

Berlin, 14.11.2019

Positionspapier der DGINA e.V. zur Neuordnung der Notfallversorgung

Die DGINA begrüßt eine sektorenunabhängige Notfallversorgung

Die Notaufnahmen der Krankenhäuser in Deutschland ermöglichen eine qualitativ hochwertige Notfallmedizin rund um die Uhr und tragen in erheblichem Umfang zur Sicherstellung der Notfallversorgung bei. Diese Rolle wird durch die derzeitigen gesetzlichen Rahmenbedingungen nicht abgebildet, da die Notfallversorgung im Sozialgesetzbuch V in einen ambulanten und stationären Sektor aufgeteilt ist. Die DGINA begrüßt daher den Ansatz einer sektorenunabhängigen Notfallversorgung, wie sie im Diskussionsentwurf des Bundesministeriums für Gesundheit (BMG) skizziert wurde.

Patienten müssen einen niedrighschwelligen Zugang zur Notfallversorgung haben

Viele Patienten suchen die Notaufnahmen auf, weil die hausärztliche und fachärztliche Versorgung im niedergelassenen Sektor nicht zeitnah bei akuten Beschwerden zur Verfügung steht. Ein Angebot der KV an die Patienten, eine kompetente telefonische Beratungs- und Vermittlungsstelle für akute Beschwerden bereit zu halten, ist daher dringend notwendig. Dies wurde bereits mit dem Terminservice- und Versorgungsgesetz initiiert und der aktuelle Diskussionsentwurf des BMG richtet den Fokus auf die Zusammenarbeit mit den rettungsdienstlichen Leitstellen im Rahmen von sog. „Gemeinsamen Notfalleitstellen“. Ob dieses Angebot tatsächlich Akzeptanz bei der Bevölkerung findet und die Inanspruchnahme der Notaufnahmen reduziert, ist von dem Mehrwert für die Patienten abhängig. Das heißt, die Patienten müssen konkrete Termine innerhalb von 24 Stunden in gut erreichbaren Praxen vermittelt bekommen. Dieses Vermittlungsangebot muss allgemein bekannt gemacht und beworben werden und eine gute, kontrollierte Servicequalität bieten, damit es umfassend genutzt wird. Den Patienten eine „Ausnutzung des Gesundheitssystems“ zu unterstellen, wie es immer wieder in öffentlichen Diskussionen formuliert wird, ist aus Sicht der DGINA nicht zielführend und wird den Bedürfnissen von Patienten nicht gerecht. Konkrete Festlegungen und unabhängige Qualitätskontrollen bezüglich der Patientensteuerung gehören in ein Gesetz zur Neuordnung der Notfallversorgung.

Präsident:
Martin Pin

Past Präsident:
Prof. Dr. med. Christoph Dodt

Vizepräsident:
Dipl.-Med. Raik Schäfer

Vizepräsidentin:
Margot Dietz-Wittstock, MSc

Vizepräsident:
Prof. Dr. med. Christian Wrede

Schatzmeister
Dr. med. Daniel Kiefl

Generalsekretärin:
Dr. med. Ranka Marohl

Young DGINA:
Dr. med. Isabel Lück

Leitung Geschäftsstelle:
Karen Jerusalem

Kontakt:
DGINA e.V.
Hohenzollerndamm 152
14199 Berlin

Tel.: +49 176 9540 1733
E-Mail: kontakt@dgina.de
Internet: www.dgina.de

Ein INZ muss eine gemeinsame, strukturierte und sektorenunabhängige Behandlung durch Krankenhausärzte und Niedergelassene ermöglichen

Patienten, die sich als Notfall empfinden und ärztliche Hilfe suchen, müssen auch zeitnah ärztlich gesehen werden. Es ist sinnvoll, die Anlaufstellen hierfür an den Krankenhäusern zu konzentrieren. Zudem ist es insbesondere in ländlichen Gebieten notwendig, sowohl niedergelassene Ärzte als auch Krankenhausärzte in die Versorgung einzubinden, ohne dabei unwirtschaftliche Parallelstrukturen zu schaffen. Dies bedeutet, dass die zu schaffenden „Integrierten Notfallzentren“ (INZ) einheitliche Strukturen mit einer eindeutigen Aufgabendefinition haben müssen, in denen Krankenhausärzte und niedergelassene Ärzte gemeinsam Notfallpatienten behandeln.

