

## **Ambulante Notfallversorgung im bzw. am Krankenhaus: Beitrag zum 22. Bad Orber Gespräch**

Günter Neubauer

Der nachfolgende Beitrag gliedert sich in fünf Abschnitte. In einem ersten Abschnitt versuchen wir unsere Problemstellung in die größere Problematik der Reformbedürftigkeit der deutschen Gesundheitsversorgung einzuordnen. Ein zweiter Abschnitt ist der Mängelanalyse der derzeitigen ambulanten Notfallversorgung gewidmet. Dabei versuchen wir die Mängel aus den verschiedenen Perspektiven der Beteiligten zu betrachten. In einem dritten Abschnitt wollen wir die derzeit vielen und vielfältigen Vorschläge ordnen und inhaltlich skizzieren.

Schließlich soll dann in einem vierten Abschnitt gefragt werden, warum keine wettbewerbliche Reformlösung diskutiert wird und wie eine solche aussehen könnte. Den Abschluss bildet ein Ausblick auf den weiteren Verlauf des Diskussionsprozesses, der mutmaßlich im Jahr 2018 einen gewissen Abschluss finden wird.

### **1. Ausgangssituation: Diskrepanz zwischen Angebot und Nachfrage**

Die ärztliche Notfallversorgung steht exemplarisch für die Strukturprobleme des deutschen Gesundheitswesens. Das Angebot bzw. die Versorgungsstruktur passen nicht zu der Nachfrage bzw. Bedarfsstruktur. Weitgehend bestimmt die gegebene Versorgungsstruktur die Versorgung der Patienten. Eine flexible Anpassung auf Veränderungen der Bedarfsstrukturen bzw. der Nachfrage fehlt. Nicht zuletzt ist es die staatliche Bedarfsplanung, die starre Strukturen gefördert hat, die dann nur langsam, wenn überhaupt, an die veränderte Nachfrage angepasst werden können. Ein Musterbeispiel hierfür ist die Krankenhausversorgung in Deutschland (vgl. Neubauer, G. 2017, S.151 ff.).

Ähnlich verhält es sich mit der ambulanten Notfallversorgung. Auch hier werden Versorgungsstrukturen vorgehalten, die von den Patienten bzw. der Bevölkerung so nicht mehr akzeptiert werden und entsprechend umstrukturiert werden müssten. Die ambulante Notfallversorgung ist Aufgabe der niedergelassenen Vertragsärzte. Praktisch aber verlagert sich diese immer mehr zu den Krankenhäusern. Die Versorgungsstruktur folgt nicht der Nachfrage! Dies hängt nicht zuletzt von einer unklaren Definition des ambulanten Notfalls ab (vgl. Köster, C. et al. 2017, S. 9).

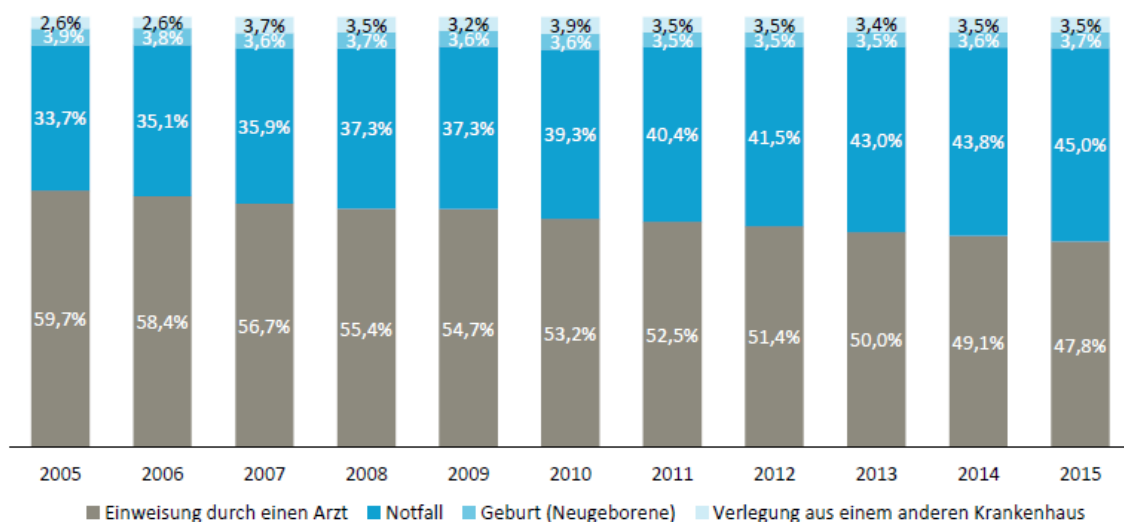
Eine Definition des Notfalls lautet: „ein Notfall besteht, solange ein Patient aus seiner Sicht unverzüglich medizinische Versorgung als nötig erachtet und noch kein Profi den Notfall ausgeschlossen bzw. erhärtet hat“ (vgl. Schöpke, T. 2017, S. 413). Wer akute Rückenschmerzen hat schwebt nach dieser Definition meist nicht in Lebensgefahr. Faktisch wird diese Definition von einem Teil der Bürger so nicht verstanden bzw. übernommen. Mehr als die Hälfte der Patienten, die eine Notaufnahme aufsuchten, bewerteten die Dringlichkeit ihrer ärztlichen Behandlung als niedrig und fallen damit nicht unter die obige Definition eines Notfalls. Individuelle Gründe wie Bequemlichkeitserwägungen, negative

Erwartungen der Verfügbarkeit ambulanter Ärzte oder die Erwartung eine bessere Versorgung in der Notaufnahme eines Krankenhauses, spielen für viele Patienten eine wichtige Rolle (Scherer, M. et al. 2017, S. 645 ff).

Tatsächlich steigen die Notfallbehandlungen stetig an, wobei im Jahr 2015 rund 70 Prozent der 29 Millionen ambulanten Notfälle in den Arztpraxen und 30 Prozent in den Notfallaufnahmen der Krankenhäuser behandelt wurden.

