notfallversorgung zufließen, die entsprechende Aufwände betreiben. Taxiert man den Abschlag zum Zwecke einer Modellrechnung auf die derzeitige Höhe von 50 Euro je vollstationärem Fall, so belief sich das Umverteilungsvolumen auf etwa 250 Millionen Euro. Wie das Zuschlagsvolumen sich auf die drei Notfallstufen verteilt, ist noch zu entscheiden. Die „Kompression“ der Kosten der Notfallvorhaltung würde in jedem Falle deutlich korrigiert.

Anders als die Abrechnung von Zu- und Abschlägen für die Notfallversorgung spielt die Frage, ob ein Krankenhausstandort demnächst weiterhin Notfallversorgung anbieten darf, keine Rolle. Jeder muss und kann zukünftig weiter Notfallversorgung anbieten, erhält aber strikt in Abhängigkeit der vom G-BA festgelegten Kriterien Zu- beziehungsweise Abschläge.

## Kernthesen zur Neustrukturierung der Notfallversorgung in der nächsten Legislaturperiode

Das im vorangegangenen Kapitel umfassend dargestellte stationäre Notfallstufensystem sollte die Ausgangsbasis für die Neustrukturierung der stationären und ambulanten Notfallversorgung bilden. Das Stufensystem dient nicht nur dazu, Vorhaltekosten adäquat zu finanzieren, sondern auch die Qualität der Notfallversorgung auf verschiedenen Stufen zu garantieren. Krankenhäuser, die an der stationären Notfallversorgung teilnehmen, versorgen in der Regel auch ambulante Notfälle. Zudem ist häufig zu Beginn einer Notfallbehandlung nicht klar, ob ein Patient ein ambulanter Notfall ist oder doch einer stationären Aufnahme bedarf. Aus den genannten Gründen ist eine sektorale Beschränkung auf stationäre Notfallstrukturen nicht sachgerecht. Der G-BA sollte daher im nächsten Schritt den Auftrag erhalten, Vorgaben für die ambulanten Notfallstrukturen festzulegen. Dies sollte zwingend in Abstimmung mit den stationären Notfallstufen geschehen, damit ambulante Notfallstrukturen nur an solchen Krankenhäusern etabliert werden, an denen auch rund um die Uhr eine stationäre Notfallversorgung stattfindet.

## These 1: Notfallversorgung professionalisieren und konzentrieren

Die Notfallversorgung hat in den vergangenen Jahren in vielen europäischen Ländern verschiedene Reformen durchlaufen. Einige Länder haben dabei spezialisierte Strukturen für die Notfallversorgung von hochkomplexen Fällen eingeführt und eine Zentralisierung der Notfallversorgung an weniger Standorten bei gleichzeitigem Ausbau des ambulanten Angebots vorangetrieben mit dem Ziel, Versorgungsqualität und Effizienz zu erhöhen (Geissler, Quentin und Busse 2017). Dies spiegelt sich auch in den Ergebnissen wider. Die Sterberate im Krankenhaus beim akuten Herzinfarkt lag in Deutschland 2011 deutlich über dem EU-Durchschnitt, die Behandlungserfolge waren also geringer als in nahezu allen anderen EU-Ländern. Auf der Suche nach Gründen fällt ein entscheidender Unterschied in der Versorgungsstruktur auf: In Deutschland werden in 1.400 von 1.700 Akutkrankenhäusern Herzinfarktpatienten behandelt. 800 dieser Krankenhäuser behandeln im Durchschnitt weniger als einen Fall pro Woche und haben eine deutlich höhere Patientensterblichkeit als Krankenhäuser mit größeren Fallzahlen (Leopoldina 2016).

Während in Berlin 36 Krankenhäuser Herzinfarktpatienten aufnehmen, sind es in Wien tagsüber sechs und nachts sogar nur zwei Krankenhäuser. Auch in der Personalorganisation und Ausstattung der Krankenhäuser gibt es deutliche Unterschiede: Während die Kliniken in Wien ihre Personalbesetzung im Schichtdienst sicherstellen, sind in Deutschland 24-Stunden-Dienste üblich, und einige Akutkrankenhäuser verfügen nicht einmal über eine Intensivstation oder die Möglichkeit einer computertomografischen Bildgebung (Leopoldina 2016).

