

Die Position der TK

Notfallversorgung braucht Update

November 2019

Das Bundesgesundheitsministerium hat auf der Basis eines gemeinsamen Bund-Länder-Eckpunkte-Papiers und einer Vorgabe des Koalitionsvertrags einen Arbeitsentwurf zur Reform der Notfallversorgung zur Diskussion gestellt. Die dort aufgezeigten **Pläne sind eine richtige und wichtige Weichenstellung** für eine bedarfsgerechte und an den Interessen der Patienten orientierte Notfallversorgung. Sie greifen eine weit vorangeschrittene fachliche Diskussion auf, über deren Zielsetzung viel Einigkeit besteht. Der Anspruch der Patienten auf eine **schnelle, angemessene und qualitativ hochwertige Akut- und Notfallversorgung** steht außer Frage und berührt ein existentielles Interesse jedes Menschen. Auch die Ärzte und das Pflegepersonal in der Notfallversorgung haben einen legitimen Anspruch auf Verbesserung ihrer Arbeitssituation. Die permanente strukturelle Überforderung der Notfalleinrichtungen muss durch sinnvolle Steuerung abgewendet werden. Die Notfallversorgung braucht dringend ein Update auf moderne Standards.

Aus Sicht der TK kann diese notwendige Reform gelingen, wenn

- eine sinnvolle Kombination aus bestehenden und neuen Angeboten realisiert wird,
- die Ersteinschätzung durchgängig qualitätsgesichert und mit digitaler Unterstützung erfolgt,
- in Gemeinsamen Leitstellen eine effektive Kooperation gelingt,
- Ambulante Notfallzentren in enger Kooperation zwischen Kassenärztlichen Vereinigungen und Krankenhäusern und nach festgelegten Planungs- und Qualitätsgrundsätzen ausgebaut werden,
- eine aktive Patientensteuerung auch zum final behandelnden Arzt stattfindet,
- Rettungsdienstkapazitäten gemeinsam geplant werden und Einsätze auch ohne Transport vergütet werden.

1. Bewährtes und Neues sinnvoll kombinieren

Aus Sicht der TK ist es jetzt wichtig, dass sich alle Beteiligten auf das Ziel verständigen und konstruktive Vorschläge beisteuern, wie eine effiziente und transparente Angebotsstruktur aussehen kann. Kritik am Verhalten der Patienten sowie Verteilungs- und Sektorendiskussionen helfen nicht weiter. Aus Sicht der TK sollten die Reformbausteine so gestaltet sein, dass sie praktikabel und effizient sind. Gleichzeitig sollten sie einen Weg in den ebenfalls geplanten Ausbau der sektorenübergreifenden Versorgung weisen. Die Architektur sollte so flexibel sein, dass bereits funktionierende Angebote integriert werden können. Bleibt die Reform im Stadium einer Variation des Status quo stecken, wird es nicht gelingen, die Effizienzreserven in der Notfallversorgung im Interesse der Patienten und Beitragszahler zu erschließen.

2. Einheitliche qualifizierte Ersteinschätzung und digitale Vernetzung

Die einheitliche qualitätsgesicherte Triage der eingehenden Fälle, unabhängig davon wie und wo der Erstkontakt stattfindet, ist ein **zentraler Steuerungsparameter** für eine effiziente Notfallversorgung. Die TK begrüßt das Vorhaben nachdrücklich. Es ist gut, dass dabei auch softwaregestützte Verfahren und Angebote flächendeckend zum Einsatz kommen sollen. Sie können helfen, eine einheitliche Leistungssteuerung zu gewährleisten. Ein wichtiger Zusatzeffekt ist, dass solche Instrumente für die Mitarbeiter in der Notfallversorgung und für die Patienten als Hilfe und Unterstützung erlebbar werden. Es sollte in der konkreten Ausgestaltung darauf geachtet werden, dass alle denkbaren Fallkonstellationen mit einem positiven Patientenerlebnis verknüpft sind. Keinesfalls darf die Triage als Zugangsbarriere empfunden werden. Die verpflichtende digitale Vernetzung der Leistungserbringer ist zudem ein wichtiger Treiber für die zügige Implementierung digital-basierter Kooperationsstrukturen über die Sektoren hinweg.