Für die Krankenhäuser selbst werden die Notfallpatienten für die Belegung des Krankenhauses immer wichtiger. In den zehn Jahren von 2005 bis 2015 haben sich die Notaufnahmen von 30 Prozent auf 45 Prozent aller Krankenhauspatienten erhöht. Damit rekrutieren die Krankenhäuser rund neun Millionen Patienten über ihre Notaufnahmen (siehe Abb. 1).

Abbildung 1: Zunehmende Bedeutung der Notfallbehandlungen im Krankenhaus 2005 bis 2015 in Prozent



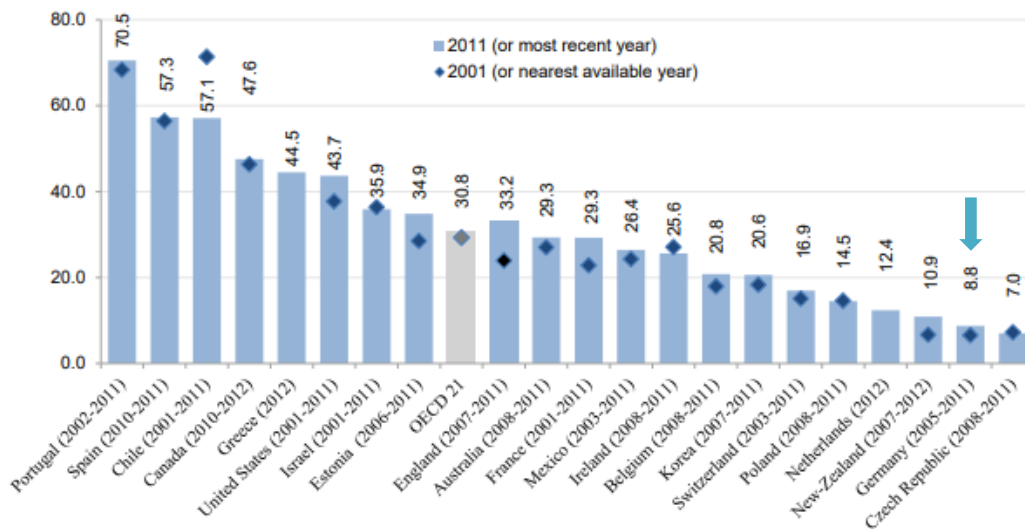
Anmerkung: Aufnahmeanlass wird in §301-Datenübermittlung nach SGB V nicht abgebildet, er soll übermittelt werden, wenn Patientenbehandlung dieses Zusatzmerkmal enthält

Quelle: Krankenhaus Rating Report 2017; Statistisches Bundesamt 2015

Quelle: Beivers, A. 2017, S. 4

Im internationalen Vergleich liegt Deutschland im unteren Drittel der OECD - Staaten bezogen auf den Anteil an der Bevölkerung, der in Notfallambulanzen von Krankenhäusern behandelt wird (siehe Abb. 2). Allerdings wird in der obigen Darstellung nicht berücksichtigt, dass Deutschland eine ausgebaute ambulante fachärztliche Versorgung vorhält, was in einer Reihe der Vergleichsländer nicht der Fall ist (vgl. Minartz, Ch. 2011, S. 242).

Abbildung 2: Inanspruchnahme der Notaufnahme in Europa



Quelle: Berchet, C. 2015, S. 9

Als Fazit lässt sich festhalten: Versorgungsstruktur und faktische Nachfrage klaffen auseinander, was zu Ineffektivität und Ineffizienz führt!

## 2. Mängelbewertung aus Sicht der Beteiligten

In diesem Abschnitt verzichten wir auf eine eigene Bewertung der Mängel und geben an dessen Stelle die Einschätzung der wichtigsten Akteure hier wieder (vgl. hierzu auch Beivers, A. 2017).

### 2.1 Sicht der Krankenhäuser

Die Krankenhäuser beklagen vor allem die bislang mangelhafte Vergütung für ambulante Notfälle. Im MCK-DGINA Gutachten (Haas, C. et al. 2016, S.5) wird errechnet, dass einer Vergütung von 32 Euro pro ambulanten Notfall insgesamt 120 Euro Kosten des Krankenhauses gegenüberstehen. Diese Vergütungslücke führt dazu, dass ambulante Notfälle für das Krankenhaus eine wirtschaftliche Belastung darstellen. Nicht ausgesprochen wird dabei, dass dies auch ein Grund für eine erhöhte Verlegung der ambulanten Notfälle in die stationäre Versorgung sein dürfte.

Die ab April 2017 eingeführte differenzierte Vergütung von ambulanten Notfällen kann die finanzielle Unterdeckung nur unbefriedigend bzw. nicht schließen. Neben einer Abklärungspauschale werden seitdem zwei verschiedene sogenannte Schweregradzuschläge geleistet. Die Abklärungspauschale gibt es für Patienten, die keine dringende Behandlung benötigen und rasch an einen niedergelassenen Vertragsarzt überwiesen werden können. Der diagnosebezogenen Schweregradzuschlag ist an definierte Behandlungsdiagnosen mit erhöhtem Behandlungsaufwand geknüpft. Der personenbezogene zweite Schweregradzuschlag berücksichtigt erhöhten Aufwand aufgrund schwieriger Kommunikation, wie es z.B. bei dementen Patienten der Fall ist (vgl. Tief, R. 2018, S. 38 ff).

Zwar erkennen die Krankenhäuser eine Verbesserung der Vergütung an, doch halten sie diese weiterhin für unbefriedigend. Erwünscht sind eine differenziertere Schweregradeinteilung sowie eine direkte Finanzierung durch die Krankenkassen und damit finanzielle Unabhängigkeit von den Kassenärztlichen Vereinigungen.