Aus den oben skizzierten Gründen sollte die Behandlung von Patienten mit schwerwiegenden lebensbedrohlichen Erkrankungen zukünftig auf wenige spezialisierte Notfallkrankenhäuser konzentriert werden. Durch die Konzentration dieser hochspezialisierten Notfallversorgung sollen sowohl die Ressourcen als auch die Expertise gebündelt werden, sodass die Patienten von erfahrener Personal behandelt werden und die Überlebenschancen steigen. Die spezialisierten Krankenhäuser zeichnen sich dadurch aus, dass sie bestimmte Notfälle regelmäßig versorgen, erfahrene Fachpersonal vorhalten und zeitnah eine geeignete Diagnostik und Therapie einleiten können. Die Einbindung der Rettungsdienste spielt dabei eine wichtige Rolle, um

Patienten mit den (Verdachts-)Diagnosen Herzinfarkt, Schlaganfall, Schädel-Hirn-Trauma oder Polytrauma direkt in ein spezialisiertes Krankenhaus zu fahren. Erfahrungen aus Ländern wie England, Dänemark und den Niederlanden zeigen, dass trotz längerer Transportwege der Prozess von der Rettung bis zur spezialisierten Behandlung verkürzt wird und die Zentralisierung von Ressourcen zu Qualitätsverbesserungen führen kann (Geissler, Quentin und Busse 2017).

## These 2: Zentrale Notaufnahmen etablieren

Die ZNA ist eine unverzichtbare Komponente der modernen Notfallmedizin. Es ist daher eine wesentliche Forderung des GKV-Spitzenverbandes, die ZNA im Notfallstufensystem des G-BA zu verankern. Die Notfallversorgung aller Notfallpatienten sollte in einer ZNA stattfinden. Es ist nicht sinnvoll, dem Patienten im Notfall die Suche nach der richtigen Abteilung zuzumuten. Ausnahmen sind nur bei offensichtlich klarer Zuständigkeit im Krankenhaus möglich (beispielsweise für Schwangere und Kinder).

Zwar gibt es einen deutlichen Trend hin zur ZNA, allerdings ist die Umsetzung in Deutschland noch längst nicht an jedem Notfallkrankenhaus erfolgt. Analysen des Deutschen Krankenhausinstituts (DKI) aus dem Jahr 2010 zeigen, dass 72 Prozent der Krankenhäuser die Notaufnahme bereits zentral organisieren, wobei die Leitungsstrukturen und die personelle Organisation sehr unterschiedlich ausgestaltet sind (Blum et al. 2010).

Bei vielen Erkrankungen ist nicht sofort ersichtlich, wer der geeignete Behandler ist. Daher sollte der Patient in einer zentralen Anlaufstelle von interdisziplinär ausgebildetem Personal angesehen, gegebenenfalls erstversorgt und der geeigneten Fachdisziplin zur Weiterbehandlung zugeleitet werden. Die Patienten sollten in der ZNA eine Ersteinschätzung erhalten, um eine nach Behandlungspriorität geordnete Reihenfolge der Patientenbehandlung zu gewährleisten.

## These 3: Notdienstpraxen am Krankenhaus organisieren

Aufgrund der Patientenpräferenzen im Notfall und der Möglichkeit der direkten Wahl der adäquaten Versorgungsebene sollte die Notfallversorgung ambulanter und stationärer Fälle zentral „unter einem Dach“ organisiert sein. Um entsprechende Strukturen

