

Die Position der TK

Notfallreform jetzt realisieren

Bundesgesundheitsminister Lauterbach hat mit der Einsetzung einer Krankenhauskommission die zügige Aufnahme von Arbeiten für eine Reform der Notfallversorgung angekündigt. Die TK begrüßt dieses Vorhaben. Eine bedarfsgerechte und an den Interessen der Patienten orientierte Notfallversorgung ist essenziell und längst überfällig. Die Reform sollte aus Sicht der TK auf der Basis einer weit vorangeschrittenen fachlichen Diskussion und gesetzlicher Vorarbeiten der Vorgängerregierung realisiert werden. 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 strukturelle Überforderung der Notfalleinrichtungen muss durch sinnvolle Steuerung abgewendet werden.

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,
- Integrierte Notfallzentren in 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

Die Reform kann nur gelingen, wenn alle Beteiligten zusammenarbeiten und Vorschläge beisteuern, die darauf abzielen, eine effiziente, transparente und auf bundeseinheitlichen Kriterien basierende Angebotsstruktur zu erreichen. Kritik am Verhalten der Patienten sowie Verteilungs- und Sektorendiskussionen helfen nicht weiter. Die Reformbausteine sollten sektorenübergreifend gedacht werden, dabei aber auch eine klare Verantwortungszuordnung beinhalten. 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 qualitätsgesicherte Triage der eingehenden Fälle 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. Es ist gut, dass die letzte Bundesregierung hier bereits eine gesetzliche Grundlage geschaffen

hat. Softwaregestützte Verfahren und Angebote sollten flächendeckend zum Einsatz kommen. 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 Notfalleitstellen (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. Wichtig ist, dass diese Infrastruktur sicher funktioniert. Das Reformgesetz sollte Anforderungen an die Erreichbarkeit mit einem Sanktionsmechanismus verknüpfen, falls diese nicht flächendeckend sichergestellt werden. Die GNL sollten 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. Integrierte Notfallzentren (INZ) als zentrale Anlaufstellen

Ein wichtiger Baustein für eine bedarfsgerechte Notfallversorgung ist die Einrichtung von Integrierten 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 INZ aufgebaut oder bestehende Strukturen weiterentwickelt werden.

Träger dieser Einrichtungen sind im Rahmen des Sicherstellungsauftrags die Kassenärztlichen Vereinigungen. Es besteht 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.

INZ können grundsätzlich nur in unmittelbarer Nähe zu Krankenhäusern eingerichtet werden, die nach den Notfallstufenkriterien des G-BA zur Notfallversorgung zugelassen sind. Darüber hinaus

werden [auf die Bevölkerungszahl und die räumliche 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, INZ 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 INZ 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. Solche Regionalen Gesundheitszentren können verschiedene Versorgungsbedarfe unter einem Dach abdecken und als Erstanlaufstelle dienen.

5. Patientensteuerung aktiv gestalten

Die neuen und einheitlichen Anlaufstellen in der Notfallversorgung schließen eine Lücke zwischen Patientenbedürfnissen und Versorgungsangeboten, die bisher vermehrt zu einer Fehlinanspruchnahme 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 INZ zum zuletzt behandelnden Arzt einzuführen. Konkret bedeutet dies, dass Patienten, die in einem INZ erstversorgt werden oder bei denen im INZ oder durch die GNL ein verschiebbarer Behandlungsbedarf festgestellt wird, direkt und dringlich an ihren oder ihre Hausärzt:in oder einen sonstigen, benannten Arzt oder Ärztin einer dem Behandlungsfall entsprechenden Fachrichtung überwiesen werden können. Die dringliche Überweisung beinhaltet einen [prioritären Terminanspruch](#). Der benannte Vertragsarzt oder Vertragsärztin 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

Sinnvoll wäre es auch, die im Gesetzentwurf der Vorgängerregierung vorgesehene Integration der medizinischen Notfallversorgung der Rettungsdienste der Länder in die GKV wieder aufzugreifen. 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.

Techniker Krankenkasse
Büro Berlin
berlin-gesundheitspolitik@tk.de