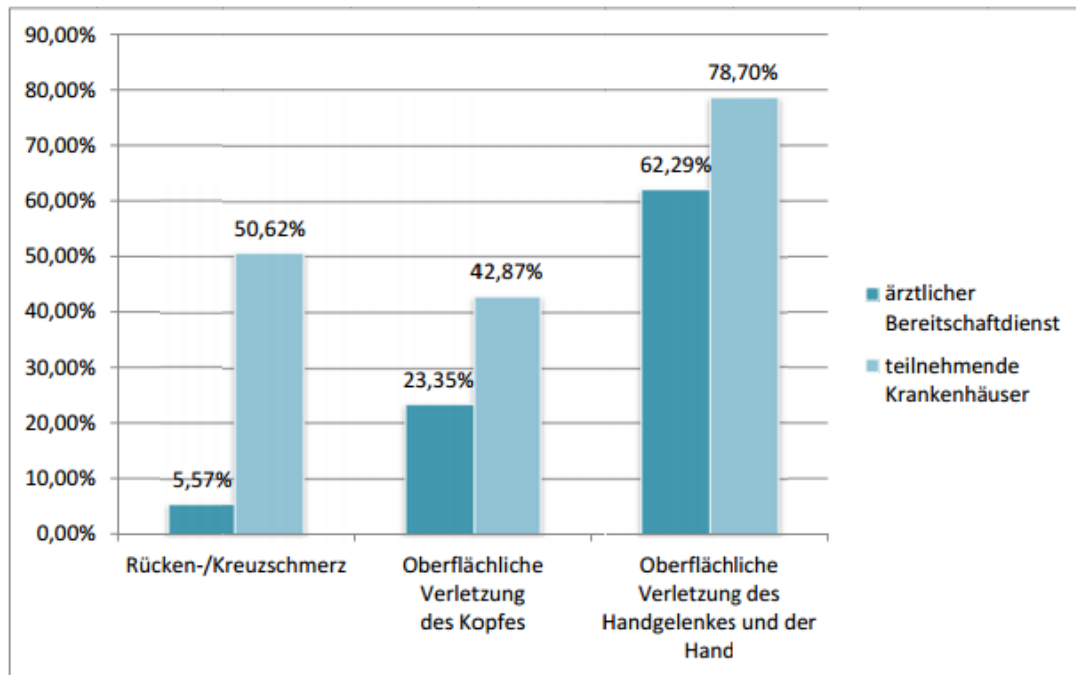
Aus sachlicher Sicht kompensieren die Notfallaufnahmen der Krankenhäuser die Schwächen der vertragsärztlichen Notfallversorgung. Zum einen kennen die Patienten oft nicht den Ort der Notfallpraxen, aber ziemlich genau die Adresse der Notfallaufnahme des nächsten Krankenhauses. Sodann fahren die Rettungsdienste bevorzugt Krankenhäuser an, weil sie sicher sind, dass ihre Patienten versorgt werden können. Schließlich nehmen auch viele Patienten an, dass die Notfallambulanz eines Krankenhauses eine höherwertige Versorgung anbieten kann als eine Notfallpraxis.

## 2.2 Aus Sicht der Kassenärztlichen Vereinigung(en) (KVen)

Die KVen, vertreten durch die Kassenärztliche Bundesvereinigung wollen an dem gesetzlichen Auftrag zur Sicherstellung der Notfallversorgung festhalten. Und da die Vergütung der ambulanten Notfälle am Krankenhaus von den KVen übernommen werden muss, sind sie auf eine Begrenzung der ambulanten Notfälle am Krankenhaus bedacht. Dies soll zum einen dadurch geschehen, dass die Notfallpraxen besser erreicht werden können, in das Krankenhaus verlegt werden, oder in der Nähe des Krankenhauses lokalisiert sein sollten.

Die Notfallversorgung durch das Krankenhaus wird per se als aufwändiger eingeschätzt als die in der Notfallpraxis. Begründet wird dies u.a. damit, dass die am Krankenhaus zur Verfügung stehende medizinische Infrastruktur exzessiv genutzt wird. Am Beispiel des Einsatzes von bildgebenden Verfahren lässt sich dies zeigen (siehe Abb. 3).

Abbildung 3: Vergleich des Einsatzes von bildgebenden Verfahren bei ambulanten Notfallpatienten



Quelle: Eigene Darstellung nach: Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung 2016 und Haas, C. et al. 2015

Auch werden die finanziellen Vorteile, die ein Krankenhaus indirekt durch die Notfallaufnahme erhält nicht berücksichtigt. Heute werden einem Krankenhaus ohne Notfallaufnahme vom Entgelt jedes einzelnen Patienten 50 Euro abgezogen, was den Umkehrschluss zulässt, dass Krankenhäuser für die Notfallversorgung pro Patient eine Zulage von 50 Euro erhalten. Diese Zulage wird für jeden stationären Patienten gewährt und ist nicht an die aktuellen Zahlen der Notfallpatienten gebunden. Je nach Rechnungsweise ergibt sich so ein Deckungsbeitrag pro ambulanten Notfallpatienten für das Krankenhaus zwischen 30 und 50 Euro (vgl. Neubauer, G. et al. 2016, S. 38).

Schließlich wird den Krankenhäusern ein Eigeninteresse an der Notfallversorgung vorgehalten. Schon heute rekrutieren die Krankenhäuser etwa die Hälfte aller stationären Behandlungsfälle aus der Notfallaufnahme. Dies erhöht zugleich den Grad der Unabhängigkeit von zuweisenden Vertragsärzten. Von daher kann es nicht verwundern, dass in einer Befragung von Krankenhausmanagern ein Ausfall der Notfallaufnahme zu dem größten wirtschaftlichen Risiko eines Krankenhauses erklärt wurde, wie die nachfolgende Abbildung 4 zeigt.