sektorenübergreifend zu schaffen, bedarf es bundeseinheitlich abgestimmter Vorgaben in beiden Sektoren. Nicht nur klar definierte Verantwortungsbereiche, auch deren Operationalisierung und Prüfbarkeit ist zwingende Voraussetzung, um diese auch einzufordern. Daher sollte der Versorgungsauftrag der KVEn konkretisiert werden und der G-BA bundesweite Strukturvorgaben für die Einrichtung von KV-Akut- und Notdienstpraxen an Krankenhäusern festlegen. Die Einrichtung dieser Praxen hat in Abstimmung mit den stationären Notfallstufen des G-BA zu erfolgen. Diese Struktur ist als bedarfsgerechte Ergänzung zur Versorgung von ambulanten Akutpatienten zu verstehen. Insbesondere Fachärzte für Allgemeinmedizin, Kinder- und Jugendheilkunde, Innere Medizin und Chirurgie scheinen für eine entsprechende Praxis als geeignet. In welchem Umfang, mit welchen personellen Vorgaben und an welchen Krankenhäusern diese Praxen eingerichtet werden, wird Teil des G-BA-Prozesses sein.

#### These 4: Triage und Steuerung in Versorgungsebenen

Unstrittig ist, dass jeweils diejenige Versorgungsebene vom Patienten in Anspruch genommen werden sollte, die geeignet und bedarfsgerecht ist. Der Grundsatz „Ambulant vor Stationär“ besitzt hier oberste Priorität. Um dies zu erreichen, müssen Patienten eine zentrale Anlaufstelle haben, von der aus sie auf Basis einer qualifizierten Ersteinschätzung in die geeignete Versorgungsebene weitergeleitet werden. Nur wenn die Wahl der Versorgungsebene friktionsfrei und im Sinne der Patienten interessengeleitet möglich ist, ist eine Steuerung überhaupt Erfolg versprechend. Dieser Ersteinschätzungsprozess ist gemeinsam durch die KV und das Krankenhaus zu organisieren. Ein mit erfahrenen Pflegekräften besetzter Empfangstresen mit gemeinsamen Regeln der Triage und gemeinsamer Finanzierung durch KV und Krankenhaus ist die zentrale Voraussetzung für die Wahl der richtigen Versorgungsebene. Die Zusammenarbeit zwischen der KV-Notdienstpraxis als kompetentem Versorger ambulanter Notfälle und der Krankenhausambulanz als kompetentem Versorger potenziell stationärer Notfälle ermöglicht eine abgestufte Versorgung der Notfälle.

Wenn es sich um einen ambulanten, im kassenärztlichen Bereich behandelbaren Fall handelt, wird der Patient an die KV-Notdienstpraxis am Krankenhaus weitergeleitet. Die Notaufnahmen der Krankenhäuser werden so von leichteren Notfällen entlastet.

Es wird einerseits die Patientenpräferenz berücksichtigt, einen kompetenten Versorger an zentraler Stelle im Notfall aufzusuchen. Andererseits wird die Akzeptanz erhöht, in einer ambulanten Praxis behandelt zu werden, da die Nähe zum Krankenhaus im Bedarfsfall eine sofortige Weiterbehandlung in einer höheren Versorgungsebene gewährleistet. Sollte bei einem Patienten eine fachärztliche Behandlung zwar notwendig, aber nicht zeitkritisch sein, kann die KV-Notdienstpraxis über die Terminservicestellen einen Facharzttermin innerhalb der regulären Sprechstundenzeiten vermitteln.

Besteht bei dem in der ZNA vorstelligen Patienten der Verdacht auf eine schwerwiegendere Erkrankung und die Notwendigkeit, eine stationäre Aufnahme abzuklären, verbleibt der Patient zur weiteren Diagnostik in der Notaufnahme. Patienten können dort bei Bedarf bis zu 24 Stunden auf einer Kurzliegerstation verbleiben. Schwerwiegende Notfälle, die einer stationären Behandlung bedürfen, werden über die ZNA direkt stationär aufgenommen.

Patienten, die mit dem Rettungsdienst in die ZNA gebracht werden, erhalten dort ebenfalls eine Ersteinschätzung der Behandlungsschwere und anschließende „Wegweisung“ in die geeignete Versorgungsebene. Bei schweren Notfällen sollte der Rettungsdienst relevante Daten vorab an die ZNA übermitteln.

