

# Krankenhaus-Report 2018

## „Bedarf und Bedarfsgerechtigkeit“

Jürgen Klauber / Max Geraedts /  
Jörg Friedrich / Jürgen Wasem (Hrsg.)

Schattauer (Stuttgart) 2018

Auszug Seite 233-255



<b>13</b>	<b>Sektorübergreifende Neuordnung der Notfallversorgung.....</b>	<b>233</b>
	<i>Michael Slowik, Christian Wehner, Hendrik Dräther, Claus Fahlenbrach und Sabine Richard</i>	
13.1	Einleitung/Problemaufriss .....	234
13.1.1	Problemaufriss .....	234
13.1.2	Aktuelle politische Forderungen .....	236
13.2	Strukturelle Hindernisse in der Organisation der Notfallversorgung.....	238
13.2.2	Notfallversorgung aus Sicht der Versicherten .....	238
13.2.2	Ambulante Notfallversorgung an der Schnittstelle zwischen Krankenhaus und Vertragsärzten .....	241
13.2.3	Fehlende einheitliche und verbindliche Planungsgrößen.....	245
13.3	Neuordnung der Notfallversorgung .....	246
13.3.1	Definition von Notfällen .....	246
13.3.2	Notfallversorgung in Integrierten Notfalleinheiten (INE) organisieren.....	248
13.3.3	Planungsverantwortung neu regeln und sicherstellen .....	251
13.3.4	Integrierte Leitstellen einrichten .....	251
13.3.5	Qualität der Versorgung durch Aufklärung der Versicherten verbessern .....	252
13.3.6	Rettungsdienst weiterentwickeln .....	252
13.4	Fazit .....	253

# 13 Sektorübergreifende Neuordnung der Notfallversorgung

Michael Slowik, Christian Wehner, Hendrik Dräther, Claus Fahlenbrach und Sabine Richard

## Abstract

Die Notfallversorgung stand vor der Bundestageswahl im Jahr 2017 nicht nur im Fokus der Interessensvertretungen diverser Leistungserbringer und Kostenträger, sondern auch bei den Landesplanungsbehörden, medizinischen Fachgesellschaften und dem Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen. Der Beitrag skizziert die derzeitigen strukturellen Hindernisse in der sektorenübergreifenden Organisation und Versorgung von Notfallpatienten und analysiert diese auf Basis qualitativer Studien und Abrechnungsdaten. Die Bestandsaufnahme bestätigt die Strukturverschiebung in der ambulanten Notfallversorgung, die zunehmend durch Krankenhäuser geleistet wird. Waren die Versorgungsanteile in der ambulanten Notfallversorgung zwischen Vertragsärzten und Notaufnahmen im Jahr 2009 noch ausgeglichen, vergrößerte sich der Versorgungsanteil der Krankenhäuser an der Gesamtzahl im Jahr 2016 auf 58,6%. Nicht nur um diesem Wandel gerecht zu werden, präsentieren die Autoren sechs Reformthesen zur Neuordnung der Notfallversorgung, die einen sektorenübergreifenden Ansatz verfolgen. Die Reform muss eine bundeseinheitliche Struktur in der Versorgung gewährleisten und sollte auf dem gesundheitspolitischen Bekenntnis zu mehr angebotsorientierter Patientensteuerung beruhen, indem patientenorientierte Strukturen geschaffen werden.

Prior to the German federal election in 2017, emergency care was not only the focus of interest groups representing various healthcare providers and cost bearers, but also of the planning authorities of the federal states, medical associations and the Advisory Council on the Assessment of Developments in the Health Care System. This paper outlines the current structural obstacles in the cross-sectoral organisation and medical care of emergency patients. Based on qualitative studies and billing data, the paper analyses emergency care in Germany. The stocktaking confirms that there is a structural shift in outpatient emergency care which is increasingly being carried out by hospitals. While the proportion of outpatient emergency care provided by off ce-based physicians and emergency departments respectively was balanced in 2009, the hospitals' share increased to 58.6% in 2016. Not only in order to do justice to this change, the authors present six reform theses on the reorganization of emergency care with a cross-sectoral approach. The reform of emergency care must guarantee a nationwide service structure with comparable standards and should be based on the commitment of health policy-makers to more supply-oriented patient management by creating the corresponding patient-oriented structures.

