



**Dr. Harald Terpe MdB  
Maria Klein-Schmeink MdB  
Kordula Schulz-Asche MdB  
Elisabeth Scharfenberg MdB**

**Fraktion Bündnis 90/Die Grünen**

### **Autorenpapier**

## **Zehn-Punkte-Programm für eine bessere Notfallversorgung**

Seit Jahren kommen zunehmend PatientInnen in die Notaufnahmen der Krankenhäuser, deren Krankheitsbilder sich kaum von denen im Wartezimmer einer Hausarztpraxis unterscheiden. Die überwiegende Mehrheit dieser PatientInnen kommt als „Selbstvorsteller“ ohne ärztliche oder rettungsdienstliche Einweisung. Vielen Betroffenen kann mit einer ambulanten Behandlung geholfen werden, die teilweise auch in einer niedergelassenen Praxis hätte erbracht werden können.

Patientenbefragungen zeigen, dass die Angebote im niedergelassenen Bereich offensichtlich einen Teil ihrer potentiellen Zielgruppe nicht (mehr) erreichen und teilweise auch nicht zeitnah verfügbar sind. Viele PatientInnen wollen ein niedrigschwelliges, sektorübergreifendes Versorgungsangebot. Bislang hat die sektorale Trennung im Gesundheitswesen zu ineffizienten Doppelstrukturen geführt und eine entsprechende Reform der Notfallversorgung verhindert. Schon im Jahre 2003 hatte der Sachverständigenrat für das Gesundheitswesen Reformen beim Rettungsdienst und bei der Notfallversorgung angemahnt. Geschehen ist bislang wenig. Die jüngsten Gesetzesreformen haben an den bestehenden Missständen kaum etwas geändert. Der Wille zur Kooperation zwischen Kliniken und den Vertretern der Kassenärzte ist begrenzt, ökonomische Interessen der jeweiligen Seite stehen häufig im Vordergrund der Auseinandersetzungen.

Das bestehende Angebot des Kassenärztlichen Bereitschaftsdienstes ist für viele PatientInnen nur schwer durchschaubar, insbesondere in Situationen, in denen sie sich schnelle medizinische Hilfe erhoffen. Die Notrufnummer 116 117 ist in der Bevölkerung kaum bekannt und nicht durchgehend verfügbar. Das Versorgungsangebot ist regional unterschiedlich, es gibt stellenweise keine festen Anlaufpraxen oder nur eingeschränkte Öffnungszeiten. Im fachärztlichen Bereich oder bei akuten psychischen Krisen ist oft gar kein spezifisches Hilfsangebot verfügbar, so dass hier im Zweifel doch auf die Notaufnahme einer Klinik zurückgegriffen wird. Auch bei den niedergelassenen ÄrztInnen selbst ist die Teilnahme am Bereitschaftsdienst wenig beliebt.

Die Notaufnahmen klagen ebenfalls über Probleme: Knapp ein Drittel der Kliniken verfügt über keine Zentrale Notaufnahme, in der die PatientInnen gezielt in die jeweiligen Behandlungswege geleitet werden können. Rund ein Drittel von ihnen hat kein Triage-System etabliert, um die Behandlungsdringlichkeit ihrer PatientInnen systematisch einzuschätzen. Die räumlichen Gegebenheiten sind oft veraltet; viele Notaufnahmen haben beispielsweise keine sogenannte

Kurzliegerstation, auf der sie PatientInnen zur kurzfristigen Beobachtung aufnehmen können. Oft sind Notaufnahmen keine eigenständige Abteilung der Klinik mit festem Personalstamm, sondern ziehen ihr Personal im Wechsel aus unterschiedlichen Abteilungen des Klinikums. Die Tätigkeit dort gilt wegen mangelnder Relevanz für die Facharztausbildung und fehlender Möglichkeit zum Erwerb einer Zusatzqualifikation unter den Beschäftigten eher als „notwendiges Übel“; oft werden dort wenig erfahrene AssistenzärztInnen ohne ausreichende fachärztliche Betreuung im Hintergrund eingesetzt.