Abbildung 4: Die wichtigsten 10 ökonomischen Krankenhausrisiken laut Befragung einer Krankenhaus- Expertengruppe

Top 10	Risikobeschreibung
1	Kapazitätsgrenzen der Notfallaufnahme sind erreicht / Notaufnahme wurde "abgemeldet"
2	Weniger Patienten aufgrund von sinkenden Einweisungen durch niedergelassene Ärzte
3	Weniger Patienten aufgrund von sinkenden Einweisungen durch Rettungsdienste / Nothilfe
4	Der Basisfallwert steigt nicht wie erwartet
5	Fehlerhafte Kodierung – Leistungen werden zu niedrig abgerechnet
6	Mindestmengen werden nicht erreicht – Schließung von "rentablen" Stationen / Indikation
7	Vakante Stellen in der Pflege / Fachkräftemangel
8	Betriebskosten werden durch DRG / Bewertungsrelationen / Basisfallwert nicht gedeckt
9	Leistung wird nicht abgerechnet / Es findet keine Kodierung statt
10	Überlastetes / unmotiviertes Personal beeinflusst das Behandlungsergebnis negativ

Quelle: Helmers, V. 2016, S. 15

### 2.3 Sicht der Krankenkassen

Für die Krankenkassen ist die Notfallversorgung in erster Linie Gegenstand ökonomischen Konflikts zwischen Vertragsärzten und Krankenhäusern. Statt die Leistungsbereiche von ambulanter und stationärer Patientenversorgung abzustimmen, wird über die finanzielle Verteilung der Mittel gestritten.

Richtig ist aber auch aus Sicht der Krankenkassen, dass die Patienten die Notaufnahme einer Klinik bevorzugen, weil sie besser bekannt ist als die jeweilige Notfallpraxis. Bisherige Reformbemühungen blieben im Zuständigkeitsgestrüpp „Bund - Länder - Kommunen“ stecken. Gefordert sind Vorgaben des Bundes (vgl. GKV Spitzenverband. 2017, S. 6f.).

Eine teure Folge des ungehinderten Stromes der Patienten in die Notaufnahmen der Kliniken ist die stationäre Überversorgung in Deutschland. Statt einer Ambulantisierung der stationären Versorgung erleben wir eine Hospitalisierung der ambulanten Versorgung, was weder effektiv noch effizient ist!

### 3. Die Reformvorschläge im Überblick

Im Jahre 2017 erreichte die Diskussion über den Reformbedarf und notwendigen Maßnahmen einer Restrukturierung der ambulanten Notfallversorgung einen Höhepunkt (vgl. Augurzky, B. et al. 2017). Die Vielzahl der Vorschläge, die von nahezu jedem beteiligten Verband gemacht wurden, lassen sich in drei Gruppen sortieren (vgl. Wrede, B. 2017 S. 12). Aus Platzgründen wollen wir hier im nachfolgenden lediglich jeweils die Grundidee dieser drei Gruppen von Lösungsvorschlägen skizzieren, ohne auf die einzelnen Vorschläge einzugehen.

### 3.1 Regulative Lenkung der Patienten

Ein Schwerpunkt für eine gezielte Patientenlenkung ist die Schaffung einer zentralen Informationsstelle für alle Patienten. Die KBV unterstützt die Einrichtung einer Notruftelefonnummer, die für ganz Deutschland gilt. Mit Hilfe dieser Nummer soll direkt oder indirekt eine Notfallpraxis erreicht werden. Es soll sichergestellt werden, dass ein Patient im Notfall sofort eine kompetente erste Kontaktstelle in seiner Nähe erreichen kann. Es wird den Patienten nahegelegt erst danach, auf ärztlicher Empfehlung hin, die Notaufnahme eines Krankenhauses aufzusuchen. Zwar ist diese Reihenfolge nicht zwingend, doch erwünscht. Es wäre aber auch vorstellbar, dass es zur Pflicht gemacht wird, erst die Notfallnummer anzurufen, bevor man ein Krankenhaus aufsuchen darf!

Ein zweiter Ansatz besteht darin, die bereits bestehenden integrierten Leitstellen, besser personell und technisch auszurüsten, so dass eine kompetente Weiterleitung der Patienten zu einem geeigneten Vertragsarzt unverzüglich erfolgen kann. Und da die Leitstellen auch die Rettungsdienste lenken, wird dies mit der Hoffnung verbunden, dass diese erst zu den Bereitschaftspraxen fahren, bevor sie eine Krankenhausambulanz ansteuern. Zuweilen wird auch vorgeschlagen, Ärzte in den Leitstellen zu stationieren, so dass ein Arzt den Patienten auch direkt beraten und wenn nötig, weiterleiten kann, was für nicht-ärztliches Personal nur begrenzt erlaubt ist.

Generell wird es jedoch (noch!) abgelehnt, Patienten den Zugang zu verengen oder über eine Kostenbeteiligung zu lenken.

### 3.2 Vorschläge zu einer integrierten Notfallversorgung

Gemein ist diesen Vorschlägen, dass die Notfallversorgung durch niedergelassene Ärzte und Krankenhäuser als eine Einheit gedacht wird. Besonders prominente Vorschläge hierzu wurden vom Marburger Bund zusammen mit der Kassenärztliche Bundesvereinigung (2017 S. 1ff) und vom Sachverständigenrat beim Gesundheitsministerium (2017) gemacht.

Zentrale Organisationseinheit der integrierten Notfallversorgung ist eine integrierte Notfalleinheit die von niedergelassenen Ärzten und Krankenhausärzten gebildet wird. In dieser Notfalleinheit entscheidet sich, ob der Patient in der Notfallpraxis oder in der Notfallaufnahme einer Klinik behandelt wird. Anschaulich dargestellt wird das integrative Reformkonzept in einem Beitrag des AOK- Bundesverbandes in der Zeitschrift Gesundheit und Gesellschaft (vgl. Malzahn, J. et al. 2017 S. 23 ff). Dort wird eine integrierte Leitstelle mit einer integrierten Notfalleinheit in einem Reformkonzept zusammengefasst und der Ablaufprozess strukturiert beschrieben.