## 13.1 Einleitung/Problemaufriss

### 13.1.1 Problemaufriss

Die Versorgung von Menschen in lebensbedrohlichen Notsituationen sowie von Patienten mit dringlichem und nichtdringlichem Behandlungsbedarf wird gegenwärtig primär über fünf Säulen organisiert:

- a) die ambulante Versorgung in den Sprechzeiten der niedergelassenen Ärzte,
- b) den gesetzlich normierten ärztlichen Bereitschaftsdienst/kassenärztlichen Notdienst außerhalb der Sprechzeiten niedergelassener Ärzte,
- c) das Rettungswesen,
- d) die Notaufnahmen der Krankenhäuser als durchgehend geöffnete Ambulanzdienste und
- e) die (intramurale) stationäre Notfallversorgung.

Diese fünf Säulen nehmen unterschiedliche Funktionen und Aufgaben in der ambulanten und stationären Versorgung wahr und sind rechtlich und organisatorisch selbstständig. Eine Verzahnung bzw. Kommunikation zwischen diesen Versorgungsbereichen ist sowohl planerisch als auch qualitativ unzureichend bzw. in einigen Leistungsbereichen nicht vorhanden.

Wissenschaftliche Empfehlungen zur Neuorganisation der Notfallmedizin werden seit über zehn Jahren kontinuierlich in der Politik platziert. Auch im Krankenhaus-Report findet sich eine Vielzahl von Beiträgen zu dem Versorgungsbereich „Notfallversorgung“ (vgl. Krankenhaus-Report 2017). Der Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen (SVR) hat bereits in seinem Gutachten von 2003 umfangreiche Überlegungen zur Reform des Rettungsdienstes und der Etablierung „Integrierter Leitstellen“ präsentiert (SVR 2013, S. 271 ff.). In dem Gutachten aus dem Jahr 2014 wurde konstatiert, dass eine Zusammenführung der drei Bereiche (organisierter Notdienst der Kassenärztlichen Vereinigung (KV), der Rettungsdienst und die Notaufnahmen der Krankenhäuser) die Notfallversorgung verbessern würde und die Inanspruchnahme einer zu hohen Versorgungsstufe durch den Patienten vermeiden könne (SVR 2014, S. 446 ff.). Vollumfassende Reformen oder entsprechende Gesetzgebungsverfahren blieben allerdings aus, auch weil in der gesundheitspolitischen Diskussion der Notfallversorgung kein besonderes Gewicht beigemessen wurde. Dies wird sich nun voraussichtlich ändern, da sowohl die krankenhaushnahen Verbände die sektorenübergreifende Versorgung eng mit einer optimierten Notfallversorgung und Versorgungsverantwortung verknüpfen als auch Kassenverbände eine engere Verzahnung fordern (vgl. Kurscheid et al. 2017, S. 24).

Wenn die Versorgung von ambulanten und stationären Notfallpatienten sektorenunabhängig und einheitlich erfolgen soll, steht der Gesetzgeber in der 19. Legislaturperiode somit vor neuen Herausforderungen. Bei einer Neuordnung der Notfallversorgungskapazitäten geht es sowohl um Kompetenzverantwortlichkeiten zwischen Bund, Ländern und Kommunen als auch um verfassungsrechtliche Fragen über die Zuständigkeitsbereiche sowie in erster Linie um die bessere Zusammenarbeit und Koordination der beteiligten Akteure. Die föderalen Strukturen und die daraus resultierende Verantwortung der Länder für die Krankenhausplanung und

die Rettungsdienstgesetze bzw. Feuerwehrgesetze sowie die derzeitige Sicherstellungsverantwortung der Kassenärztlichen Vereinigung (KV) für die ambulante (vertragsärztliche) Versorgung inklusive der ambulanten Notfallversorgung machen ein abgestimmtes Bund-Länder-Gesetzgebungsreformwerk für eine sektorenübergreifende Notfallversorgung unverzichtbar.

Punktuelle Nachbesserungen in der Notfallversorgung wurden vor allem in den letzten drei Jahren auf den Weg gebracht. Das GKV-Versorgungsstärkungsgesetz (GKV-VSG) aus dem Jahr 2015 sollte KVen ermöglichen, Kooperationen mit Krankenhäusern auszubauen, um den ärztlichen Notdienst außerhalb der regulären Sprechstundenzeiten sowie am Wochenende bedarfsgerecht sicherzustellen (vgl. Bundestagsdrucksache 18/4095, S. 89). Mit dem Krankenhausstrukturgesetz (KHSG) wurde das Bestreben für eine Versorgung „unter einem Dach“ weiter konkretisiert. Die KVen sollen nun vertragsärztliche Notdienstpraxen, sogenannte Portalpraxen, in oder an Krankenhäusern einrichten oder die Notfallambulanzen der Krankenhäuser unmittelbar in den Notdienst einbinden. Es handelt sich dabei aber nur um eine Soll-Vorschrift; klare Fristsetzungen und Konsequenzen bei Nicht-Erfüllung des Versorgungsauftrages bestehen nicht. Mit der Gesetzgebung des KHSG wurden nicht nur die ambulanten, sondern auch die stationären Strukturen der Notfallversorgung in Teilen neu geordnet. Mit dem Auftrag an den Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA), ein gestuftes System von Notfallstrukturen in Krankenhäusern zu erarbeiten, hat der Gesetzgeber die Möglichkeit geschaffen, erstmals Mindeststandards für die Notfallversorgung festzulegen (vgl. Bundestagsdrucksache 18/5372). Der Auftrag an den G-BA bezog sich jedoch allein auf die stationäre Notfallversorgung.