3. Gemeinsame Notfallleitstellen (GNL) als Vorreiter für digitale, sektorenübergreifende Vernetzung

Die Einrichtung gemeinsamer Leitstellen zur Steuerung der Versorgung sowie die Zusammenführung der Rufnummern 112 und 116117 sind sehr sinnvoll. Da es sich in der Praxis oft um eine organisatorische und technische, aber weniger um eine räumliche Zusammenlegung handeln wird, ist die im Arbeitsentwurf vorgesehene umfassende Kooperationsverpflichtung eine große Chance zur Weiterentwicklung der Versorgung. Die GNL sollten deshalb mit interoperablen Informationssystemen und **maximaler Transparenz** zusammenarbeiten. Diese Kooperation darf auch dann nicht an Ländergrenzen enden, wenn im Gesetzgebungsverfahren auf eine Grundgesetzänderung verzichtet werden sollte.

4. Ambulante Notfallzentren (ANZ) als zentrale Anlaufstellen

Ein wichtiger Baustein für eine bedarfsgerechte Notfallversorgung ist die Einrichtung von Ambulanten Notfallzentren. Sie müssen als zentrale und gut auffindbare Anlaufstellen ausgebaut werden, **in unmittelbarer Nähe zu einem geeigneten Krankenhaus** liegen und rund um die Uhr geöffnet sein. Patienten können sich im Notfall dort einfinden. Es erfolgt eine qualifizierte Ersteinschätzung und Weiterleitung in die richtige Versorgungsebene nach denselben Kriterien und Standards, als wenn

sich die Patienten bei ihrem Erstkontakt an die GNL gewendet hätten. Falls nötig findet eine Erstversorgung statt.

Die gesetzlichen Vorgaben sollten so flexibel gestaltet sein, dass **funktionierende Strukturen nach Möglichkeit erhalten** bleiben. Dort, wo bisher eine überdurchschnittlich hohe Fehlversorgung durch die unnötige Inanspruchnahme der Notfalleinrichtungen der Krankenhäuser zu verzeichnen war, sollten ANZ aufgebaut oder bestehende Strukturen weiterentwickelt werden.

Träger dieser Einrichtungen sind im Rahmen des Sicherstellungsauftrags die Kassenärztlichen Vereinigungen. Es besteht dort jedoch eine **umfassende Kooperationsverpflichtung** mit dem benachbarten Krankenhaus. Hierzu ist es nötig, die rechtlichen Voraussetzungen zu schaffen und sinnvolle Anreize für die gegenseitige Unterstützung und effiziente Nutzung vorhandener Ressourcen zu setzen. Die **Vergütung der Leistungen erfolgt unmittelbar durch die Krankenkassen durch Grundpauschalen und schweregradabhängige Pauschalen**. Die Pauschalen werden so gestaltet, dass jeweils nur ein Arzt-Patienten-Kontakt pro Fall vergütet wird. Zudem wird ein **Fixkostenzuschlag zur Deckung der Vorhaltekosten** kalkuliert. Dieser Zuschlag fällt nur bis zur Deckung der Fixkosten an und wird auf alle Krankenkassen, die Versicherte in der Region haben, umgelegt. Die morbiditätsbedingten Gesamtvergütungen werden entsprechend bereinigt. Bereits jetzt sieht die Finanzierungsregelung vor, dass die Leistungsausgaben für die ambulante Notfallversorgung durch Krankenhäuser und Vertragsärzte aus der morbiditätsorientierten Gesamtvergütung herausgerechnet werden.

ANZ können grundsätzlich nur in unmittelbarer Nähe zu Krankenhäusern eingerichtet werden, die den Kriterien des vom G-BA beschlossenen Notfallstufenplans entsprechen. Darüber hinaus werden **auf die Bevölkerungszahl und die räumlichen Erreichbarkeit bezogene Verhältniszahlen** gebildet, die als Planungsgrundlage für die räumliche Verteilung der Einrichtungen dienen. Kommen anhand der Verhältniszahlen mehrere Krankenhäuser als Standort in Frage, ist eine Auswahl nach der bisherigen Fallzahl der Krankenhäuser in der Notfallversorgung zu treffen. Die KVen sind verpflichtet, ANZ nach den vorgenannten Maßgaben einzurichten. Die für die baulichen Maßnahmen erforderlichen Investitionen werden aus dem Krankenhausstrukturfonds erbracht.