## These 5: Finanzierung der Krankenhausambulanzen überprüfen

Die Finanzierung der Krankenhaus-Notfallambulanzen ist derzeit Gegenstand heftiger Auseinandersetzungen. Von der Krankenhauseseite wird eine Unterfinanzierung im dreistelligen Millionenbereich reklamiert: Angeblich belaufen sich die Kosten je Fall auf 130 Euro, werden aber nur mit 30 Euro vergütet (Haas et al. 2015). Diskutiert man allerdings die Möglichkeit, den Krankenhäusern diesen angeblich so defizitären Bereich zu nehmen (vergleiche die öffentliche Diskussion über Notfallstufen), so ist das Protestgeschrei noch lauter. Bei der Neuordnung der Finanzierung ist deshalb neben der aufwandsgerechten Vergütung und dem Gleichklang mit der Vergütung im KV-Bereich auch die Tatsache zu berücksichtigen, dass der Notfallbereich Teil der Krankenhausfallakquise ist.

Gegenwärtig erfolgt die Vergütung der KV-Notdienstpraxen und der Krankenhausambulanzen über die KVen. Beide werden nach dem einheitlichen Bewertungsmaßstab (EBM) vergütet. Bedeutsam ist auch, dass die Notfallvergütung Teil der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung (MGV) ist – also der „Pauschalfinanzierung“ für die ambulante Versorgung. Mengenausweitungen führen also nicht direkt zu vermehrten Zahlungen. Schwer zu beurteilen ist die Frage danach, ob die Notfallvergütung im innerärztlichen Verteilungskampf um Honoraranteile bewusst niedrig eingestuft wird, weil die Vergütungsanteile zu einem maßgeblichen Teil an die Krankenhäuser fließen.

Bei einer Neuordnung wird diskutiert, ob die Notfallvergütung weiterhin über die KVen erfolgen sollte und ob der EBM das geeignete Vergütungssystem ist. Historisches Beispiel für eine Ausgliederung von Krankenhausambulanzen aus der kassenärztlichen Vergütung sind die Hochschulambulanzen, die seit 2003 nicht mehr via KV, sondern direkt von den Krankenkassen finanziert werden. Das Beispiel zeigt allerdings auch, dass die reine Vergütungswegänderung nicht unbedingt zu mehr Transparenz und einer aufwandsgerechteren Ambulanzfinanzierung führen muss. Bislang fehlt hier die gesetzliche Vorgabe für eine bundesweite Vergütungssystematik.

Inwieweit der EBM geeignet ist, das Leistungsgeschehen in den Notfallambulanzen adäquat abzubilden, wird unterschiedlich beurteilt. Im Kern ist der EBM auf die Leistungserbringung des Einzelarztes zugeschnitten und extrem kooperationsfeindlich. Nicht einmal für eine ambulante Operation gibt es eine Fallpauschale, da immer die Vergütungsbestandteile von Operateur und Anästhesist auseinanderdividiert werden. Zudem werden zahlreiche nichtärztliche Leistungen in den Ambulanzen nicht adäquat abgebildet (beispielsweise mehrstündige Überwachung eines Patienten auf einer Kurzliegerstation). Bleibt man bei der EBM-Lösung, so müssten hier zumindest Ergänzungen vorgenommen werden.

Eine fallpauschalierte Ambulanzvergütung jenseits des EBM bedarf zunächst empirischer Vorarbeiten. Sie ist außerdem im Kontext von Kurzzeitfällen und vorstationärer Behandlung zu sehen. Derzeit werden viele eigentlich ambulante Fälle – der vorteilhafteren Finanzierung wegen – im stationären Budget abgerechnet. Die häufigste Verweildauer im Krankenhaus ist ein Tag – oft sogar ohne Übernachtung. Denkbar ist deshalb

eine neue Vergütungssystematik für Tagesfälle, die auch die Behandlung in den Notfallambulanzen umfasst. Das DRG-Vergütungssystem hat an der „ambulanten Kante“ erhebliche Schwächen, die unter anderem ursächlich für einen erheblichen Fallzahlenanstieg sind.

