

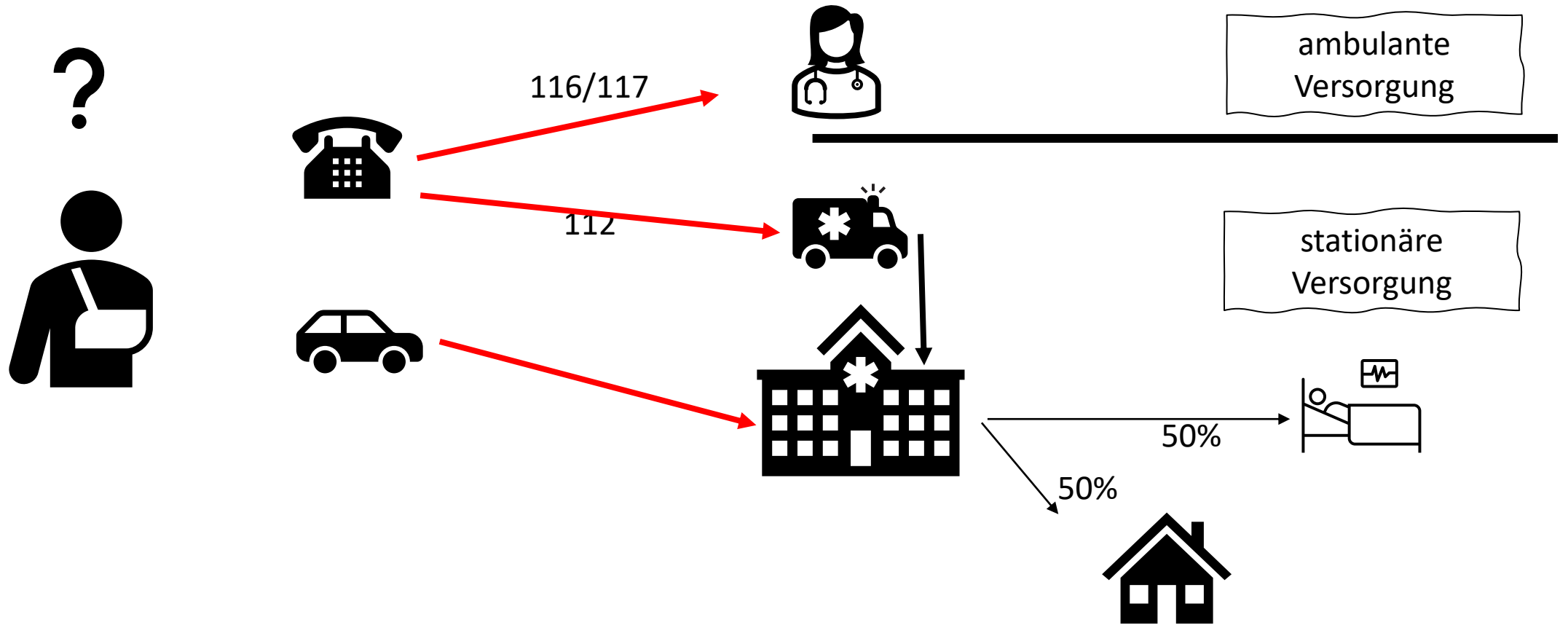
# Im 2. Anlauf: Optionen einer Reform der Notfallversorgung

---

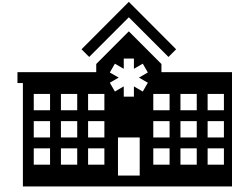
DR. M. GRUHL

04.07. LDÄÄ München

# Notfallversorgung heute: Zugang durch Unkenntnis oder Zufall



# 3 Institutionen – 3 Welten



	<b>Vertragsärztliche Versorgung /KVen</b>	<b>Rettungsdienst</b>	<b>Krankenhaus</b>
Gesetzgeberische Zuständigkeit:	Bund	Innenbehörde des Land/Kommune	Gesundheitsbehörde des Land/BMG-Bund
Rechtliche Grundlagen:	SGB V	Rettungsdienstgesetze	Länder-Krankenhausgesetze
Planung und Sicherstellung:	Selbstverwaltung	Kommune, Kreis	Länder
Rechtsform:	Einzelunternehmen bzw. Körperschaften ö. R. (KV)	Öffentliche Hand Beleihung Ausschreibung	Von Regiebetrieben bis zu privatwirtschaftl. Konzernen
Abrechnungsgrundlagen:	Gesamtvergütung	Gebührenordnung	Notfallpauschalen

