

Positionen der Hamburgischen Krankenhausgesellschaft zur Neugestaltung der Notfallversorgung

Die steigenden Patientenzahlen in den Notaufnahmen der Krankenhäuser, teilweise lange Wartezeiten für Patienten, wiederkehrende Spitzenbelastungen für das Notaufnahmepersonal und die defizitäre Vergütung ambulanter Notfälle sind schon seit längerer Zeit Gegenstand kontroverser Diskussionen. Ob Versorgungsstärkungsgesetz, Krankenhausstrukturgesetz, wissenschaftliche Einschätzungen oder die Koalitionsvereinbarung der neuen Bundesregierung vom März 2018: – der große Wurf ist jedoch bislang noch nicht zu erkennen. Gerade die Notfallversorgung erfordert einen Perspektivenwechsel und eine Orientierung an den Erwartungen der Patienten: Ein Notfallpatient ist ein Patient mit einem dringlichen und unaufschieblichen medizinischen Problem. Der Notfall ist bis zu seiner diagnostischen Abklärung keinem Sektor eindeutig zuzuordnen. Daher muss die Neuordnung der Notfallversorgung sektorenübergreifend aus der Patientenperspektive angegangen werden.

Verschiedene bereits vorliegende Untersuchungen zeigen, dass der Transportweg des Patienten in das Krankenhaus vielfach nicht den Behandlungsweg in ambulant oder stationär antizipieren lässt. 700.000 Notfallpatienten wurden im vergangenen Jahr in den Hamburger Krankenhäuser behandelt, davon konnten 470.000 Patienten nach der Behandlung das Krankenhaus am selben Tag wieder verlassen. Die Einschätzung der Patienten über die Dringlichkeit ihres Behandlungsanliegens korreliert oftmals nicht mit der Einschätzung des medizinischen Fachpersonals. Eine Steuerung der Patienten im Vorfeld einer Notfallbehandlung erfordert daher fachliche Expertise und darf die Sicherheit des Patienten nicht gefährden. Die Hamburgische Krankenhausgesellschaft stellt ihre Eckpunkte für eine nachhaltige Neugestaltung der Notfallversorgung vor.

Im Jahr 2017 wurden an 21 Krankenhäusern in Hamburg über 230.000 stationäre und rund 470.000 ambulante Notfälle versorgt. Die von Jahr zu Jahr steigenden Fallzahlen führen immer häufiger zu vorübergehenden Versorgungsengpässen. Eine Reduzierung von Standorten, wie von verschiedenen Seiten gefordert, ist daher unrealistisch und schlichtweg nicht möglich. Es gilt, die Notfallversorgung aus der Patientensicht zu optimieren und dem Patienten ohne Qualitätsverluste mit seinem akuten Problem in den dazu passenden Strukturen zu helfen.

Zuordnung ambulant oder stationär entspricht nicht der Patientensicht

Ein Notfallpatient ist ein Patient mit einem aus seiner Perspektive dringlichen und un-aufschiebbaren medizinischen Problem. Ob er ambulant versorgt werden kann oder stationär aufgenommen werden muss, stellt sich oftmals erst im Verlauf der Diagnostik und Behandlung heraus. Die Zuordnung zu einem der beiden Versorgungssysteme stellt daher an die erste Kontaktstelle, in der Regel die 112 oder die 116117 hohe fachliche Anforderungen. Die telefonische Steuerung von Notfallpatienten in ein passendes Versorgungsangebot muss ohne Qualitätsverluste und ohne Gefährdung lebensbedrohlich erkrankter Patienten getroffen werden. In der Versorgungsrealität wandern täglich zahlreiche Patienten aus ambulanten Notfallstrukturen in die stationäre Krankenhausbehandlung, andererseits gehen auch Patienten, die als Notfalltransport ins Krankenhaus kommen, nach erfolgter Behandlung aus den Notaufnahmen der Krankenhäuser noch am gleichen Tag wieder nach Hause. Die derzeitige Aufteilung in „ambulant“ und „stationär“ ist artifizuell und vom Ende der Vergütungssysteme gedacht. Die Wanderungsbewegungen der Patienten von ambulant zu stationär und von stationär zu ambulant könnten durch den Ausbau der Erstkontaktstellen (112 und 116117) verringert werden. Der „Arztruf Hamburg“ versucht ein solches Angebot zu implementieren. Aus medizinischen Aspekten, die erst im Verlaufe der Diagnostik zutage treten, wird es diese Wanderungen zwischen stationär und ambulant dennoch immer geben müssen. Patienten, die nicht über einen Telefonkontakt Hilfe suchen, sondern direkt ein Krankenhaus aufsuchen, müssen dennoch – im Sinne der Patientenorientierung, aber schon allein aus Haftungsgründen - dort untersucht und versorgt werden. Der Notfallpatient fordert somit per se eine sektorenübergreifende Versorgung vom Gesundheitssystem ab. Für eine sektorenübergreifende Versorgungsplanung bietet sich die Notfallversorgung somit daher geradezu an.