Der Einsatz der niedergelassenen Ärzte richtet sich hierbei nach der Behandlungsdringlichkeit der Patienten. Ein INZ in dieser Ausgestaltung wird von der DGINA begrüßt. Eine strukturelle, räumliche und organisatorische Trennung, wie dies in dem Modell der „Portalpraxen“ gedacht war, kann zu medizinischen Defiziten sowie höheren Kosten für die Solidargemeinschaft führen. Daher lehnt die DGINA dies ab.

In einem INZ muss eine medizinische begründete Diagnostik und qualifizierte Behandlung möglich sein

Die medizinische Behandlung in INZ muss soweit durchgeführt werden, bis entschieden werden kann, ob eine stationäre Aufnahme erforderlich ist oder der Patient ambulant verbleiben kann. Hierbei ist es unerheblich, ob die Behandlung durch einen niedergelassenen Arzt, einen Krankenhausarzt oder beide Ärzte gemeinsam erfolgt, ob der Patient als Selbstvorsteller oder mit einem Krankenwagen kommt und ob die Patienten aufgrund der Ersteinschätzung dringlich oder weniger dringlich gesehen werden müssen. Die Behandlung im INZ schließt auch diagnostische Maßnahmen wie Ultraschall, Labor, Röntgen / CT und therapeutische Maßnahmen wie Wundversorgungen mit ein. Eine Weiterleitung von Patienten aus einem INZ in das Krankenhaus zur Abklärung und möglicherweise ambulanten Behandlung, wie dies bei „Portalpraxen“ häufig ist, wird damit ausgeschlossen. Hieraus ergibt sich, dass die ärztliche Qualifikation in den INZ breit sein muss, ein Einsatz von Ärzten mit der Zusatzweiterbildung „Klinische Notfall- und Akutmedizin“ ist zwingend, die niedergelassenen Ärzte sollten notfallmedizinische Kompetenz haben und z.B. Fachärzte für Allgemeinmedizin sein. Dies stellt die Basis für eine gemeinsame effektive und effiziente Patientenversorgung dar.

Ein INZ muss wirtschaftlich eigenständig und kostendeckend finanziert sein

Das von Krankenhaus und der KV betriebene INZ muss wirtschaftlich eigenständig sein, was eine kostendeckende Finanzierung voraussetzt. Die vom BMG angestrebte Kombination von der Finanzierung von Vorhaltekosten über Grundpauschalen und eine mengenabhängige Fallpauschale ist hierzu grundsätzlich geeignet. Die Vergütungsstrukturen in den INZ müssen so konzipiert sein, dass Fehlanreize in alle Richtungen vermieden werden.

Patienten, die aufgrund der Einschätzung des INZ stationär weiterbehandelt werden müssen, aber weiterer akuter Diagnostik und Therapie bedürfen, werden in einer „Klinik für Notfallmedizin“ weiterbehandelt, die nicht Teil des INZ ist, wobei eine starre räumliche Trennung weder möglich noch sinnvoll ist. Von dort werden die Patienten entweder auf eine Station des Krankenhauses aufgenommen oder in Abklärungsbetten der Klinik für Notfallmedizin weiterbehandelt.

Der Chefarzt der Klinik für Notfallmedizin hat die Weiterbildung für die „Klinische Notfall- und Akutmedizin“ und ist aufgrund der engen medizinischen und personellen Zusammenarbeit gleichzeitig Leiter des INZ.