# 3 Institutionen – 3 Welten



KV-ÄBD-Zentralen

Ca. 200 Leitstellen

Ca. 1100 Notfallstufen-Krh

**21**  
übergeordnete  
Leitstellen, in  
einigen Ländern  
mit differenzierter  
Substruktur



# 3 Institutionen – 3 Welten



Kein einheitlicher Rechtsrahmen



Fehlende Kommunikation



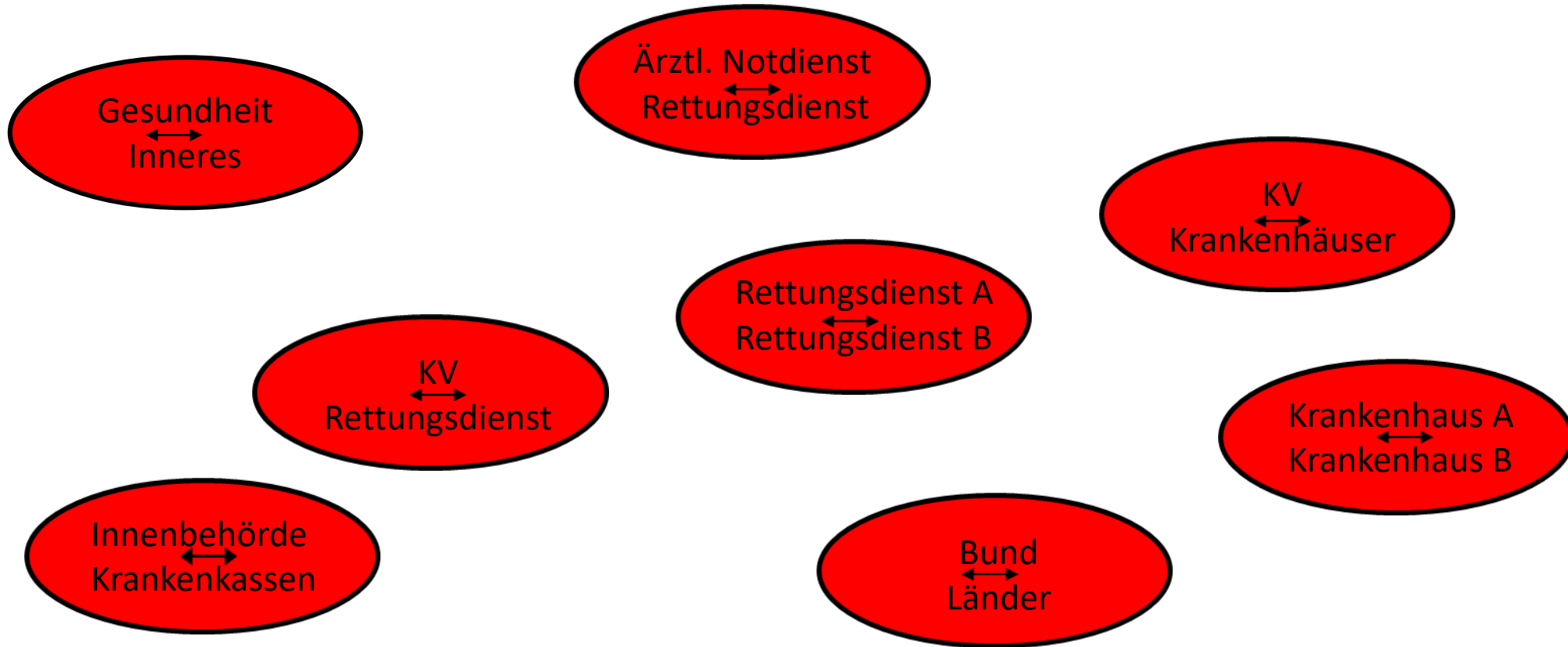
Fehlende Kooperation

Keine gemeinsamen Strukturen

Kein Schnittstellenmanagement

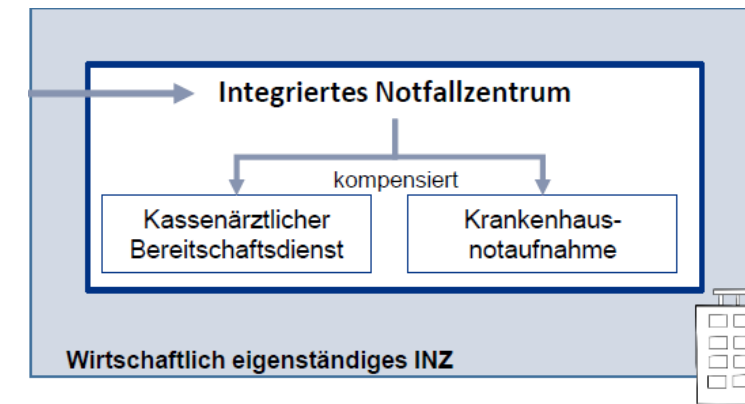
# Konflikte satt:

---



# INZ: Strukturänderungen für die Krankenhäuser

1. Ausgliederung der Notfallambulanz der Krankenhäuser in selbständigen INZs
2. Zahl der Notfallkrankenhäuser für INZ-Konzept zu hoch



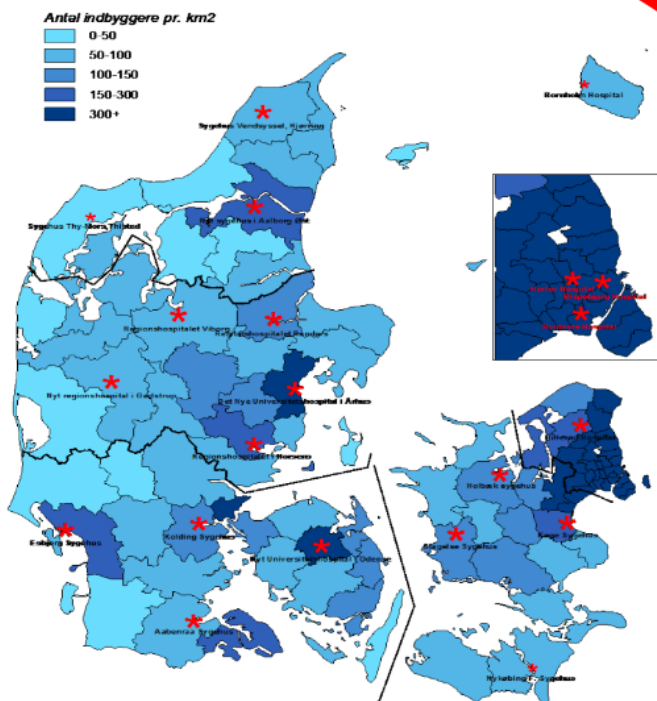
# Beispiel Dänemark

## Dänemark: Konzentration der Notfallversorgung



56 KH mit Notaufnahme (2000) → 22 mit Notaufnahme (2015)\*  
→ 1 Krankenhaus pro 255.000 Einw.

Figur 1.1. Kort over de 21 akutsygehuse i 2020



\* Tagsüber stehen an 26 Kh. auch „nurse-led clinics“ zur Verfügung

Bevölkerungsdichte:  
Dänemark: 133 / km<sup>2</sup>  
Deutschland: 232 / km<sup>2</sup>

Für D würde das bedeuten:  
318 Krankenhäuser mit  
Notaufnahme

24/7 Verfügbarkeit :