Schon die kurze Betrachtung zeigt, dass es bei einer Neuordnung der Ambulanzfinanzierung nicht einfach darum gehen kann, die Vergütungssätze für Krankenhausambulanzen zu erhöhen. Eine adäquate Finanzierung im Zwischenbereich von DRG und EBM bedarf einer umfassenden Analyse des „pseudostationären“ Fallspektrums. Dies sollte alsbald in Angriff genommen werden.

### These 6: Rettungsdienst digitalisieren

Das nächstgelegene Krankenhaus ist nicht immer das geeignete Krankenhaus, um einen schwer erkrankten Patienten zu versorgen. Entscheidend ist, dass die notwendigen Diagnose- und Behandlungsmöglichkeiten zur Verfügung stehen. Um zu gewährleisten, dass der Patient genau in jenes Krankenhaus transportiert wird, in dem sein Fall zum aktuellen Zeitpunkt am besten behandelt werden kann, soll die Transparenz über verfügbare Behandlungskapazitäten für den Rettungsdienst verbessert werden. Moderne Kommunikationstechnologien ermöglichen einen Informationsaustausch in Echtzeit zwischen Krankenhäusern und Rettungsdiensten über die aktuellen Behandlungs- und Versorgungsmöglichkeiten in den Krankenhäusern. Es sollte zudem eine standardisierte prästationäre Ersteinschätzung (Triage) des Rettungsdienstes etabliert werden, um Patienten, wenn nötig, in hochspezialisierte Zentren zu transportieren. Die hohe Transparenz über Versorgungskapazitäten ermöglicht es, bei besonders schwerwiegenden Notfällen (Verbrennungen, Polytrauma, Herzinfarkt, Schlaganfall) direkt spezialisierte Häuser anzusteuern. Der Rettungsdienst übermittelt die Behandlungsdringlichkeit und die Eintreffzeit des Patienten bereits vorab an das Krankenhaus, sodass man dort auf die Übernahme des Patienten vorbereitet ist. Die dazu erforderlichen Kommunikationssysteme werden bereits in einigen Bundesländern (beispielsweise Hessen) eingesetzt und sollten zukünftig bundesweit verpflichtend eingeführt werden. Da verschiedene Technologien mit unterschiedlichem Funktionsumfang eingesetzt werden können und teilweise bereits heute eingesetzt werden, ist sicherzustellen, dass diese länderübergreifend kompatibel sind.

## These 7: Gemeinsame Leitstellen etablieren

Für eine bessere Steuerung der Inanspruchnahme der Notfallversorgung ist eine enge Kooperation zwischen den Leitstellen des KV-Notdienstes und den Rettungsleitstellen erforderlich. Da die Nummer des KV-Notdienstes vielen Patienten nicht bekannt ist, wird die Notrufnummer des Rettungsdienstes auch von Patienten genutzt, die ambulant behandelt werden könnten. Derzeit besteht keine regelhafte Kooperation zwischen beiden Leitstellen, und es erfolgt keine Übergabe des Patientenfalles an den KV-Notdienst.

Die mit dem GKV-VSG vorgesehene Kooperation für Rettungsleitstellen und KV-Notdienst (§ 75 Absatz 1 b Satz 6 SGB V) sowie die vorgesehenen Empfehlungen der gemeinsamen Landesgremien zu einer sektorenübergreifenden Notfallversorgung (§ 90 a Absatz 1 Satz 2 SGB V) scheitern in der Praxis an klaren Regelungen zur Übergabe des Patientenfalles von der Rettungsleitstelle an den KV-Notdienst. Es ist daher notwendig, dass beide Notrufnummern (112 und 116117) an einer Stelle zusammenlaufen, an der speziell geschultes Personal auf Basis einer standardisierten Entscheidungskaskade die Entscheidung für die geeignete mobile Notfallversorgung – den Rettungsdienst oder den aufsuchenden Bereitschaftsdienst der KV – trifft.