Die Erbringung von Leistungen der Notfallversorgung wird durch unterschiedliche Akteure organisiert, die aus unterschiedlichen Quellen die Finanzierung der Infrastruktur- und Betriebskosten erhalten. Die daraus resultierenden Insellösungen und unterschiedliche rechtliche Regelkreise stehen einer Kooperation der für die gesamte Notfallversorgung relevanten Aufgaben- und Leistungsbereiche der verschiedenen Leistungserbringer und einer sektorenübergreifende Qualitätssicherung im Wege. Durch die Verfügbarkeit unterschiedlicher Rufnummern (112, 116 117) zusammen mit einer nicht ausreichenden Aufklärung der Versicherten entsteht ein „Irrgarten“ für ambulante und stationäre Notfallpatienten (vgl. Geissler et al. 2017, S. 52f.).

Aus der subjektiven Sicht der Patienten existiert in der Notfallversorgung keine sektorale Trennung. Nach aktuellen Umfragen in den Notaufnahmen der Krankenhäuser sehen sich über 90% der Patienten als Notfall (vgl. Somasundaram et al. 2016, o. S.). Rund jeder fünfte AOK-Versicherte (19,8%) suchte im Laufe des Jahres 2016 mindestens einmal einen Leistungserbringer für die ambulante Notfallversorgung auf, wobei 65,5% der Notfallpatienten mindestens einmal in einer Notaufnahme eines Krankenhauses vorstellig waren (siehe Abbildung 13–2 unten). Der Patientenwunsch nach sofortiger Diagnostik und Therapie trifft auf ein regional unterschiedlich organisiertes und intransparentes ambulantes Notfallversorgungsangebot. Eine verständliche bundeseinheitliche Struktur der ambulanten Notfallversorgung, die auf einem gesundheitspolitischen Bekenntnis zur Patientensteuerung in der Notfallversorgung beruht, ist nicht vorhanden.

Die Defizite sind lange bekannt. Die Große Koalition der 18. Legislaturperiode hat in mehreren Reformen versucht, die ambulanten und stationären Strukturen der

Notfallversorgung zusammenzuführen, ohne dabei allerdings klare Regelungen vorzugeben. Der Erfolg blieb erwartungsgemäß aus. Ohne gemeinsame und verbindliche Planung und Steuerungskonzepte wird die Integration der ambulanten und stationären Notfallversorgung weiterhin regional sehr heterogen ausfallen.

### 13.1.2 Aktuelle politische Forderungen

Das Handlungsfeld „Notfallversorgung“ stand vor der Bundestageswahl zum 19. Deutschen Bundestag nicht nur im Fokus der Interessensvertretungen der Leistungserbringer (Marburger Bund (MB)/Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV)/Deutsche Krankenhausgesellschaft (DKG)/Verband der Krankenhaus Direktoren (VKD)) und der Kostenträger (Verband der Ersatzkassen (vdek)/Allgemeinen Ortskrankenkassen (AOK)/GKV-Spitzenverband (GKV-SV)), sondern auch bei den Ländervertretern (Die Arbeitsgemeinschaft der Obersten Landesgesundheitsbehörden/Gesundheitsministerkonferenz), Fachgesellschaften (Deutsche Gesellschaft interdisziplinäre Notfall- und Akutmedizin (DGINA)) und dem Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen (SVR).