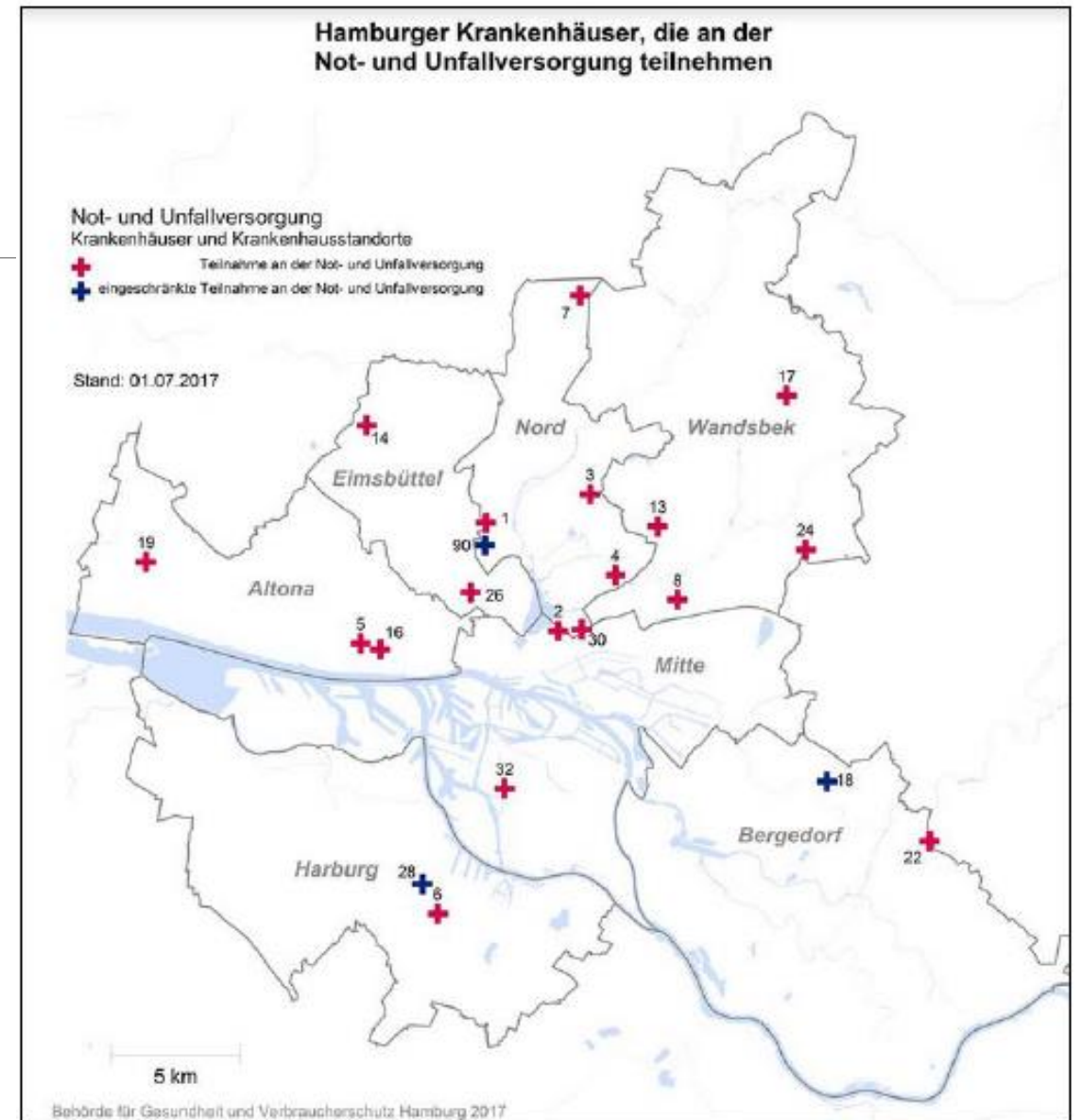
- Fachärzte (u.a. Kardiologie, Allgemein Chirurgie, Unfallchirurgie, Anästhesie/ Intensivmedizin)
- CT, MRT, Labor
- Betten, um Patienten bis zu 48h aufzunehmen (dann Entlassung oder Verlegung auf „normale“ Stationen)

Maßzahl Dänemark  
1: 250.000 E=  
320 Notfallkliniken in DE =  
Reduktion um 2/3



# Beispiel HH

- 21 Häuser mit Notfallversorgung heute
- 7 Häuser der umfassenden Notfallversorgung
- Bei Maßzahl 1:250.000 E fallen 14 Krankenhäuser aus der Notfallzuführung raus

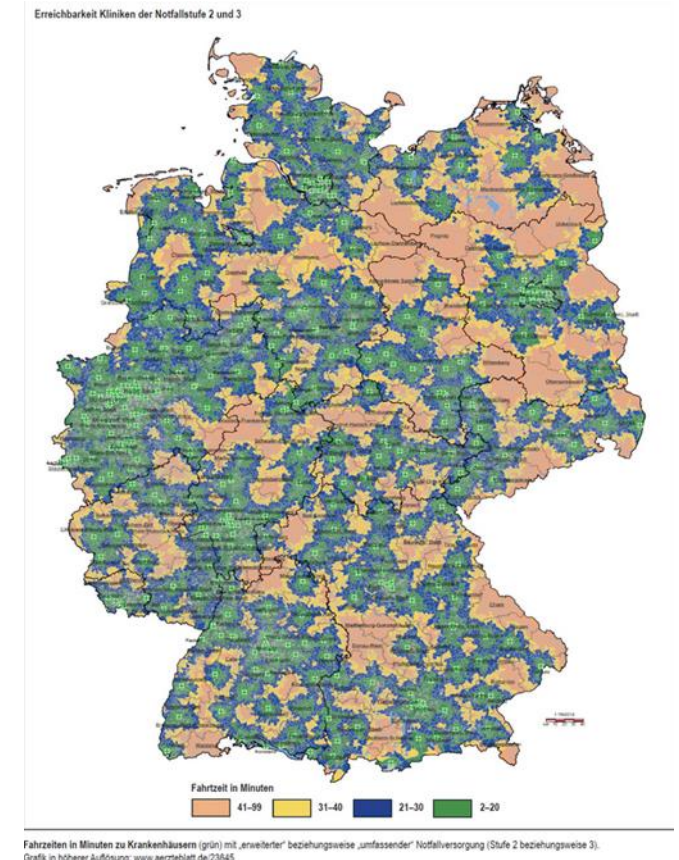
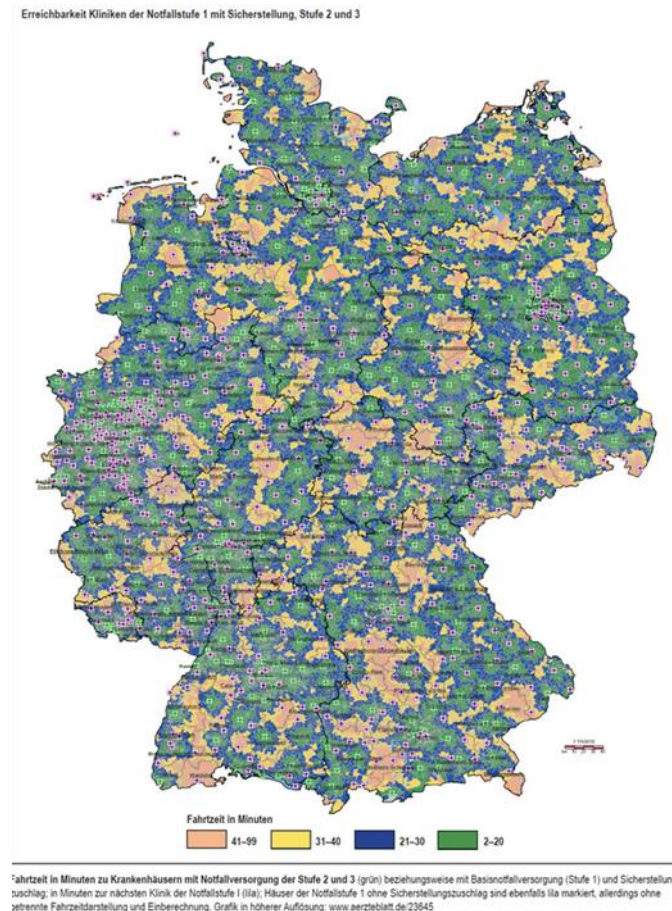