Die Finanzierung der stationären notfallmedizinischen Behandlung wird über die Zuschläge zur Stufung der stationären Notfallversorgung und über die stationäre Abrechnung von DRG sichergestellt. Bei einer stationären Aufnahme für mehr als 24 Stunden werden die Kosten für die Abklärung im INZ mit der erwirtschafteten DRG verrechnet.

INZs werden idealerweise an Notfallkrankenhäusern der erweiterten und umfassenden Notfallversorgung im Rahmen der Krankenhausplanung der Länder eingerichtet, um die zu Fuß kommenden Notfallpatienten an diesen Zentren zu bündeln. Wenn Patienten Notfallkrankenhäuser ohne INZ aufsuchen, ist das Krankenhaus zu einer ärztlichen Notfallversorgung verpflichtet, auch wenn der Patient im Anschluss ambulant verbleibt. Diese Leistung muss ohne Abschläge analog zur fallbasierten Vergütung der INZ finanziert werden.

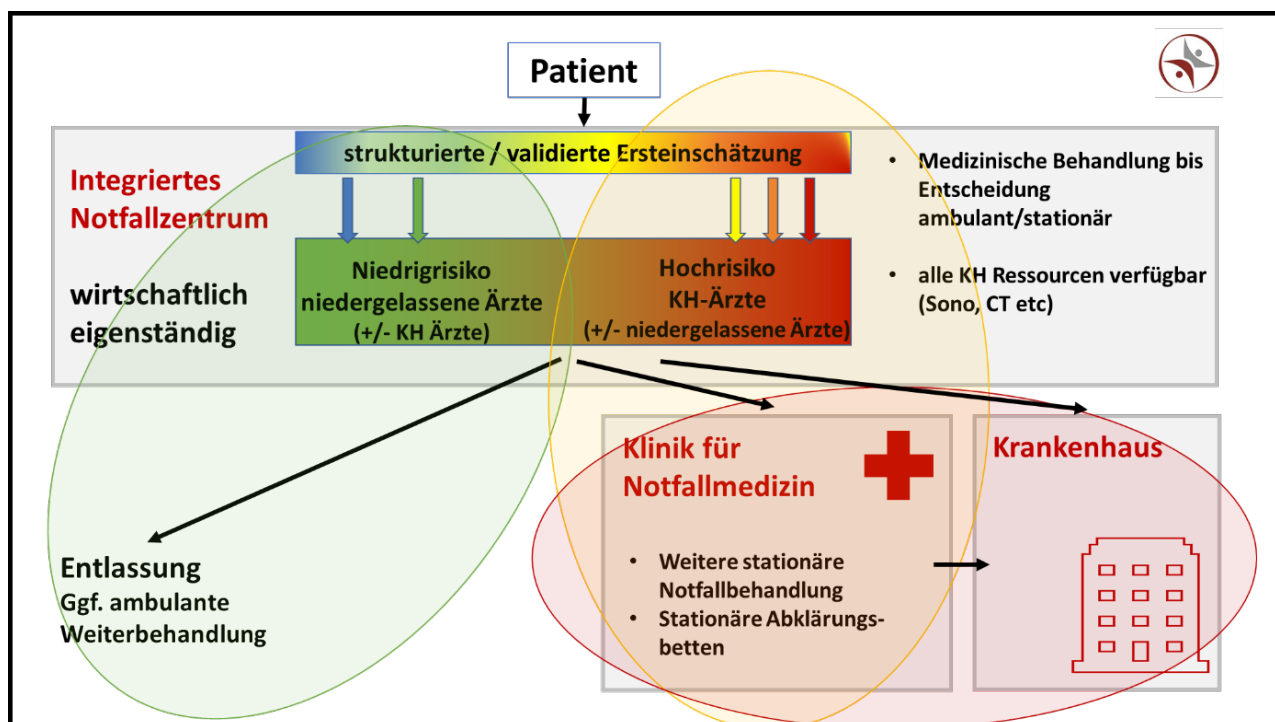


Abbildung: DGINA e.V., 11/19