Die KBV spricht sich für einen stärkeren Abbau der Doppelstrukturen in der Notfallversorgung aus (vgl. Eckpunkte der KBV und KV zur Weiterentwicklung der Notfallversorgung 2017). Nach Ansicht der Bundesvereinigung ist somit auch ein Großteil der Notfallambulanzen obsolet und müsste infolgedessen geschlossen werden (vgl. Fricke 2017). Der Marburger Bund und die KBV fordern in einem gemeinsamen Konzeptpapier eine Zentrierung der Strukturen. Durch die Einrichtung gemeinsamer medizinischer Anlaufstellen am Krankenhaus sollen Vertrags- und Krankenhausärzteschaft besser zusammenarbeiten (vgl. Konzeptpapier von KBV und Marburger Bund 2017). Die Pflicht zur Teilnahme am ärztlichen Notdienst besteht aktuell nur für Vertragsärzte. Nach Ansicht des Marburger Bundes muss es eine „gerechte“ Verteilung der Zuständigkeiten geben. Daher sollten sich auch Ärztinnen und Ärzte in Krankenhäusern an der Notfallversorgung beteiligen, so wie es die Berufsordnungen vorsehen (vgl. Eckpunkte des Marburger Bundes für eine Strukturreform der medizinischen Notfallversorgung 2017). Die Deutsche Krankenhausgesellschaft (DKG) sieht die Verantwortung für die ambulante Notfallversorgung bei den Ländern und fordert, Krankenhäuser dauerhaft zur Teilnahme an der ambulanten Notfallversorgung zu ermächtigen. Vergütungen krankenhausbambulanter Notfalleistungen sollten aus dem ergänzten Bewertungsausschuss herausgelöst werden und direkt zwischen Krankenhaus und Krankenkasse erfolgen, ohne Einbeziehung der KVen (vgl. DKG 2017).

In Vorbereitung auf die Wahlen und die politische Diskussion um die Neuordnung der Notfallversorgung hatte sich der SVR dazu entschlossen, im Rahmen eines „Werkstattgesprächs“ einen Einblick in seine Reformüberlegungen zur Notfallversorgung zu präsentieren. In Anlehnung an Überlegungen aus der Vergangenheit wurde die Idee eines „Integrierten Notfallzentrums“ (INZ) präsentiert.<sup>1</sup> Eine aus niedergelassenen Vertragsärzten und Krankenhäusern betriebene eigenständige

<sup>1</sup> Die Idee eines Intersektoralen Notfallzentrums (INZ) findet sich bereits in den Veröffentlichungen von Augurzky et al. (2017).

Tabelle 13–1

**Reformideen der verschiedenen Stakeholder im Überblick (Stand: 19.10.2017)**

	KBV	DKG	SVR	MB	GKV-SV
Gemeinsame medizinische Anlaufstellen am Krankenhaus	✓	✓/X	✓	✓	✓
Gemeinsame aus KV und KH organisierte einheitliche Ersteinschätzung/ Patientensteuerung nach Behandlungsdringlichkeit	✓	?	✓	✓	✓
Einheitliche Planung der ambulanten Notfallversorgungskapazitäten (Definition von Zielgrößen)	✓	X	✓	✓	✓
Anpassung bzw. Erweiterung des Sicherstellungsauftrages für die ambulante Notfallversorgung	X	✓	✓/X	✓	X
Einheitliche Umsetzungsvorgaben (Bundeseinheitliche Rahmenbedingungen/Mindeststandards)	✓	✓/X	✓	✓	✓
Definierte Strukturqualität durch G-BA	?	X	✓	✓	✓
Gesundheitskompetenz der Bevölkerung stärken	✓	✓/X	✓	✓	✓
Integrierte Leitstellen mit 24 h Verfügbarkeit	✓	?	✓	✓	✓
Reform der Rettungsdienste (Qualitätssicherung, Leistungsbereich, ect.)	?	?	✓	?	✓
Finanzierungsreform/Extrabudgetäre Vergütung	✓	✓	✓	?	X

KBV = Kassenärztliche Bundesvereinigung, DKG = Deutsche Krankenhausgesellschaft, SVR = Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen, MB = Marburger Bund, GKV-SV = GKV-Spitzenverband

Krankenhaus-Report 2018

Wido

13

Versorgungseinheit soll die Versorgung von ambulanten und ggf. stationären Notfällen gewährleisten. Die Konsequenz wäre eine Patientensteuerung durch einheitliche Strukturen der ambulanten und teilweise stationären Notfallversorgung (vgl. SVR 2017).

Die Analyse der Positionspapiere zu ausgewählten Themenbereichen zeigt deutlich, welche Herausforderungen, Gemeinsamkeiten und Konflikte bei den Reformbestrebungen bestehen (vgl. Tabelle 13–1). So gibt es etwa unterschiedliche Auffassungen zwischen niedergelassenen Ärzten und Krankenhäusern über die Zuständigkeiten und Finanzierung der ambulanten Notfallversorgung. Aus einer übergeordneten Perspektive betrachtet bleibt festzustellen: Im Status quo werden die verschiedenen Standorte, Ressourcen und Akteure der ambulanten Notfallversorgung nicht sektorenübergreifend geplant. Nachvollziehbare Kriterien, die definieren, wo eine durch Vertragsärzte betriebene Notdienstpraxis/Notfalleinheit am Krankenhaus sinnvoll ist bzw. welche Rolle Krankenhäuser im Allgemeinen haben, sind derzeit nicht gegeben. Auch eine Steuerung der Patienten in die vorhandenen und geeigneten Notfalleinrichtungen findet nicht statt.