# Stationäre Notfallversorgung – Erreichbarkeit heute:

Von 1673 Krankenhäusern besitzen  
1071 eine Notfallstufe,

## Zeitkritischer Notfall:

- Schlaganfall
- Kreislaufstillstand
- St-Hebungsinfarkt
- Sepsis
- Schädel-Hirn-Trauma
- Polytrauma
- Placenta praevia



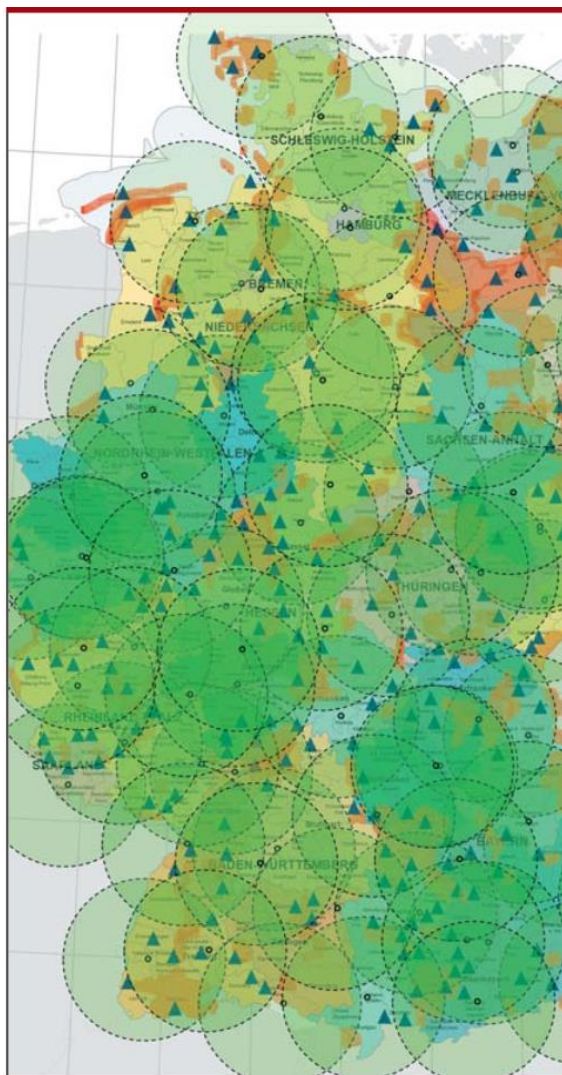


# Luftrettung

Sonnenaufgang bis Untergang

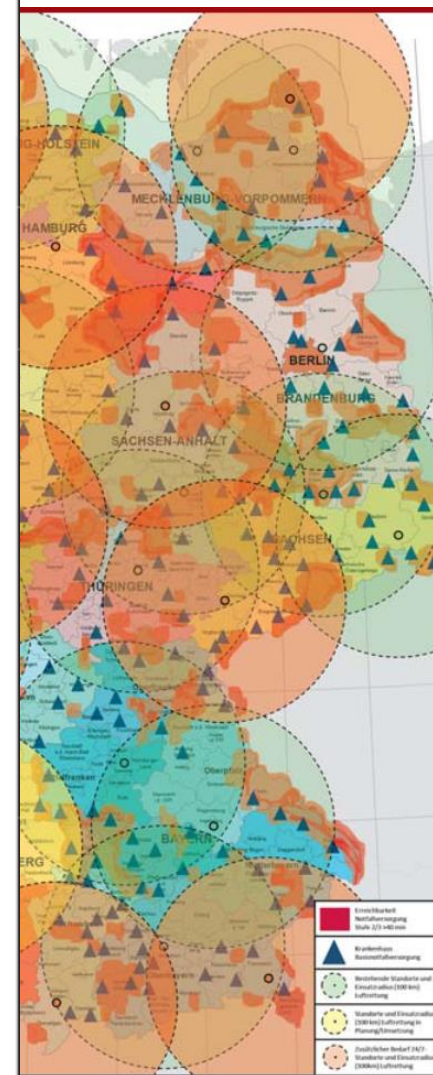
24/7 heute

24/7 in Planung und Bedarf



## Liste der Standorte in Planung und des zusätzlichen Ausbaubedarfs zur flächendeckenden Verfügbarkeit von 24/7-Luftrettung

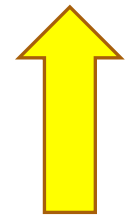
Name	Betreiber	Standort	Status
Christoph 7	ZSH (BMI)	Kassel	Zusätzlicher 24/7-Bedarf
Christoph 14	ZSH (BMI)	Traunstein	Zusätzlicher 24/7-Bedarf
Christoph 17	ZSH (BMI)	Kempten (Allgäu)	Zusätzlicher 24/7-Bedarf
Christoph 36	DRF	Magdeburg	Zusätzlicher 24/7-Bedarf
Christoph 46	ADAC	Zwickau	Zusätzlicher 24/7-Bedarf
Christoph 51	DRF	Stuttgart/ Ludwigsburg	24/7 in Planung
Christoph 66	ADAC	Imsweiler	Zusätzlicher 24/7-Bedarf
Christoph Dortmund	DRF	Dortmund	24/7 in Planung
Christoph Hansa	ADAC	Hamburg	Zusätzlicher 24/7-Bedarf
Christoph Rheinland	ADAC	Köln	24/7 in Planung
Northern Rescue 01	NHC	St. Peter-Ording	Zusätzlicher 24/7-Bedarf
Northern Rescue 02	NHC	Dreschwitz-Güttin	Zusätzlicher 24/7-Bedarf