Die Vergütung der Leistungen, die in der Notaufnahme erbracht werden, ist ebenfalls nicht einheitlich und richtet sich danach, ob die Leistung ambulant oder nach einer stationären Aufnahme erbracht wurde. Bei einer ambulanten Versorgung der PatientInnen erfolgt die Vergütung über den EBM durch die Kassenärztlichen Vereinigungen, die ein finanzielles Eigeninteresse an einer möglichst niedrigen Vergütung haben. Dies war in den letzten Jahren immer wieder Anlass für Streitigkeiten zwischen den Sektoren. Auch wenn die wirtschaftliche Lage der Notaufnahmen umstritten ist, so hat sich doch eindeutig gezeigt, dass sich das bisherige, zersplitterte Vergütungssystem nicht bewährt hat.

Der jahrelange Stillstand bei der Reform der Notfallversorgung zeigt, dass es wenig bringt, lediglich auf eine bessere Kooperation der Sektoren zu hoffen. Ebenso wenig ist es zielführend, das Patientenverhalten zu kritisieren und durch Vorschläge wie die Einführung einer Notfallgebühr auf eine Verhaltensänderung der Betroffenen zu hoffen. Vielmehr gilt es, die Sektorengrenzen aufzubrechen und die Strukturen der Notfallversorgung so zu reformieren, dass sie die Bedürfnisse der PatientInnen treffen.

#### **Unsere Vorschläge:**

1. Die Planung der **Strukturen** in der Notfallversorgung soll zukünftig sektorübergreifend auf Landesebene erfolgen. Anhand des ermittelten Versorgungsbedarfs in der Bevölkerung sollen Standorte festgelegt werden, an denen ein umfassendes Angebot an (ambulanter und stationärer) Notfallversorgung vorgehalten wird.
2. An diesen Standorten müssen – neben den klassischen Notaufnahmen – **Notfallpraxen** eingerichtet werden, in denen ambulante Fälle behandelt werden. Diese Praxen sind räumlich und technisch eng an die Notaufnahmen angebunden. Das gilt sowohl für die Mitnutzung diagnostischer Angebote wie Röntgen, CT und Labor wie auch für eine einheitliche IT-Struktur, die eine rasche Informationsübermittlung zwischen beiden Einheiten ermöglicht. Die Trägerschaft und Kooperationsform dieser Notfallpraxen soll flexibel ausgestaltet werden: sie können durch die jeweiligen Kassenärztlichen Vereinigungen, die Krankenhäuser selbst, aber auch durch Kommunen oder Ärztenetzwerke betrieben werden. Ausschlaggebend muss sein, wer das beste Versorgungsangebot sicherstellt. Die Vergabe des Versorgungsauftrags soll durch die Aufsichtsbehörde auf Grundlage einer Empfehlung des Gemeinsamen Landesgremiums nach § 90a SGB V oder eines regionalen Gremiums und im Einvernehmen mit den gesetzlichen Krankenkassen erfolgen. Auch der fahrende Bereitschaftsdienst für Hausbesuche soll im jeweiligen Einzugsgebiet von diesen Praxen aus organisiert werden. Bei Bedarf ist die Praxis so auszustatten, dass telemedizinische Facharztkonsultationen jederzeit möglich sind.
3. Der Gemeinsame Bundesausschuss soll **Vorgaben zur Strukturqualität** der gesamten Notfallversorgung erlassen. Dies umfasst beispielsweise das (Mindest-)Versorgungsangebot einschließlich der Verfügbarkeit von FachärztInnen, die Einrichtung von Kurzliegereinheiten oder die Öffnungszeiten der jeweiligen Einrichtungen. Ebenfalls sollten sie flexible Vorgaben zur

Personalbemessung enthalten, deren Berücksichtigung durch bestimmte Qualitätskriterien wie die regelmäßige Einhaltung der Triage-Zeiten von der Einrichtung nachgewiesen werden muss. Die Fachgesellschaften sollen zudem gemeinsame **medizinische Behandlungsstandards** für die Erstversorgung von PatientInnen erarbeiten.