Als Notfalleinheit, die zuerst den Patienten sieht, werden oft Portalpraxen am Krankenhaus vorgeschlagen. So wird z.B. von der Kassenärztliche Vereinigung Bayern geplant, dass in Bayern für 42 Planungsbereiche ca. 110 flächendeckende Bereitschaftspraxen die Notfallversorgung übernehmen. Standort der Bereitschaftspraxen ist immer unmittelbar an oder in einer Klinik mit Notfallambulanz (Schmelz, P. 2017 S. 8). Dieser Vorschlag stößt

jedoch auf Kritik der Krankenseite, da die Krankenhäuser, bei denen keine Bereitschaftspraxis eingerichtet wird, befürchten, von Patientenzuflüssen abgeschnitten zu werden.

Die meisten Vorschläge zur Integration betonen, dass weiterhin alle Krankenhäuser eine Notfallaufnahme betreiben können, jedoch die Patienten eine organisierte integrative Versorgung als Regellösung im Notfall angeboten erhalten. Es bleibt also der Entscheidung der Patienten vorbehalten, ob sie die integrierte Notfallversorgung auch nutzen wollen.

Ob die Integrationsmodelle ohne ökonomische Anreize für die Patienten erfolgreich sein werden, muss bezweifelt werden. Damit ist die Frage der Finanzierung eng verbunden.

### 3.3 Vorschläge zur Finanzierung

Vorschläge, die auf ein integriertes, eigenständiges Notfallzentrum abzielen, fordern in der Regel eine eigenständige Finanzierung direkt über die Krankenkassen. Doch auch ein eigenes Budget, aus dem dann die jeweiligen Leistungserbringer, seien es Vertragsärzte oder Krankenhäusern vergütet werden, wird an einigen Stellen vorgeschlagen. Auf Widerstand stoßen diese Vorschläge bei der KV dann, wenn die Finanzmittel aus den bisherigen Budgets der KVen abgezogen werden sollen.

Die Krankenhäuser wiederum fordern eine kostendeckende Vergütung ihrer Aufwendungen für die ambulante Notfallversorgung. Dazu soll, je nach Fallschwere eine abgestufte Vergütung etabliert werden, die in Anlehnung an das DRG-Entgeltsystem entwickelt werden könnte. Dieser Forderung hat auch der Gesetzgeber Gehör geschenkt, indem er den Gemeinsamen Bundesausschuss beauftragt hat, einen entsprechenden Vorschlag zu entwickeln. Darüber hinaus sollen die Krankenhäuser selbst dann danach eingestuft werden, welchen Schweregrad an Notfallpatienten aufgrund ihrer Ausstattung sie behandeln und abrechnen dürfen und welche Patienten sie weiterleiten müssen.

Gefordert wird ein Notfallversorgungsgesetz, das zum Ziel haben muss eine effiziente, am Patientenwohl orientierte, Notfallversorgung sicherzustellen. Partikularen Interessen der unterschiedlichen Beteiligten darf nicht nachgegeben werden. Es gilt alle Beteiligten, den Rettungsdienst, die Vertragsärzteschaft und die Krankenhäuser, aber auch die Bundesländer und die Kommunen zusammenzuführen. Ob dies in einem administrativen Rahmen gelingt bezweifeln wir und setzen dem einen wettbewerblich orientierten Entwurf entgegen!

## **4. Warum keinen wettbewerblichen Reformeransatz wagen?**

Wenn den Patienten im Notfall mehreren Möglichkeiten geboten werden, sich behandeln zu lassen, ist ein Wettbewerb der alternativen Notfalleinrichtungen unvermeidbar. Und genau dies ist derzeit in Deutschland der Fall. Von daher ist es schwer verständlich, weshalb alle Reformvorschläge eine wettbewerbliche Konzeption ausschließen. Andererseits beinhalten einige Vorschläge durchaus wettbewerbliche Instrumente, wie Zuzahlungen oder andere Formen der Kostenbeteiligung für die Nutzer.



Doch eine durchgängige wettbewerbliche Reformoption wird derzeit in Deutschland nicht diskutiert. Wir wollen im Folgenden wettbewerbliche Reformoptionen skizzieren, wohlwissend, dass die Diskussion, ob Wettbewerb generell in der Gesundheitsversorgung und im Besonderen in der Notfallversorgung zu wünschenswerten Ergebnissen führt, noch im vollen Gange ist. Es braucht nicht hervorgehoben zu werden, dass der Verfasser eine wettbewerbliche Reformoption, trotz Kenntnis der Gegenposition, für möglich, ja notwendig hält.

#### 4.1 Koordinierter Wettbewerb statt quasi - staatlicher Monopolisierung

Wie oben schon angemerkt ist die derzeitige Notfallversorgung in Deutschland dadurch gekennzeichnet, dass zu wenig geregelt und zu viel reguliert wird.

Dies beginnt bereits bei den Rettungsdiensten, die bei einem Notfalloffruf sich oft nebeneinander zum Unfallort bewegen. Die kommunalen Lizenzverfahren für die verschiedenen Rettungsdienste sollten stärker die übrigen Beteiligten, nämlich die Krankenhäuser und KVen sowie die Krankenkassen in das Verfahren miteinbeziehen. Dadurch erfolgt von vornherein ein stärkerer integrativer Ansatz. Die Lizenzvergabe selbst muss für begrenzte Zeiträume nach Regeln der öffentlichen Ausschreibung erfolgen. Alle Unternehmen, welche die erforderliche Qualität nachweisen, müssen die gleichen Chancen im Ausschreibungsprozess haben. So lassen sich wettbewerbliche Effizienz mit Versorgungssicherheit auf kommunaler Ebene verbinden.