Für die Notfallversorgung ist die  
Erstversorgung durch einen kompetenten  
Rettungsdienst wichtiger als die  
Transportdauer zum (geeigneten)  
Krankenhaus  
(vorverlagerte Krankenhausbehandlung)

# Notfallversorgung = Achillesferse der Krankenhausfinanzierung

Gegenstand der Nachweisung	Jahr (absteigend)							
	⊕ 2005 ▲▼	⊕ 2010 ▲▼	2015 ▲▼	2016 ▲▼	2017 ▲▼	2018 ▲▼	2019 ▲▼	2020 ▲▼
Krankenhäuser mit vollstationären Krankenhausleistungen im DRG-Entgeltbereich <small>Info</small>	1.725	1.618	1.514	1.496	1.477	1.459	1.443	1.429
<b>Aufnahmearlass</b> <small>Info</small>								
Einweisung durch einen Arzt	9.600.751	9.274.072	8.923.272	8.936.193	8.834.205	8.700.306	8.694.414	7.389.650
Notfall	5.420.277	6.844.022	8.395.822	8.608.710	8.649.277	8.650.121	8.745.168	7.699.694



- **Notfälle steigen auf über 50 % der Krankenhausaufnahmen, nehmen aber ab**
- **bei deutlich abnehmender Zahl elektiver Einweisungen und**
- **insgesamt abnehmender Fallzahl seit 2017**

Notfälle sichern das finanzielle Überleben der Krankenhäuser

# Veränderungsdruck

---

Bei insgesamt abnehmender Fallzahl, bei Abnahme der elektiven Aufnahmen sind die Krankenhäuser ohne ein INZ einem hohen ökonomischen Veränderungsdruck ausgesetzt

# MDK- Bericht 2021 zu Qualitätskontrollen

Präzisierte Kontrollgegenstände: Notfallstrukturen	Kontrollen Gesamt	Ergebnis der Kontrollen in %			
		Anforderungen erfüllt	Anforderungen nicht erfüllt	Keine Beurteilung (Keine Mithinwirkung)	Keine Beurteilung aus anderen Gründen (Andere Gründe)
Stufe 1 Basisnotfallversorgung	119	52,9%	44,5%	0,0%	2,5%
Stufe 2 Erweiterte Notfallversorgung	41	46,3%	48,8%	0,0%	4,9%
Stufe 3 Umfassende Notfallversorgung	31	80,6%	12,9%	0,0%	6,5%
Modul Schwerverletztenversorgung	3	66,7%	33,3%	0,0%	0,0%
Modul Notfallversorgung Kinder	45	62,2%	33,3%	0,0%	4,4%
Modul Spezialversorgung	13	92,3%	7,7%	0,0%	0,0%
Modul Schlaganfallversorgung	8	100,0%	0,0%	0,0%	0,0%
Modul Durchblutungsstörungen am Herzen	4	0,0%	100,0%	0,0%	0,0%
<b>Gesamt</b>	<b>264</b>	<b>59,5%</b>	<b>37,1%</b>	<b>0,0%</b>	<b>3,4%</b>

Tabelle 1: Gestuftes System von Notfallstrukturen in Krankenhäusern - Kontrollergebnisse 2021



# Historie der gesetzlichen Reformversuche I



## 1. Gesetzentwurf zur Reform der Notfallversorgung (Juli 2019)

1. Grundgesetzänderung – Integration des Rettungsdienst in das SGB V
2. Gemeinsame Notfalleitstellen von KV und Kommunen (Integration von 112 und 116/117)
3. Teilung der Kosten des Rettungsdienstes zwischen den Kassen (Transportleistungen) und der öffentlichen Hand (Vorhaltekosten)
4. Integrierte Notfallzentren an ausgewählten Krankenhäusern (INZ)
5. Auswahl und Verantwortung für Sicherstellung durch Länder

Bearbeitungsstand: 12.07.2019 16:17 Uhr

**Nicht mit der Hausleitung abgestimmt**

**Diskussionsentwurf**

**des Bundesministeriums für Gesundheit**

**Entwurf eines Gesetzes zur Reform der Notfallversorgung**

### **A. Problem und Ziel**

Die bestmögliche Versorgung von Menschen in medizinischen Notfällen gehört zu den zentralen Aufgaben des Gesundheitswesens. Deutschland verfügt über umfassend ausgebaute Systeme der Notfallversorgung in ambulanten und stationären Einrichtungen sowie über ein ebenfalls gut etabliertes Rettungswesen. Diese drei Versorgungsbereiche unterliegen jeweils unterschiedlichen Gesetzmäßigkeiten und Ordnungsprinzipien betreffend ihre Planung, Finanzierung und Leistungserbringung.

Die ambulante ärztliche Notfallversorgung gesetzlich Krankenkversicherter ist, sofern nicht eine notärztliche Versorgung im Rahmen des Rettungsdienstes erforderlich ist, nach geltendem Recht die Aufgabe der vertragsärztlichen Leistungserbringer. Die Kassenärztlichen Vereinigungen haben dies durch eine differenzierte Versorgungsstruktur, insbesondere



# Historie der gesetzlichen Reformversuche II:



## 2. Gesetzentwurf zur Reform der Notfallversorgung (Januar 2020)

1. Rettungsdienstliche Leistungen ins SGB V (ohne GG-Änd.)
2. Finanzieller Anreiz zur Zusammenführung Notfallleitstellen von KV und Kommunen (Integration von 112 und 116/117)
3. Teilung der Kosten des Rettungsdienstes zwischen den Kassen (Transportleistungen) und der öffentlichen Hand (Vorhaltekosten)
4. Integrierte Notfallzentren an ausgewählten Krankenhäusern (INZ) unter Leitung der KV
5. Entscheidung über INZ-Standorte im Erweiterten Landesausschuss

Bearbeitungsstand: 08.01.2020 11:28 Uhr

### Referentenentwurf

des Bundesministeriums für Gesundheit

### Entwurf eines Gesetzes zur Reform der Notfallversorgung

#### A. Problem und Ziel

Die bestmögliche Versorgung von Menschen in medizinischen Notfällen gehört zu den zentralen Aufgaben des Gesundheitswesens. Deutschland verfügt über umfassend ausgebaute Systeme der Notfallversorgung in ambulanten und stationären Einrichtungen sowie über ein ebenfalls gut etabliertes Rettungswesen. Diese drei Versorgungsbereiche unterliegen jeweils unterschiedlichen Gesetzmäßigkeiten und Ordnungsprinzipien hinsichtlich ihrer Planung, Leistungserbringung und Finanzierung.