4. Die Entscheidung, ob der/die jeweilige PatientIn in der stationären oder ambulanten Einrichtung weiter versorgt wird, soll durch die gemeinsame Zentrale Notaufnahme erfolgen, die an diesen Standorten zu errichten und von Krankenhaus und Träger der Notfallpraxis gemeinsam zu betreiben ist. Dort sollen dafür qualifizierte Pflegekräfte oder ÄrztInnen die Dringlichkeit der Behandlung im Rahmen einer verpflichtenden standardisierten **Ersteinschätzung (Triage)** ermitteln. Dafür werden entsprechende Weiterbildungsangebote geschaffen. Das Triage-System soll bundeseinheitlich durch die zuständigen Fachgesellschaften festgelegt werden und für das gesamte medizinische Nothilfesystem gelten. Für Kinder-Notfälle ist gegebenenfalls ein besonderes System festzulegen.
5. Die **Vergütung** in der Notfallversorgung muss neu geordnet werden. Die in den Notaufnahmen, Notfallpraxen und im Hausbesuchsdienst erbrachten Leistungen sollen aus einem eigenständigen Budget vergütet werden. Dazu sind sowohl die morbiditätsorientierte Gesamtvergütung im niedergelassenen Bereich wie auch die Berechnung der DRGs im stationären Bereich entsprechend zu bereinigen und die Anteile in dieses neue Budget zu überführen. Für die in den Notaufnahmen erbrachten Leistungen sind gesonderte DRGs zu entwickeln. Zudem sollen den Einrichtungen für Vorhaltekosten individuell vereinbarte Pauschalen oder Leistungszuschläge gewährt werden, wenn diese Kosten auf andere Art und Weise nicht aufgebracht werden können. Das gilt insbesondere für die Sicherstellung des Angebots in strukturschwachen Regionen. Dafür ist eine transparente Ausweisung dieser Kosten in den Budgets der Krankenhäuser unerlässlich. Für den Aufbau der Notfallpraxen wie auch die Anpassung der stationären Strukturen an die Vorgaben des Gemeinsamen Bundesausschusses sollen entsprechende Investitionsmittel der Länder im Rahmen einer **Anschubfinanzierung** bereitgestellt werden; zusätzlich sollen Zuschüsse aus dem Strukturfonds nach § 12 KHG ermöglicht werden. Zudem können sich Kommunen und Kassenärztliche Vereinigungen an dem Aufbau der Notfallpraxen finanziell beteiligen.
6. Die Notaufnahmen in Kliniken sollen zukünftig als eigenständige Abteilung mit eigener ärztlichen und pflegerischen Leitung sowie eigenem Budget geführt werden. Um die **Qualität und Attraktivität** dieses Versorgungsbereiches zu erhöhen, sollte – wie in anderen europäischen Staaten auch – auf der Grundlage des Europäischen Curriculums für Notfallmedizin ein Facharzt für Notfallmedizin eingeführt werden. Auch für Pflegekräfte sind entsprechende Möglichkeiten zur Zusatzqualifikation zu schaffen. Die zeitweise Tätigkeit in einer Notfallpraxis sollte fester Bestandteil der Ausbildung zum Facharzt für Allgemeinmedizin werden. Zudem sind regelmäßige, verpflichtende Fortbildungen zu medizinischen und organisatorischen Fragen des Notdienstes für alle in der Notaufnahme und in den Notfallpraxen tätigen ÄrztInnen, Pflegekräfte und medizinischen Fachangestellten zu schaffen. Um die Attraktivität der Tätigkeit in der Notfallversorgung weiter zu erhöhen und Entlastung für die Beschäftigten zu schaffen, sind flexible Arbeitszeitmodelle zu erproben.
7. Die **Leitstellen** für den Rettungsdienst (112) und den Kassenärztlichen Bereitschaftsdienst (116 117) sollen – wie heute schon vereinzelt geschehen - zusammengelegt werden und rund um die Uhr erreichbar sein. Im Rahmen einer standardisierten Notrufabfrage sollen entsprechend qualifizierte MitarbeiterInnen die PatientInnen in die jeweiligen Strukturen weiterleiten. Die MitarbeiterInnen