## 13.2 Strukturelle Hindernisse in der Organisation der Notfallversorgung

### 13.2.1 Notfallversorgung aus Sicht der Versicherten

Patienten erhalten durch Reformgesetze der letzten Jahre mehr Eigenverantwortung im Umgang mit der eigenen Gesundheit.<sup>2</sup> Aus Sicht des Gesetzgebers wird dabei oft erwartet, dass die Patienten selbst mündige Entscheidungen treffen können und somit die richtige Versorgungsebene bei einem medizinischen Problem in Anspruch nehmen. Unter dem Stichwort „Health Literacy“ werden Versicherte von der Politik, den Leistungserbringern und auch den Kostenträgern verstärkt als wichtige Einflussgröße für den Therapieerfolg wahrgenommen und thematisiert (Kickbusch 2013, S. 7f.).

Die Präferenzen von Patienten sind heterogen und unterscheiden sich u. a. in der Art und dem Zeitpunkt der Nachfrage nach einer medizinischen Behandlung. Notfallpatienten sind im Vergleich zu Patienten mit elektiven Eingriffen besonders hilfsbedürftig (Beivers und Dodt 2014, S. 191). Bei einem Notfall mit dringlichem Behandlungsbedarf muss eine schnelle und bedarfsgerechte Versorgung erfolgen. Auch die Rettungsdienstgesetze der Länder greifen diese Kriterien auf (vgl. z. B. § 3 Hessisches Rettungsdienstgesetz (HRDG) 2017).

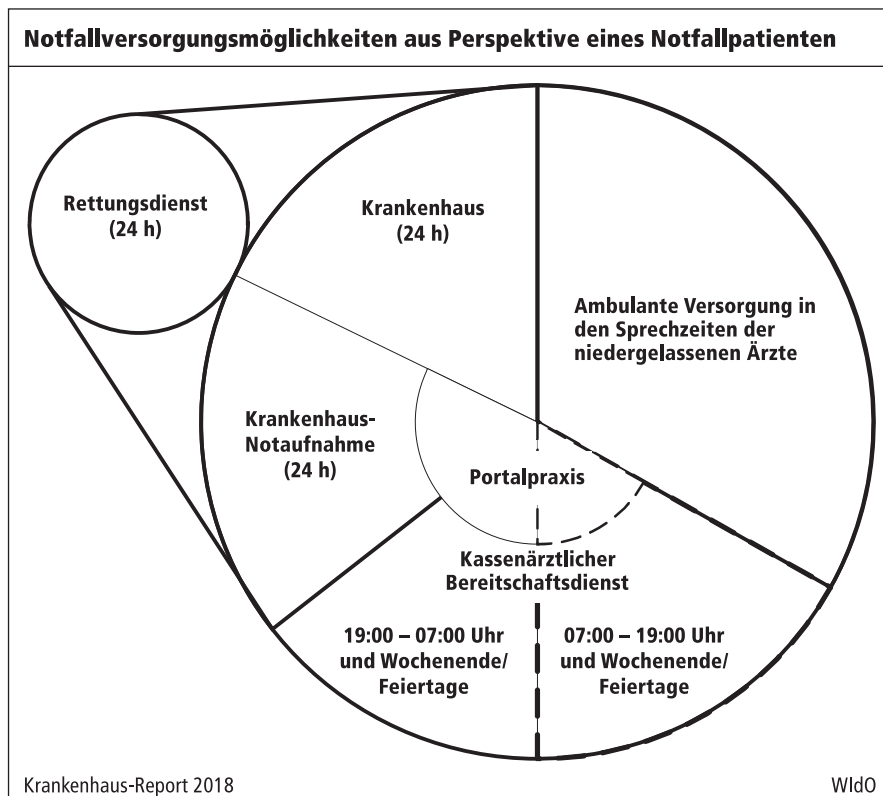
Für eine Ersteinschätzung bzw. -versorgung stehen Notfallpatienten gegenwärtig drei unabhängig voneinander organisierte Leistungserbringer zur Verfügung (vgl. Abbildung 13–1). Evaluationen bzw. Studien zu den Präferenzen von Notfallpatienten existieren nur in begrenztem Umfang. Die Beweggründe, warum die Patienten ohne oder mit vorhergehender Terminsuche bei einer oder mehreren Arztpraxen sofort eine Zentralen Notaufnahme (ZNA) aufsuchen, können vielfältig sein. Schmiedhofer et al. (2017, 2016b), Somasundaram et al. (2016) und Schleef et al. (2017) untersuchen in qualitativen und quantitativen Studien im Großraum Berlin, Hannover und Sachsen-Anhalt die Beweggründe für die Inanspruchnahme von medizinischen Leistungen in einer ZNA und das allgemeinmedizinische Potenzial.