Die ambulante ärztliche Notfallversorgung gesetzlich Krankensicherter ist, sofern nicht eine notärztliche Versorgung im Rahmen des Rettungsdienstes erforderlich ist, nach geltendem Recht die Aufgabe der vertragsärztlichen Leistungserbringer. Durch den Ausbau des vertragsärztlichen Bereitschaftsdienstes, die Einrichtung einer bundesweiten Notdienstnummer sowie Kooperationen mit Krankenhäusern haben die Kassenärztlichen Vereinigungen ihre Notdienstversorgung in den letzten Jahren weiterentwickelt und insbesondere durch Einrichtung von sogenannten Portalpraxen eine bessere Koordination von ambulanten und stationären Versorgungsstrukturen erreicht. Auch durch Terminservicestellen mit der nun jederzeit erreichbaren Rufnummer 116 117 erhalten Patientinnen und Patienten schnellere Hilfe und Orientierung. Um an diese Entwicklung anzuknüpfen und der hohen Inanspruchnahme von Notfallambulanzen der Krankenhäuser auch bei leichteren Erkrankungen und Verletzungen entgegenzuwirken, muss das System so weiterentwickelt wer-

# Koalitionsvertrag 2021-2025



Die Notfallversorgung soll in **integrierten Notfallzentren** in enger Zusammenarbeit zwischen den kassenärztlichen Vereinigungen (KV) und den Krankenhäusern (KH) erfolgen.

Wir räumen **den KVen die Option ein, die ambulante Notfallversorgung dort selbst sicherzustellen** oder diese Verantwortung in Absprache mit dem Land ganz oder teilweise auf die Betreiber zu übertragen.

Durch eine **Verschränkung der Rettungsleitstellen mit den KV-Leitstellen und standardisierten Einschätzungssystemen** (telefonisch, telemedizinisch oder vor Ort) erreichen wir eine bedarfsgerechtere Steuerung. Wir nehmen das Rettungswesen als integrierten **Leistungsbereich** in das SGB V auf....

**Kurzfristig** sorgen wir für eine bedarfsgerechte auskömmliche Finanzierung für die Pädiatrie, **Notfallversorgung** und Geburtshilfe.

Neuer Versuch  
eines  
ausgleichenden  
Regelungen unter  
Wahrung  
wesentlicher  
Kernkompetenzen!

Alternative der Bertelsmann Stiftung:  
gemeinsame Konsenssuche unter  
hochrangigen ExpertInnen aller  
beteiligten Institutionen im  
geschützten Raum



BMG,  
Rettungsdienst,  
DKG,  
Gesundheits-  
ministerien und  
Innenministerien  
der Länder,  
Krankenkassen,  
KV

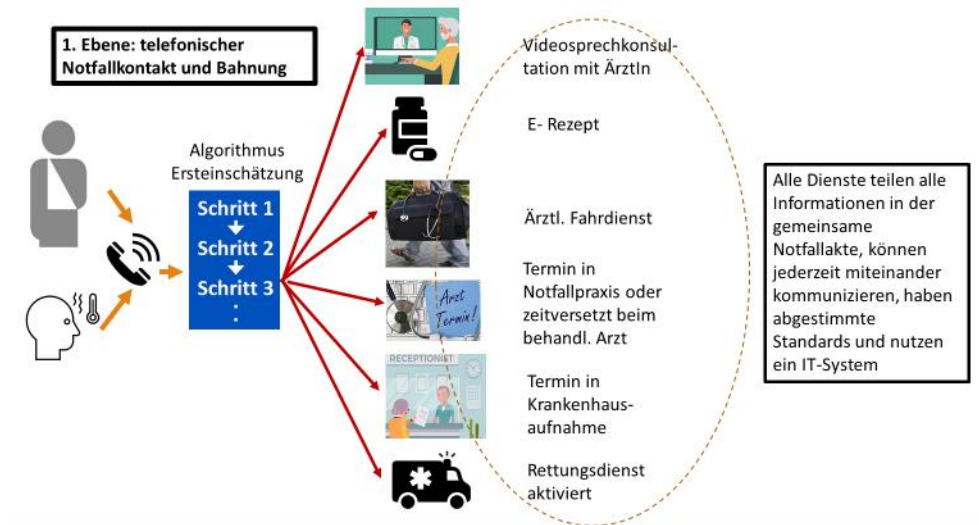
# Mangelnde Kommunikationsmöglichkeit RD/KV

## Problem:

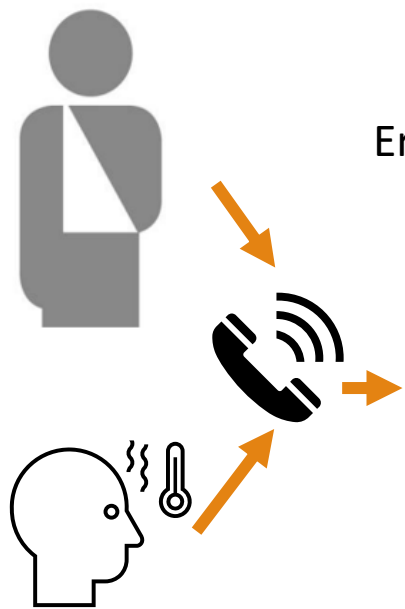
- Kein etabliertes Gremium zwischen Rettungsdiensten und Kven
- Keine Verbindlichkeit von Absprachen
- Keine einheitlichen Standards

## Lösungsvorschlag:

Auf bundesgesetzlicher Grundlage wird ein „Fachkundiges Gremium“ benannt, das Aufträge für Verfahrensabstimmung, digitale Plattformen oder Standards erhält. Die Umsetzung wird finanziell gefördert.