müssen die regionalen Versorgungsstrukturen vor Ort kennen und in die Lage versetzt werden, Auskunft beispielsweise auch zur Verfügbarkeit und Öffnungszeiten von niedergelassenen ÄrztInnen zu geben. Die dafür nötigen Daten sind von den Kassenärztlichen Vereinigungen bereit zu stellen. Die Arbeit der Leitstellen muss zudem eng mit psychosozialen Notfalldiensten verzahnt werden.

8. Die Notfallstrukturen müssen durch ein entsprechendes Internetangebot und Postwurfsendungen an alle Haushalte bekannt gemacht werden. Die Informationsmaterialien sollen regional angepasst werden und enthalten Kontaktdaten und Öffnungszeiten der jeweiligen Einrichtungen. Es ist eine bundesweite **App** zu entwickeln, mittels der BenutzerInnen im Notfall zu jeder Tages- und Nachtzeit die jeweils verfügbaren medizinischen und psychosozialen Hilfsangebote vor Ort (einschließlich niedergelassener Praxen) angezeigt werden. Die dafür benötigten Daten zu Adressen und Sprechzeiten sind von den Kassenärztlichen Vereinigungen, den Notfallpraxen, den Krankenhäusern und den Kommunen bereit zu stellen und auf dem neusten Stand zu halten.
9. Der steigenden Zahl an PatientInnen mit **geriatrischem Versorgungsbedarf** muss besser Rechnung getragen werden. Dafür sind sämtliche Fachkräfte in der Notfallversorgung regelmäßig in Fragen der geriatrischen Akutversorgung fortzubilden. Im Rahmen der Qualitätskriterien (s.o.) sollen verbindliche Vorgaben für die Versorgung geriatrischer PatientInnen festgelegt werden. Die zuständigen medizinischen Fachgesellschaften sollen medizinische Standards zu wichtigen Fragen der Notfallversorgung älterer PatientInnen erarbeiten (geriatrisches Screening im Rahmen der Triage, Delirerkennung, Medikamentenanamnese). Die besonderen Bedürfnisse von Demenzkranken sind dabei zu berücksichtigen. Kliniken sollen zudem verpflichtet werden, ein Konzept zur geriatrischen Erst- und Weiterversorgung solcher PatientInnen zu etablieren.
10. Auch die Bedürfnisse von anderen PatientInnen mit besonderen Versorgungsbedürfnissen sollen bei der Ausgestaltung der Strukturen berücksichtigt werden. Für **Kinder** sind – soweit möglich - besondere Notfallpraxen zu schaffen. Zudem sind sämtliche Fachkräfte in der Notfallversorgung regelmäßig in Fragen der pädiatrischen Akutmedizin fortzubilden. Die Krisendienste für **psychisch Kranke** mit akutem Versorgungsbedarf sollen flächendeckend und bedarfsgerecht ausgebaut werden. Sie sollten multiprofessionell besetzt, kostenlos und auch außerhalb der üblichen Geschäftszeiten erreichbar sowie gut mit ÄrztInnen, PsychotherapeutInnen, sozialen Einrichtungen und Rettungsdiensten vernetzt sein. Neben telefonischen Hotlines, persönlicher Beratungen und aufsuchender Hilfen sollten Krisendienste auch Krisenwohnungen bzw. -pensionen vorhalten, um stationäre Aufenthalte zu vermeiden. Für ein umfassendes Krisenangebot müssen die gesetzlichen und finanziellen Grundlagen und Zuständigkeiten klar definiert werden. Die Finanzierung über ein Regionalbudget sowie die Zulassung einer Mischfinanzierung der unterschiedlichen Leistungsträger (GKV, Kommunen und Träger der Eingliederungshilfe) könnte ein Weg sein.