In Frankreich und anderen europäischen Ländern gibt es bereits ein vergleichbares Modell von integrierten Telefonzentralen. Patienten können über eine einheitliche Nummer sowohl den Notdienst rufen als auch von geschulten Telefonisten Informationen zu einer geeigneten nahe gelegenen medizinischen Einrichtung einholen. Das Personal in den Telefonzentralen hat einen Gesamtüberblick über medizinische Einrichtungen und dort verfügbare Ressourcen, insbesondere zu den Notaufnahmen, zu den verfügbaren Krankenhausbetten und zum ärztlichen Notdienst (Geissler, Quentin und Busse 2017).

Über die Notfallversorgung der geschätzt über 21 Millionen Notfallpatienten pro Jahr existieren keine bundesweiten Daten. Außer stichprobenhaften Datenerhebungen im Rahmen von einzelnen Umfragen oder Studien sind keine regelmäßigen und einrichtungsübergreifenden Datenerhebungen in der klinischen Notfallmedizin vorhanden. Für eine geeignete Weiterentwicklung der Notfallstrukturen und der Vergütung von Notfalleistungen sowie für eine Verbesserung der medizinischen Versorgung durch

Qualitätssicherungsmaßnahmen wäre mehr Transparenz über das Geschehen in den Notaufnahmen dringend geboten. In den Notaufnahmen gibt es die unterschiedlichsten Vorgehensweisen bei der Dokumentation, was die Zusammenführung und Auswertung der Daten erschwert. Ein nationaler Dokumentationsstandard für Notaufnahmen würde eine wichtige Grundlage für Qualitätssicherung und strukturelle Weiterentwicklungen in der Notfallversorgung bilden.

Im Ergebnis lässt sich festhalten, dass sich die bestehenden Strukturen nur unzureichend an den Bedürfnissen der Patienten orientieren, was dazu führt, dass diese häufig in der falschen Versorgungsebene behandelt werden. Durch die mit dem KHSG geschaffene Möglichkeit der Einrichtung von Notfallpraxen an Krankenhäusern sollen die Notaufnahmen entlastet werden. Es bedarf aber bundeseinheitlicher Rahmenvorgaben, insbesondere im Hinblick auf die Verfügbarkeit, die Finanzierung und die Ersteinschätzung, um Patienten eine sichere Anlaufstelle für den Notfall zu bieten. Die Zeit ist längst überfällig, auch die Möglichkeiten der digitalen Vernetzung zu nutzen und eine geeinigtere Versorgungsstruktur für die Patienten zu schaffen.

## Literatur

- Blum, K., Löffert, S., Offermanns, M., Steffen, P. (2010): Krankenhaus Barometer. Umfrage 2010. [www.dkgev.de/media/file/8607.2010\\_12\\_01\\_Krankenhaus\\_Barometer\\_gesamt.pdf](http://www.dkgev.de/media/file/8607.2010_12_01_Krankenhaus_Barometer_gesamt.pdf) (Download am 22. Juni 2017).
- Bundestagsdrucksache 18/4095 (2015): Entwurf eines Gesetzes zur Stärkung der Versorgung in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Versorgungsstärkungsgesetz – GKV-VSG). Deutscher Bundestag. 18. Wahlperiode. S. 89 f.
- Bundestagsdrucksache 18/5372 (2015): Entwurf eines Gesetzes zur Reform der Strukturen der Krankenhausversorgung (Krankenhausstrukturgesetz – KHSG). Deutscher Bundestag. 18. Wahlperiode.
- Geissler, A., Quentin, W., Busse, R. (2017): Umgestaltung der Notfallversorgung: Internationale Erfahrungen und Potenziale für Deutschland. In: J. Klauber, M. Geraedts, J. Friedrich, J. Wasem (Hrsg.): Krankenhaus-Report 2017. Stuttgart.
- Haas, C., Larbig, M., Schöpke, T., Lübke-Naberhaus, K.-D., Schmidt, C., Brachmann, M., Dodt, C. (2015): Gutachten zur ambulanten Notfallversorgung im Krankenhaus –