# 1. Ebene: telefonischer Notfallkontakt und Bahnung



Algorithmus  
Ersteinschätzung



Videosprechkonsultation mit ÄrztIn



E- Rezept



Ärztl. Fahrdienst



Termin in  
Notfallpraxis oder  
zeitversetzt beim  
behandl. Arzt



Termin in  
Krankenhaus-  
aufnahme



Rettungsdienst  
aktiviert

Alle Dienste teilen alle Informationen in der gemeinsame Notfallakte, können jederzeit miteinander kommunizieren, haben abgestimmte Standards und nutzen ein IT-System

# Gemeinsame digitale Notfallakte

---

Alle Dienste teilen alle Informationen in der gemeinsame Notfallakte, können jederzeit miteinander kommunizieren, haben abgestimmte Standards und nutzen ein IT-System





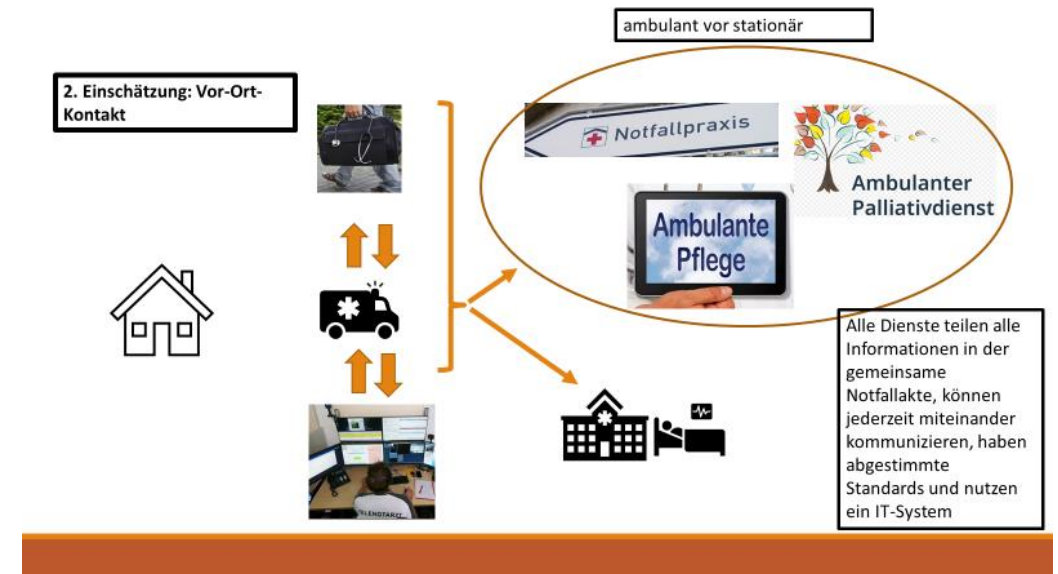
# Ambulant vor stationär: Mehr Möglichkeiten

## Problem:

- Keine Angebote für häufige Fallkonstellationen vor Ort
- Automatismus: RD → Krankenhaus

## Lösung:

**Ambulante Angebote ertüchtigen:** z.B. Aufbau von Notpflegeteams und Palliativteams, um häusliche Behandlung statt Krankenhauseinweisung zu ermöglichen



**2. Einschätzung: Vor-Ort-Kontakt**

ambulant vor stationär

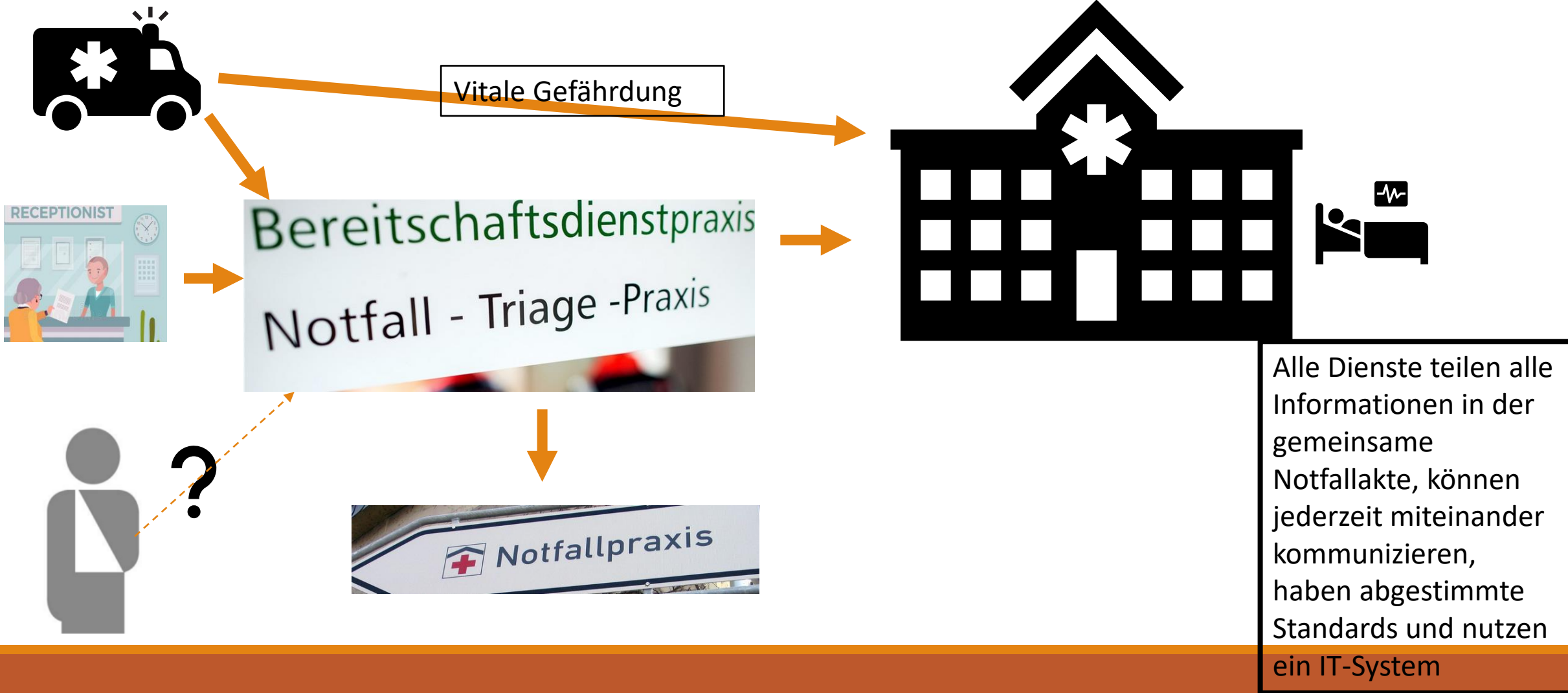


Alle Dienste teilen alle Informationen in der gemeinsame Notfallakte, können jederzeit miteinander kommunizieren, haben abgestimmte Standards und nutzen ein IT-System