Sektorenübergreifende Versorgungsplanung durch das Land

Da die Notfallbehandlung, wie dargestellt, beide Sektoren gleichermaßen betrifft, wäre eine sektorenübergreifende Versorgungsplanung durch das Land eine zielführende Lösung. Die Freie und Hansestadt Hamburg sollte in Erweiterung ihrer bisherigen planerischen Ausweisung der Krankenhäuser, die an der Not- und Unfallversorgung teilnehmen, die Verantwortung für die Sicherstellung der Notfallbehandlung insgesamt übernehmen und vollumfänglich auf die Krankenhäuser und teilweise auf die Kassenärztliche Vereinigungen übertragen. Dafür muss der Gesetzgeber den Sicherstellungsauftrag an das Land übertragen, das dann nach regionalen Erfordernissen die Kassenärztliche Vereinigung Hamburg (KVHH) und die Krankenhäuser in erweiterter Form über entsprechende Versorgungsaufträge mit der Notfallversorgung beauftragen kann. Der Versorgungsauftrag Notfallversorgung an ein Krankenhaus muss die Versorgung stationärer und ambulanter Notfälle umfassen, der Versorgungsauftrag an die KVHH muss auf die ambulant mögliche Notfallbehandlung beschränkt sein.

Ambulante vertragsärztliche Notfallstrukturen weiter ausbauen

Das Versorgungsstärkungsgesetz (Gesetz zur Stärkung der Versorgung in der gesetzlichen Krankenversicherung - VSG) sieht vor, dass die Kassenärztlichen Vereinigungen „den Notdienst auch durch Kooperation und eine organisatorische Verknüpfung mit zugelassenen Krankenhäusern sicherstellen“. Auch mit Landesapothekerkammern sowie mit den Rettungsleitstellen der Länder sollen sie kooperieren. „Mit dieser Regelung werden bereits bestehende Kooperationen der KVen mit zugelassenen Krankenhäusern, wie zum Beispiel die Einrichtung von Notarztpraxen in den Räumen der Krankenhäuser oder die unmittelbare Einbeziehung der Krankenhausambulanzen in den Notdienst, gestärkt“, heißt es im VSG.

Das Krankenhausstrukturgesetz (Gesetz zur Reform der Strukturen der Krankenhausversorgung - KHSG) passt die ambulante Notfallbehandlung in strukturellen als auch in finanziellen Elementen an. Zu den strukturellen Merkmalen zählt die in § 75 Abs. 1b SGB V konkretisierte Kooperationsverpflichtung. Hiernach sollen die Kassenärztlichen Vereinigungen zur Sicherstellung des ärztlichen Notdienstes in oder an Krankenhäusern Notdienstpraxen einrichten oder Notfallambulanzen der Krankenhäuser unmittelbar in den Notdienst eingebunden werden. Eine zeitliche Vorgabe, bis zu

welchem Zeitpunkt die Kassenärztlichen Vereinigungen diese Vorgabe umzusetzen haben, wird nicht normiert. In Hamburg ist eine solche Kooperation bislang nur an einem Standort eingerichtet worden, für einige wenige weitere Standorte gibt es Überlegungen. Aus der Sicht der Krankenhäuser wäre eine Zusammenarbeit mit der Kassenärztlichen Vereinigung oder in alternativen Kooperationsmodellen mit Vertragsärzten, bspw. MVZ, an jedem Standort der Notfallversorgung sinnvoll. Kooperationen sollten in der Entscheidungshoheit derjenigen Krankenhäuser und niedergelassenen Ärzte/ der Kassenärztlichen Vereinigung geschlossen werden, die die Notfallversorgung vor Ort sicherstellen. Eine Verpflichtung zur Kooperation wäre kontraproduktiv, da sie alternative Lösungen verhindert und die betrieblichen Entscheidungen einschränkt. Unabhängig von einer räumlichen Kooperation sollten die Strukturen der Kassenärztlichen Vereinigung für die ambulante Notfallbehandlung weiter ausgebaut werden. Für Patienten, die die Notfallpraxen, den fahrenden Notdienst und den „Arztruf Hamburg“ mit der zentralen Telefonnummer 116117 in Anspruch nehmen, sollten diese Angebote weiterentwickelt und noch bekannter gemacht werden. Handlungsbedarf besteht bei der kurzfristigen Vergabe von ambulanten Facharztterminen. Auch die Vorschläge des Sachverständigenrates zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen, Notfallpflege und Palliativpflegeteams über die Telefonhotline vermitteln zu können, erscheinen sehr sinnvoll.