Der heute verdeckt stattfindende Wettbewerb der Krankenhäuser um Notfallpatienten, bedarf ebenfalls klarer wettbewerblicher Regeln, aber keiner staatlichen Regulierung! Dies trifft weniger intensiv auf die vertragsärztliche Versorgung zu, da die aufkommende Knappheit an Ärzten und die weniger attraktive Vergütung hier wenige Wettbewerbsimpulse auslöst. Doch wollen wir weiter unten zeigen, dass dies zwar für die konventionelle, nicht aber für die sich rasch entwickelnde digitale Versorgung zutrifft.

Für die Krankenhäuser muss der Grundsatz gelten, wer die qualitativen Bedingungen erfüllen kann, darf auch Notfallversorgung anbieten. Hierzu sind die technischen und personellen Voraussetzungen und die zu erbringenden Leistungen zu differenzieren und spezialisieren, bezogen auf die ambulante Notfallversorgung. Die bestehenden Vorgaben für die stationäre Notfallversorgung wären entsprechend abzustimmen.

Die zu bildenden ambulanten Notfall-Leistungsgruppen wären gleich zu vergüten, unabhängig davon wer diese erbringt. Den Krankenkassen wird das Recht zu selektiven Verträgen mit einzelnen Leistungserbringern oder Gruppen von diesen eingeräumt, so dass die einheitliche Vergütung entsprechend ausdifferenziert werden könnte. In diese Selektivverträge der Krankenkassen können auch regionale Ärztenetze oder Medizinische Versorgungszentren sowie einzelne Arztpraxen eingebunden werden.

Es tut dem Wettbewerb keinen Abbruch, wenn die KVen einzelne Krankenhäuser zu präferierten Vertragspartnern wählen, an denen sie Bereitschaftspraxen einrichten wollen.

Alle diese vertraglichen Vereinbarungen, so auch die Selektiverträge der Krankenkassen, können vorsehen, dass Patienten nur dann einen kostenfreien Zugang zu einer Krankenhausambulanz erhalten, wenn sie vorher über eine telefonische Triage abklären ließen, dass das Aufsuchen einer Klinikambulanz zweckmäßig und wirtschaftlich ist.

Solange den Patienten keine monopolisierte Versorgungsstruktur vorgegeben wird, sondern die Patienten Wahlmöglichkeiten haben, auch wenn diese regional begrenzt sind, bleibt der Effizienzdruck des Wettbewerbs erhalten, den ein monopolisiertes Versorgungssystem nicht kennt und nicht zulässt. Konkurrenz kann aber in einer mobilen, transparenten, digitalisierten und freien Gesellschaft nicht ausgeschlossen werden.

#### 4.2 Preisliche Steuerung statt administrativer Regulierung

Voraussetzung für eine preisliche Steuerung ist es, dass die Leistungen erst einheitlich definiert und dann im Wettbewerb mit Preisen bewertet werden. Eine einheitliche Leistungsdefinition muss keine einheitlichen Preise zur Folge haben. In einem Wettbewerbsprozess werden physisch gleiche Leistungen in aller Regel mit unterschiedlichen Preisen gehandelt, weil z.B. persönliche Präferenzen, aber auch die Servicequalität und Leistungsqualität von den Patienten unterschiedlich bewertet werden.

Vor diesem Hintergrund sollte auch den Notfalleinrichtungen, insbesondere den Kliniken die Möglichkeit eingeräumt werden, für bestimmte, nicht notwendige medizinische Leistungen eine zusätzliche Vergütung zu verlangen. So sollte es möglich werden, dass Patienten, die ohne objektiven Befund die Notfallversorgung aufsuchen, einen bestimmten Anteil der ausgelösten Kosten direkt zu übernehmen haben. Mehrerlöse verbleiben bei den Leistungserbringern.

Mit einer begrenzten Autonomie für Notfalleinrichtungen zur Preisfestsetzung können einzelne Krankenhäuser auch direkt Patientenströme lenken. Aufgabe einer Aufsichtsbehörde wäre dabei sicherzustellen, dass einerseits immer die Versorgung gewährleistet bleibt und andererseits kein Machtmissbrauch aufgrund einer regionalen Monopolstellung erfolgt.

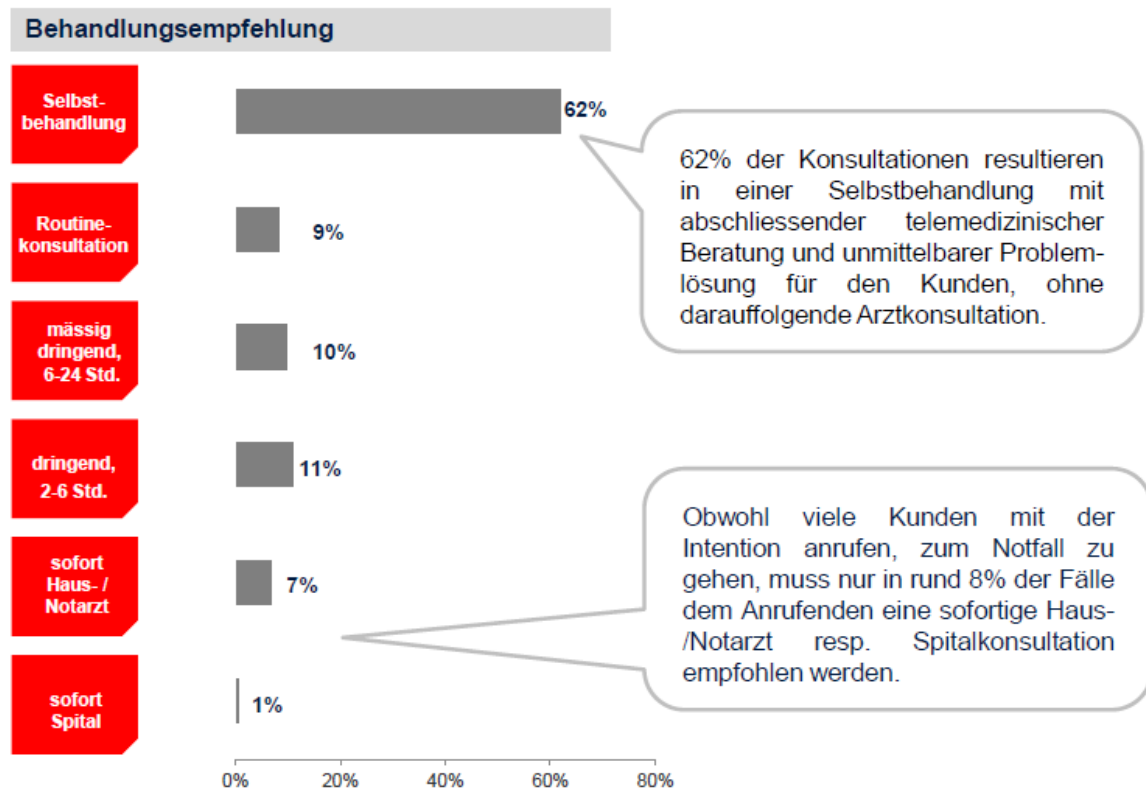
#### 4.3 Öffnung der Notfallversorgung für Außenseiter