**3. Einschätzung vor Aufnahme im Krankenhaus: „Tresen“**



Vitale Gefährdung

Bereitschaftsdienstpraxis  
Notfall - Triage - Praxis

Notfallpraxis

Alle Dienste teilen alle Informationen in der gemeinsame Notfallakte, können jederzeit miteinander kommunizieren, haben abgestimmte Standards und nutzen ein IT-System

# Neu: geregelte Kommunikation und Kooperation, zusätzliche ambulante Behandlungsoptionen und klares Schnittstellenmanagement

---

**Kommunikation:** Auf bundesgesetzlicher Grundlage wird ein „Fachkundiges Gremium“ benannt, das Aufträge für Verfahrensabstimmung, digitale Plattformen oder Standards erhält. Die Umsetzung wird finanziell gefördert.

**Digitale Kooperation:** Alle Informationen sind allen Beteiligten jederzeit zugänglich, Rat und Unterstützung kann online eingeholt werden

**Mehr Möglichkeiten vor Ort zum Verbleib im ambulanten Bereich:** z.B. Aufbau von Notpflegeteams und Palliativteams, um häusliche Behandlung statt Krankenseinweisung zu ermöglichen

**Krankenseinweisung nur nach Einweisung:** Vorstationäre Einschätzung (außer bei vitaler Gefährdung) in Verantwortung der Vertragsärzteschaft

# ...heißt im Umkehrschluss...

---

- Keine Ausgliederungen der ZNAs in eigenständige INZs
- INZ-Standorte werden nicht durch Selbstverwaltung, sondern durch die Krankenhausplanung auf Grundlage der Empfehlungen des GBA festgelegt
- Kein Zwang zur gemeinsamen Leitstelle zwischen KV und RD, sondern Finanzierung bei Nutzung einheitlicher Standards

# Kurz- und Langfassung der Expertise unter

[www. bertelsmann-stiftung.de/neuordnung-notfallversorgung](http://www.bertelsmann-stiftung.de/neuordnung-notfallversorgung)



## Neuordnung der Notfallversorgung

Ergebnisse eines Panels von Expertinnen und Experten zur Entwicklung einer umsetzbaren Reform



## Kurzfassung

### Eine umsetzbare Reform der Notfallversorgung

Nach zwei gescheiterten Gesetzesentwürfen hat die Bertelsmann Stiftung Expertinnen und Experten aus den maßgeblich an der Notfallversorgung beteiligten Organisationen und Institutionen gebeten, gemeinsam einen abgestimmten, bedarfsorientierten Lösungsvorschlag zu entwickeln.

#### Die Ausgangslage

Eine Reform der Notfallversorgung in Deutschland ist dringend geboten. Durch das Gutachten des Sachverständigenrates aus dem Jahr 2018 sind die Qualitäts-, Zeit- und Kostenverluste an den Schnittstellen zwischen den beteiligten Diensten (Rettungsdienst, Ärztlicher Bereitschaftsdienst, Notaufnahmen der Kliniken) belegt, die, vor allem aus Gründen der Patientensicherheit und Versorgungseffizienz, nicht länger vertretbar sind. So führen Fehlallokationen von rund 30 Prozent und mehr der Patientinnen und Patienten zum Beispiel zu einer unnötigen Belastung der Kapazitäten in zum Teil hochspezialisierten Krankenhäusern.

Die Koalitionsverträge 2018 und 2021 greifen diesen Reformbedarf dezidiert auf. Zwei Gesetzesentwürfe des Bundesministeriums für Ge-

sundheit aus den Jahren 2019 und 2020 sind allerdings nach Gesprächen mit den Ländern und Leistungserbringern gescheitert. Insbesondere die Vorstellung, die Zuständigkeiten in der Notfallversorgung im SGB V zusammenzuführen und einen eigenständigen Notfallversorgungsbereich neu aufzustellen, berücksichtigte nur unzureichend die sehr unterschiedlichen rechtlichen Gegebenheiten – sonstige kommunale und innenbehördliche Kompetenzen sind hier ebenso betroffen wie grundlegende Strukturen in der Krankenhausversorgung.

Die unterschiedlichen Interessenlagen der Beteiligten konnten im Vorfeld nicht hinreichend geklärt werden. Das ist nicht zuletzt dem Faktum geschuldet, dass eine geeignete Kommunikationsplattform der beteiligten Institutionen (der kommunalen Rettungsdienste, der Innenbehör-

# Stellungnahme der Reformkommission (2/23)

---

Gute Mängelanalyse (Wdh.)

Integrierte Leitstellen (digital)

Ausbau der vorstationären Behandlungsmöglichkeiten

INZ-Konzept (Krankenhauszentriert)

Obflächlich, Konflikte nicht aufgelöst, Rettungsdienst wird ausgeklammert (später!)

Kaum Resonanz

In B-L-Gruppe vorgestellt

Vierte Stellungnahme und Empfehlung  
der Regierungskommission für eine moderne  
und bedarfsgerechte Krankenhausversorgung

Reform der Notfall- und Akut-  
versorgung in Deutschland  
*Integrierte Notfallzentren und  
Integrierte Leitstellen*



# Aktueller Stand:

## Reform der NFV und Krankenhausreform müssen zusammengehen,...

---

... aber:

- Die Notfallreform ist noch schwieriger umzusetzen als die Krankenhausreform - (wg. der Vielzahl der Beteiligten: Gesundheitsministerien, Innenministerien, Kommunen, KVen, Krankenhäuser, Rettungsdienste, Wohlfahrtsverbände u.a.)
- Für zusätzliche finanzielle Anreize gibt es zurzeit keinen Spielraum.
- Die Länder wollten die NFV erst nach der Krankenhausreform diskutieren, beteiligen sich aber seit Juni an einer neuen B-L-AG
- Der Bericht der Reformkommission zum RD steht noch aus
- Es ist unklar, ob nach der Krankenhausreform die Kraft und der Wille zur Reform der NFV politisch gegeben ist

Fazit: Bis heute keine klaren Lösungsperspektiven





Neues erfordert  
Mut und  
Ausdauer.

Elbphilharmonie Hamburg: Bauzeit 16 Jahre, Kosten von 80 auf 800 Mio. €