Dabei konzentrieren sich die Studien auf Patienten, die eigentlich von einem Haus- oder Facharzt hätten behandelt werden können und deren Aufenthalt in einer Notaufnahme medizinisch nicht zwingend notwendig ist. Im Ergebnis konstatieren die Autoren, dass die Patienten die sektorale Trennung zwischen ambulanten und stationären Strukturen nicht wahrnehmen und diese für sie auch keine Rolle spielt; über 90% der Patienten betrachten sich nach subjektiver Einschätzung als Notfall (Somasundaram et al. 2016, o. S.).

Als Beweggründe geben die in persönlichen und ergebnisoffenen Interviews oder Fragebögen untersuchten Patienten folgende Gründe für die Inanspruchnahme von ZNAs an (vgl. Schmiedhofer et al. (2017, 2016); Somasundaram et al. (2016):

2 Durch das Präventionsgesetz werden Kassen verpflichtet, ihren Versicherten allgemeines Informationsmaterial zur persönlichen Vorsorge für die letzte Lebensphase zur Verfügung zu stellen – insbesondere zu Patientenverfügung, Vorsorgevollmacht und Betreuungsverfügung. Im Transplantationsgesetz wurde bereits geregelt, dass die Versicherten alle zwei Jahre zur Möglichkeit der Organspende informiert werden.

Abbildung 13–1



- **Schwer verfügbare Haus- und Facharzttermine – „Doc to Go“ 24h/7d-Zugang**

Jüngere Notfallpatienten haben mehrheitlich keinen festen Hausarzt mehr und sehen auch keine Notwendigkeit, einen aufzusuchen (vgl. Schmiedhofer et al. (2016b), S. 4). Darüber hinaus sehen viele Versicherte die Behandlung in einer ZNA trotz der Wartezeit als effizienter an als die Behandlung bei einem niedergelassenen Arzt während der Sprechstundenzeiten.

- **Sorgen über den eigenen Gesundheitszustand/komplizierte Diagnosen**

Die Mehrheit der von Schmiedhofer et al. (2017, 2016) interviewten Notfallpatienten leidet an chronischen Krankheiten, die nicht im direkten Zusammenhang mit der in die ZNA führenden Symptomatik stehen, oder an wiederholt auftretenden Schmerzen. Versicherte mit höherer Sensibilität für körperliche Beschwerden oder überdurchschnittlicher Krankheitserfahrung sehen die ZNA als komplementär zur üblichen ambulanten Versorgung an (vgl. Schmiedhofer et al. 2017, S. 841; Schmiedhofer et al. 2016, S. 8).



- **Zeitautonomie**

Patienten wollen einen niedergelassenen Arzt in der Nacht und am Wochenende nicht kontaktieren oder ziehen bei Unerreichbarkeit des Hausarztes den Besuch in einer Notaufnahme als beste Alternative vor (vgl. Rissbacher et al. 2010, S. 179). Für einen Großteil der jüngeren Befragten sind die regulären Sprechstundenzeiten mit den Anforderungen ihrer Erwerbstätigkeit nur schwer vereinbar (vgl. Schmiedhofer et al. 2017, S. 840). Auch Somasundaram et al. (2016) konstatieren, dass gut ein Drittel der interviewten Patienten die Notaufnahme aufsuchen, obwohl die Option besteht, während der regulären Sprechzeiten einen Haus- oder Facharzt zu kontaktieren, allerdings nehmen diese Option nur 57% dieser Gruppe wahr (vgl. Somasundaram et al. 2016, o.S.).

- **Möglichkeit einer Röntgenuntersuchung oder Computertomographieuntersuchung**

Vor allem Patienten aus ländlichen Bevölkerungsgebieten suchen eine Notaufnahme auf, wenn ein bildgebendes Verfahren nötig ist (vgl. Schmiedhofer et al. (2016b), S. 5).