Wirksamer Wettbewerb kennt sowohl Austritt als auch Eintritt in den Markt. Derzeit ist vor allen Dingen der Eintritt in die Versorgung erschwert bzw. unmöglich gemacht. Für die Notfallversorgung bieten im Ausland schon heute medizinisch orientierte Unternehmen ärztliche Konsultation als telemedizinische Dienstleistung für Patienten an, die die Bedingungen für eine Triage und erste Notfallversorgung erfüllen!

Erfahrungen aus der Schweiz zeigen, dass ein Großteil der Anrufenden nach der telemedizinischen Konsultation eine Selbstbehandlung übernehmen und nur in acht Prozent der Anrufe muss eine sofortige Notarzt- bzw. Spitalkonsultation empfohlen werden. In der

nachfolgenden Abbildung 5 geben wir die Ergebnisse des schweizerischen Unternehmens Medi24 wieder.

Abbildung 5: Telemedizinische Beratung zur Selbstbehandlung: Ergebnisse aus der Schweiz (Medi24)



Quelle: Egli, A. (2017) S. 19

Mittlerweile wird auch in Deutschland der Weg für eine ähnliche telemedizinische Konsultation frei geräumt. So hat z.B. die Landesärztekammer in Baden Württemberg einem privaten Telemedizin- Unternehmen erlaubt, eine telemedizinische Konsultation, wenn auch eingeschränkt für Privatpatienten, durchzuführen (vgl. Fabian, M. 2017 S. 6). Die Chancen, die sich daraus für eine Reorganisation der Notfallversorgung ergeben, sind bislang noch nicht in den Fokus gerückt.

Unterstützung für eine telemedizinische Notfallversorgung kann auch eine elektronische Patientenakte geben, auf der die Notfall relevanten Daten in einem eigenen Segment gespeichert sind. Erlaubt der Patient dem beratenden Arzt den Zugriff, kann dieser datengestützt, qualifiziert helfen. Schon heute wäre ein großer Teil der Bevölkerung bereit, entsprechende Notfalldaten, elektronisch gespeichert, vorhalten zu lassen. Auch hier steht das System der Gemeinsamen Selbstverwaltung, ähnlich wie bei der elektronischen Gesundheitskarte sich selbst im Wege.

#### 4.4 Laienhilfe bei Notfällen intensivieren und integrieren

Laienhilfe kann in vielen akuten Notfällen lebensrettend sein. In der Regel befinden sich in Notfällen eher Laien in der Nähe des Patienten als Ärzte oder gar Krankenhäuser. Von daher ist frühe Erste Hilfe durch Laien ein nicht ersetzbarer, wichtiger Teil einer jeden Notfallversorgung. Nach Angaben des Deutschen Rates für Wiederbelebung leiten Laien nur in etwa 30 Prozent der Fälle eine Wiederbelebung ein. 10.000 Leben könnten jedes Jahr gerettet werden, wenn sofort mit einer Herzdruckmassage begonnen würde.

Zur Stärkung der Laienhilfe ist zum einen das Wissen und die Fähigkeit der Bevölkerung zur Ersten Hilfe zu fördern und zum zweiten die Hilfsbereitschaft im Notfall durch ökonomische Anreize zu unterstützen. Um das Wissen und die Fähigkeiten zur Ersten Hilfe voranzubringen sind sämtliche Ausbildungs- und Bildungseinrichtungen vom Kindergarten bis zur Universität, aber auch die Betriebe, Behörden und Verwaltungen, aufgerufen entsprechende Kurse anzubieten. Auch die digitalen Medien können zur Information vor allem von jüngeren Leuten beitragen. So können entsprechende Apps mit programmierten Anwendungsfällen im Alltag gegenwärtig sein und im Notfall schnell Rat geben.

Bei den ökonomischen Anreizen ist zuerst darüber zu informieren, dass entstehende Kosten voll erstattet werden und etwaige persönliche Risiken versichert sind. Darüber hinaus aber ist das Bewusstsein zu schärfen, dass durch eine frühe Laienhilfe in der Gesundheitsversorgung Kosten eingespart werden können. Dies wird auch dadurch transparent, wenn in der professionellen Notfallversorgung Kostenbeteiligungen bekannt sind, weil diese in definierten Fällen verlangt werden. Darüber hinaus ist es überlegenswert, ob die Krankenkassen nicht in definierten Erste Hilfe-Einsätzen den Laien-Helfern, über die bloße Sachkostenerstattung hinaus, eine pauschalierte Zeitkostenerstattung gewähren sollten.

Insgesamt ist eine Notfallversorgung, die dem Laiensystem nicht die entsprechende Aufmerksamkeit widmet und diese nicht in das Versorgungsnetz der professionellen Hilfeinrichtungen einbezieht suboptimal. Eine integrierte Notfallversorgung muss also deutlich weiter gedacht werden, als dies derzeit in Deutschland diskutiert wird.