Sektorenübergreifende Notfallversorgung im Krankenhaus

Der Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen empfiehlt die Einrichtung „Integrierter Notfallzentren“ unter gemeinsamer Trägerschaft der Krankenhäuser und der Kassenärztlichen Vereinigungen, Triage durch qualifizierte Ärzte der Kassenärztlichen Vereinigungen in einem „Ein-Tresen-System“, eine integrierte Leitstelle des Rettungsdienstes mit einheitlicher Rufnummer und Konzentration der Notfallversorgung auf deutlich weniger Standorte. Die Krankenkassen sollen direkt an das integrierte Notfallzentrum (INZ) als eigenständige organisatorische/ wirtschaftliche Einheit im Krankenhaus zahlen. Das INZ soll Leistungen der Krankenhausnotaufnahme sowie des kassenärztlichen Bereitschaftsdienstes übernehmen. Nach Vorschlag des Sachverständigenrates sollen die Länder die Notfallversorgung planen und Standorte für die INZ festlegen.

Gestaltungsfreiheit erhalten

Die Vorschläge des Sachverständigenrates sind aus der Sicht der Krankenhäuser zu restriktiv. Eine Bündelung telefonischen Notfallnummern 112 und 116117 kann durchaus sinnvoll sein. Krankenhausstandorte dürfen aus der Notfallversorgung keinesfalls entfallen, da es in Hamburg sofort zu Kapazitätsengpässen an den verbleibenden Standorten kommen würde. Aufgrund der Schwierigkeit, Behandlungsverläufe vieler Notfallpatienten noch vor Arztkontakt als ambulant oder stationär festzulegen, muss die Notfallversorgung der Krankenhäuser grundsätzlich sowohl die ambulante als auch die stationäre Versorgung umfassen. Daher dürfen Krankenhäuser auch keinesfalls von der Versorgung ambulant zu behandelnder Notfallpatienten ausgeschlossen werden.

Ein zentraler Empfang im Krankenhaus für Notfälle ist sinnvoll, sollte jedoch in der Verantwortung des Krankenhauses liegen. Eine gemeinschaftlich getragene und finanzierte Ausgründung von integrierten Notfallzentren erscheint als verpflichtendes Versorgungsmodell zu unflexibel und berücksichtigt nicht den Gestaltungswillen und die betriebswirtschaftliche Entscheidungsfreiheit der Träger der Versorgung vor Ort.

Leichter erkrankte Patienten werden in einem Bereich oder Notfallzentrum des Krankenhauses versorgt, das stets auf die interdisziplinären Ressourcen und diagnostischen Möglichkeiten des Krankenhauses zurückgreifen kann. Die schwer und lebensbedrohlich erkrankten Patienten werden in den zentralen Notaufnahmen untersucht und stationär aufgenommen.

Kooperationen der Krankenhäuser mit dem ambulanten vertragsärztlichen Bereich bei der Versorgung leichter Erkrankter sind erwünscht, aber dürfen nicht verpflichtend vorgeschrieben werden. Ein Krankenhaus als Träger der Notfallversorgung muss über Kooperationen freiwillig und auch unter unternehmerischen Kriterien entscheiden können. Nur so können sich regional sinnvolle, funktionsfähige und wirtschaftliche Angebote in der Notfallversorgung herausbilden. Zwangskooperationen hingegen sind keine Lösung, sondern eher ein Hindernis.

Notfallbehandlung am Krankenhaus erfordert kostendeckende Vergütung

Die Versorgung ambulanter Notfallpatienten in oder an den zentralen Notaufnahmen der Krankenhäuser erfordert eine kostendeckende Vergütung. Daher muss die ambulante Notfallbehandlung im Krankenhaus aus den KV-Budgets herausgelöst werden. An ihrer Stelle müssen kostendeckende Gebührenpositionen geschaffen und kalkuliert werden. Diese in Schweregrade unterteilten ambulanten Fallpauschalen müssen sich am tatsächlichen Ressourceneinsatz im Krankenhaus orientieren. Abgerechnet werden sollten diese – wie andere ambulante Krankenhausleistungen – direkt zwischen Krankenhaus und Krankenkassen und regelmäßig an die allgemeine Kostenentwicklung angepasst werden.

Die Hamburgische Krankenhausgesellschaft legt damit ein Konzept vor, das Aspekte einer flächendeckenden, verlässlichen, leistungsfähigen und vor allem praktikablen Notfallversorgung mit der heutigen Erwartungshaltung von Notfallpatienten vereint. Es stellt die Patientenperspektive vor gewachsene Strukturen, Zuständigkeiten und Vergütungssysteme. Im Sinne der Patientenorientierung sind alle Beteiligten aufgerufen, hier an einem Strang zu ziehen und konstruktive Lösungen und Modelle zu konzipieren.