- **„High-Tech“ statt Hausarzt und „All-inclusive“-Dienste – qualitativ hochwertige Versorgung im Krankenhaus**

Die schnelle Bereitstellung diagnostischer Untersuchungsergebnisse und die Konsultation verschiedener Fachärzte an einem Standort ist ein systembedingter Vorteil gegenüber der Behandlung in einer ambulanten Praxis (vgl. Schmiedhofer et al. 2017, S. 841)

- **Empfehlung des niedergelassenen Arztes, die Notaufnahme aufzusuchen**

Schmiedhofer und Kollegen konstatieren, dass sowohl niedergelassene Ärzte und deren Praxismitarbeiter als auch der KV-Dienst die ZNA als Anlaufstelle empfehlen, um eine Weiterbehandlung zu gewährleisten oder die Wartezeiten im ambulanten Sektor zu überbrücken (Schmiedhofer et al. (2017), S. 338).

- **Unkenntnis über Behandlungsstrukturen**

Fast 90% der interviewten Notfallpatienten kontaktieren den KV-Notdienst überhaupt nicht. Mehr als der Hälfte dieser Personen ist auch nicht bekannt, dass diese Angebotsstrukturen existieren. Auch wenn der Notdienst in Anspruch genommen wird, so werden fast drei Viertel der Versicherten direkt am Telefon an die Notaufnahme verwiesen (Somasundaram et al. (2016), o.S.).

Von den Umfrageteilnehmern, die eigenständig eine Notaufnahme aufsuchen, hatte die Hälfte vor ihrem Gang zur Notaufnahme erfolglos versucht, einen kurz- oder mittelfristigen Termin bei einem Haus- oder Facharzt zu bekommen (Schmiedhofer et al. (2017), S. 838). Die ZNA wird somit von einem Großteil der Befragten als Substitution niedergelassener Versorgungsstrukturen interpretiert. Bei der Selbsteinschätzung der Dringlichkeit beschreibt die Mehrheit der Patienten ihre Beschwerden so, dass sie sofort oder möglichst schnell behandelt werden wollen. Die Forscher vermerken in den Studien, dass die Patienten die Terminsuche für einen ambulanten Leistungserbringer unterschiedlich intensiv betrieben haben. Trotz der

hohen Inanspruchnahmeraten ambulanter Notfallleistungen im Krankenhaus befürwortet der überwiegende Teil der befragten Notfallpatienten eine Einrichtung mit niedergelassenen Haus- und Fachärzten außerhalb des Krankenhauses. Der größte Nutzen wäre dabei vor allem für die Gruppe der Patienten mit nichtdringlichem Behandlungsbedarf gegeben (Somasundaram et al. (2016) o. S.).

Die Studien betrachten insgesamt nur eine Auswahl an Patienten vor Ort in den Notaufnahmen. Zum Teil stammen die Personen etwa zu gleichen Teilen aus einer Großstadt oder dem ländlichen Raum. Die Ergebnisse sind somit aufgrund der gewählten Untersuchungsmethode nicht repräsentativ. Da nur Patienten in Notaufnahmen befragt wurden, können die Informationen zur Erreichbarkeit der Praxen nicht auf alle Notfallpatienten übertragen werden. Auch Schlussfolgerungen hinsichtlich der Inanspruchnahme in strukturschwachen oder ländlichen Regionen und Kontakte in Krankenhäusern mit Grundversorgungsauftrag können nur bedingt gezogen werden (vgl. Schmiedhofer et al. (2017), S. 843; Somasundaram et al. (2016), o. S.).

An den oben aufgeführten Ergebnissen lässt sich jedoch erkennen, dass Patienten in urbanen Strukturen die ZNA als erstes Versorgungsangebot präferieren und dorthin auch aus dem ambulanten Bereich weitergeleitet werden. Um Steuerungsmodelle für das Nachfrageverhalten zu entwickeln, ist es notwendig, sich mit den Erwartungen der Versicherten, die durch selbständige Inanspruchnahme die Sektorentrennung überschreiten, auseinanderzusetzen. Patienten in strukturschwachen Regionen finden durch längere Fahrtzeiten und begrenzte Nahverkehrsstrukturen ein restriktiveres Angebot an stationären Einrichtungen vor. Vor allem der Landbevölkerung steht ein sehr begrenztes Notfallportfolio zur Verfügung. In der Konsequenz könnten Rettungswagen oder die Luftrettung zunehmend in Anspruch genommen werden.