## **5. Ausblick**

Als Fazit halten wir fest, dass die Notfallversorgung in Deutschland auch in absehbarer Zeit konkurrierende Beziehungen beinhalten wird. Aus diesem Grunde schlagen wir vor, das System nicht durch staatliche Regulierung zu monopolisieren, sondern die vorhandenen wettbewerblichen Ansätze ordnungspolitisch zu regeln und die Effizienz des Wettbewerbs für das System zu nutzen. In das System der Notfallversorgung muss die Erste Hilfe bzw. das Laiensystem als konstitutiver Teil einbezogen werden. Hier weist die derzeitige Diskussion eine empfindliche Lücke auf.

Schließlich müssen die neuen Möglichkeiten, die die Digitalisierung der Medizin sowie der Kommunikationswege bieten, gerade in der Notfallversorgung vorrangig verstärkt genutzt werden. Noch bestehende rechtliche Hindernisse und technologische Lücken, im Vergleich

zum Ausland, sind in dieser Legislaturperiode rasch und intensiv zu beseitigen. Ein wettbewerblich organisiertes System würde diese Mängel aus sich heraus beheben, unser überreguliertes System (Investitionsförderung!) hingegen braucht leider staatliche Hilfe.

## Literaturverzeichnis

Augurzky, B., Beivers, A., Dodt, C. (2017): Handlungsbedarf trotz Krankenhausstrukturgesetz: Elf Thesen zur Reform der Notfallversorgung, in: RWI Positionen, No. 68.

Beivers, A. (2017): Weg mit den Sektoren: Thesen für eine optimierte Notfallversorgung. Vortrag auf dem 16. Europäischen Gesundheitskongress 2017, München.

Berchet, C. (2015): Emergency Care Services: Trends, Drivers and Interventions to Manage the Demand, OECD Health Working Papers, No. 83, OECD Publishing, Paris.

Deutscher Rat für Wiederbelebung. URL: <https://www.grc-org.de/>; aufgerufen am 12.02.2018.

Eggl, A. (2017): Medi24 – Fernberatung in der Schweiz. Vortrag auf dem 16. Europäischen Gesundheitskongress 2017, München.

Fabian, M. (2017): Umgang mit dem Fernbehandlungsverbot in Baden-Württemberg. Vortrag auf dem 16. Europäischen Gesundheitskongress 2017, München.

GKV Spitzenverband (2017): Neustrukturierung der Notfallversorgung. Positionspapier des GKV Spitzenverbandes, Berlin.

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 Deutsche Gesellschaft interdisziplinäre Notfall- und Akutmedizin e. V. (DGINA), Hamburg.

Helmers, V. (2016): Identifikation und Bewertung von Frühindikatoren für ökonomische Risiken eines Krankenhauses und deren Management. Master Thesis, München.

Köster, C., Wrede, S., Herrmann, T., Meyer, S., Willms, G., Broge, B., Szecsenyi, J. (2016): Ambulante Notfallversorgung. Analyse und Handlungsempfehlungen, in: AQUA–Institut für angewandte Qualitätsförderung und Forschung im Gesundheitswesen GmbH (Hrsg.), Göttingen.

Malzahn, J., Slowik, M. (2017): Erste Hilfe für den Notfall, in: Gesundheit und Gesellschaft, Jg. 20, 10/2017.

Marburger Bund, Kassenärztliche Bundesvereinigung (2017): Integrative Notfallversorgung aus ärztlicher Sicht – Konzeptpapier von KBV und Marburger Bund, Berlin, S. 1-5.

Minartz, Ch. (2011): Organisation und Struktur der fachärztlichen Versorgung in Deutschland. Eine gesundheitsökonomische Analyse und Bewertung sowie Ansätze zur Optimierung, Hamburg.

Neubauer, G. (2017): Die Krankenhauslandschaft 2030 in Deutschland, in: Krankenhaus-Report 2017, Berlin, S. 151-165.

Neubauer, G., Minartz, C., Niedermeier, C. (2016): Kritische Analyse des „Gutachtens zur ambulanten Notfallversorgung im Krankenhaus – Fallkostenkalkulation und Strukturanalyse“ der MCK in Kooperation mit der DGINA vom 17.02.2015. Expertise für das Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung (Zi), München.

Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen (2017): Pressemitteilung zum Werkstattgespräch 2017 „Die Zukunft der Notfallversorgung in Deutschland“, Bonn / Berlin, URL: [http://www.svr-gesundheit.de/fileadmin/user\\_upload/2017\\_09\\_07\\_Pressemitteilung\\_SVR\\_Werkstattgesprach.pdf](http://www.svr-gesundheit.de/fileadmin/user_upload/2017_09_07_Pressemitteilung_SVR_Werkstattgesprach.pdf); aufgerufen am 12.02.2018.

Scherer, M., Lühmann, D., Kazek, A., Hansen, H., & Schäfer, I. (2017): Patients Attending Emergency Departments: A Cross-sectional Study of Subjectively Perceived Treatment Urgency and Motivation for Attending, in: Deutsches Ärzteblatt International, 114, S. 645-652.

Schmelz, P. (2017): Notfallversorgung: Pläne der Kassenärztlichen Vereinigung Bayerns. Vortrag auf dem 16. Europäischen Gesundheitskongress 2017, München.

Schöpke, T. (2017): Besserung, keine Heilung, in: führen und wirtschaften im Krankenhaus, Jg. 34 Nr. 5/17, S. 411-413.

Tief, R. (2018): Ambulante Notfallversorgung im Krankenhaus, in: KU Gesundheitsmanagement, 01/2018, S. 38-40.

Wrede, B. (2017): Zwischen Anspruch und Wirklichkeit – Sicherstellung der ambulanten Notfallversorgung. Vortrag auf dem 16. Europäischen Gesundheitskongress 2017, München.

Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung (2016), Auswertung auf Basis der bundesweiten vertragsärztlichen Abrechnungsdaten aus dem Jahr 2015.