- Fallkostenkalkulation und Strukturanalyse der Management Consult Kestermann GmbH (MCK) erstellt in Kooperation mit der Deutschen Gesellschaft interdisziplinäre Notfall- und Akutmedizin e. V. (DGINA). Management Consult Kestermann. Hamburg. [www.dkgev.de/media/file/19401.2015-02-17\\_Gutachten\\_zur\\_ambulanten\\_Notfallversorgung\\_im\\_Krankenhaus\\_2015.pdf](http://www.dkgev.de/media/file/19401.2015-02-17_Gutachten_zur_ambulanten_Notfallversorgung_im_Krankenhaus_2015.pdf) (Download am 22. Juni 2017).
- Hessisches Sozialministerium (2009): Hessischer Krankenhausrahmenplan 2009. [https://soziales.hessen.de/sites/default/files/HSM/krankenhausrahmenplan\\_2009.pdf](https://soziales.hessen.de/sites/default/files/HSM/krankenhausrahmenplan_2009.pdf) (Download am 22. Juni 2017).
- Leopoldina – Nationale Akademie der Wissenschaften (2016): Zum Verhältnis von Medizin und Ökonomie im deutschen Gesundheitssystem. Dokumentation des Symposiums am 21. Januar 2016. [https://www.leopoldina.org/uploads/tx\\_leopublication/Leo\\_Diskussion\\_MuOe\\_Dokumentation.pdf](https://www.leopoldina.org/uploads/tx_leopublication/Leo_Diskussion_MuOe_Dokumentation.pdf) (Download am 21. Juni 2017).
- Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen (2014): Gutachten 2014. Bedarfsgerechte Versorgung – Perspektiven für ländliche Regionen und ausgewählte Leistungsbereiche. [www.svr-gesundheit.de/fileadmin/user\\_upload/Gutachten/2014/SVR-Gutachten\\_2014\\_Langfassung.pdf](http://www.svr-gesundheit.de/fileadmin/user_upload/Gutachten/2014/SVR-Gutachten_2014_Langfassung.pdf) (Download am 22. Juni 2017).
- Schreyögg, J., Bäuml, M., Krämer, J., Dette, T., Busse, R., Geissler, A. (2014): Forschungsauftrag zur Mengenentwicklung nach § 17 b Absatz 9 KHG. Endbericht Juli 2014. [www.gkv-spitzenverband.de/media/dokumente/krankenversicherung\\_1/krankenhaeuser/budgetverhandlungen/mengensteuerung/Gutachten\\_zur\\_Mengenentwicklung.pdf](http://www.gkv-spitzenverband.de/media/dokumente/krankenversicherung_1/krankenhaeuser/budgetverhandlungen/mengensteuerung/Gutachten_zur_Mengenentwicklung.pdf) (Download am 22. Juni 2017).
- Statistisches Bundesamt (2016): Gesundheit. Grunddaten der Krankenhäuser 2015 – Fachserie 12, Reihe 6.1.1. Statistisches Bundesamt. Wiesbaden. [www.destatis.de/DE/Publikationen/Thematisch/Gesundheit/Krankenhaeuser/GrunddatenKrankenhaeuser2120611157004.pdf;jsessionid=3B7F95A1CD05B47D2E725936D655ED5F.cae2?\\_\\_blob=publicationFile](http://www.destatis.de/DE/Publikationen/Thematisch/Gesundheit/Krankenhaeuser/GrunddatenKrankenhaeuser2120611157004.pdf;jsessionid=3B7F95A1CD05B47D2E725936D655ED5F.cae2?__blob=publicationFile) (Download am 22. Juni 2017).
- Verordnung über Qualitäts- und Strukturanforderungen nach § 4 Absatz 3 des Thüringer Krankenhausgesetzes (ThürQSVO) vom 7. Dezember 2016. [www.thueringen.de/mam/th7/tmsfg/gesundheits/krankenhauswesen/thuerqsvo\\_161207.pdf](http://www.thueringen.de/mam/th7/tmsfg/gesundheits/krankenhauswesen/thuerqsvo_161207.pdf) (Download am 22. Juni 2017).