Die enge Kooperation der KVen mit den Krankenhäusern stellt hohe Anforderung an deren Kooperations- und Integrationsfähigkeit. Die TK sieht dies als wichtigen Lernprozess für eine bessere **Kultur der Zusammenarbeit**. Insbesondere in unterversorgten Gebieten können ANZ als erste Ausbaustufe einer zukünftigen sektorenübergreifenden Versorgung angesehen werden, in der verschiedene Fachrichtungen an der Schnittstelle zwischen ambulanter und stationärer Versorgung in einer Einrichtung zusammenarbeiten.

5. Patientensteuerung aktiv gestalten

Die neuen und einheitlichen Anlaufstellen in der Notfallversorgung schließen eine Lücke zwischen Patientenbedürfnissen und Versorgungsangeboten, die bisher vermehrt zu einer Fehlanspruchnahme geführt hat. Es ist deshalb sehr wichtig, dass für Patienten, bei denen kein dringlicher Versorgungsbedarf festgestellt wird, eine Anschlussbehandlung sichergestellt wird. Die Vermittlung dieser Patienten an die Terminservicestellen ist ein sinnvolles, für viele Patienten jedoch wenig attraktives Angebot, weil die Arztwahl in diesem Fall eingeschränkt ist. Auch im Sinne der gewünschten **Kooperation und Einbindung der vertragsärztlichen Regelversorgung** schlägt die TK ergänzend vor, im Rahmen der Triage eine **vorrangige Direktvermittlung** der GNL und der ANZ zum zuletzt behandelnden Arzt einzuführen. Konkret bedeutet dies, dass Patienten, die in einem ANZ erstversorgt

werden oder bei denen im ANZ oder durch die GNL ein verschiebbarer Behandlungsbedarf festgestellt wird, direkt und dringlich an ihren Hausarzt oder einen sonstigen, benannten Arzt einer dem Behandlungsfall entsprechenden Fachrichtung überwiesen werden können. Die dringliche Überweisung beinhaltet einen **prioritären Terminanspruch**. Der benannte Vertragsarzt ist verpflichtet, im Rahmen des Sicherstellungsauftrags solchen Patienten innerhalb einer Frist von einer Woche einen Termin anzubieten. Die Verpflichtung gilt für diejenigen Ärzte, bei denen der Patient innerhalb der letzten vier Quartale in Behandlung war. Darüber hinaus steht dem Patienten die Möglichkeit offen, die Terminvermittlung über die Terminservicestellen zu wählen.

6. Gemeinsame Kapazitätsplanung für den Rettungsdienst

Die im Arbeitsentwurf vorgesehene Integration der medizinischen Notfallversorgung der Rettungsdienste der Länder in die GKV ist sinnvoll und wird von der TK unterstützt. Sie stößt jedoch auf Bedenken in den Bundesländern. Mindestziel sollte es sein, **Fehlanreize zu beseitigen und Rettungsfahrten auch dann durch die GKV zu vergüten, wenn kein Krankentransport stattfindet**. Dafür bedarf es einer Kapazitätsplanung, auf die die gesetzliche Krankenversicherung Einfluss nehmen kann.

7. Keine neue Bürokratie

Die TK plädiert dafür, für die Abbildung des Leistungsgeschehens und den Abrechnungsweg auf den etablierten Strukturen aufzusetzen. Mit einem neuen Abrechnungsweg, wie im Arbeitsentwurf vorgesehen, wären unnötigerweise neue Datenerarbeitungs- und Abrechnungsprozesse zu initialisieren.

Techniker Krankenkasse
Büro Berlin
Luisenstraße 46, 10117 Berlin
Tel. 030 - 28884710
berlin-gesundheitspolitik@tk.de