### 13.2.2 Ambulante Notfallversorgung an der Schnittstelle zwischen Krankenhaus und Vertragsärzten

(EBM-)Leistungen der ambulanten vertragsärztlichen Notfallversorgung unterscheiden sich für sich genommen nicht von (EBM-)Leistungen der ambulanten Versorgung niedergelassener Vertragsärzte.<sup>3</sup> Allerdings wird die vertragsärztliche Versorgung inklusive der ambulanten Notfallversorgung der Vertragsärzte über die Kassenärztlichen Vereinigungen organisiert und sichergestellt, während – vereinfacht ausgedrückt – die Notfallleistungen der Notfallaufnahmen grundsätzlich in Eigenregie der Krankenhäuser geplant und organisiert werden.<sup>4</sup> Eine Diskussion

3 Im Rahmen der Auswertungen von AOK-Versicherten werden alle Leistungen zur ambulanten Notfallversorgung gezählt, welche die gesetzlichen Krankenkassen über die Gesamtvergütung nach § 85 SGB V vergüten und die Leistungserbringer zusammen mit den Notfallpauschalen des EBM-Kapitels 1.2 „Gebührenordnungspositionen für die Versorgung im Notfall und im organisierten ärztlichen Not(-fall)dienst“ oder ihnen gleichgestellten Abrechnungspositionen abrechnen.

Schleef et al. (2017) berichten auf der Basis eines eigens entwickeltem Dokumentationsbogens, dass die Behandlungsgründe der ambulanten Notfallversorgung in einer Notaufnahme einer Universitätsklinik vor allem Rückenschmerzen, Gastroenteritis und arterielle Hypertonie waren. Bei den klinischen Untersuchungen dominierten kardiopulmonale Untersuchungen, Checks des Bewegungsapparates oder abdominale Untersuchungen (Schleef et al. 2017, S. 848).

4 Davon unbenommen ist, dass viele Krankenhäuser Kooperationsvereinbarungen unterschiedlicher Art mit den Kassenärztlichen Vereinigungen geschlossen haben.

Tabelle 13–2

**Verteilung abgerechneter ambulanter Notfälle auf Werktage, Feiertage und Wochenendtage bei Notaufnahmen und Vertragsärzten im Jahr 2016**

Versorger	Werktage	Feiertage	Wochenende	Gesamt
Notaufnahmen der Krankenhäuser	62,8 %	3,1 %	34,1 %	100,0 %
Vertragsärzte inkl. Anlauf- und Portalpraxen	40,3 %	5,1 %	54,7 %	100,0 %

Quelle: Abrechnungsdaten von AOK-Versicherten mit Wohnort in Schleswig-Holstein, Hamburg, Niedersachsen, Westfalen-Lippe, Nordrhein, Hessen, Rheinland-Pfalz, Saarland, Berlin, Brandenburg, Mecklenburg-Vorpommern, Sachsen, Sachsen-Anhalt, Thüringen und einer Inanspruchnahme ambulanter Notfalleleistungen in diesen Regionen

Krankenhaus-Report 2018

WIdO

um die ambulante Notfallversorgung ohne integrierte Berücksichtigung der gegenwärtigen ambulanten Versorgung, die durch die Kassenärztliche Vereinigung u. a. auf Basis einer Bedarfsplanung sichergestellt wird, führt automatisch dazu, über eine neue und eigene ambulante Versorgung nachzudenken, die neben der jetzigen ambulanten Versorgung existiert.

Darüber hinaus erfüllt die Notfallversorgung der Notaufnahmen der Krankenhäuser Merkmale einer allgemeinen ambulanten Versorgung, auch weil sie in größerem Umfang nicht außerhalb, sondern innerhalb der üblichen Sprechzeiten von Vertragsärzten stattfindet. Etwa 63 % der in Notaufnahmen versorgten ambulanten Notfälle fallen werktags (vgl. Tabelle 13–2) und diese zu 61,6 % tagsüber in der Zeit von 7 bis 19 Uhr an (vgl. Tabelle 13–3).<sup>5</sup>

Aus den Abrechnungsdaten von AOK-Versicherten für die Jahre 2009 bis 2016 wird zudem deutlich, dass das Niveau der Notfallversorgung in den letzten Jahren uneinheitlich ausfällt (vgl. Abbildung 13–2). So wurden 2016 zwar so viele AOK-Versicherte ambulant notfallversorgt (19,8 %) wie in keinem der untersuchten Jahre

13

Tabelle 13–3

**Verteilung ambulanter Notfälle in Notaufnahmen im Jahr 2016 nach Tageszeitpunkt der Versorgung je Werktag**

Zeitpunkt der Versorgung	Mo	Di	Mi	Do	Fr	Gesamt
tagsüber (07–19 Uhr)	58,3 %	63,2 %	65,3 %	60,7 %	60,7 %	61,6 %
abends und nachts (19–07 Uhr)	41,7 %	36,8 %	34,7 %	39,3 %	39,3 %	38,4 %

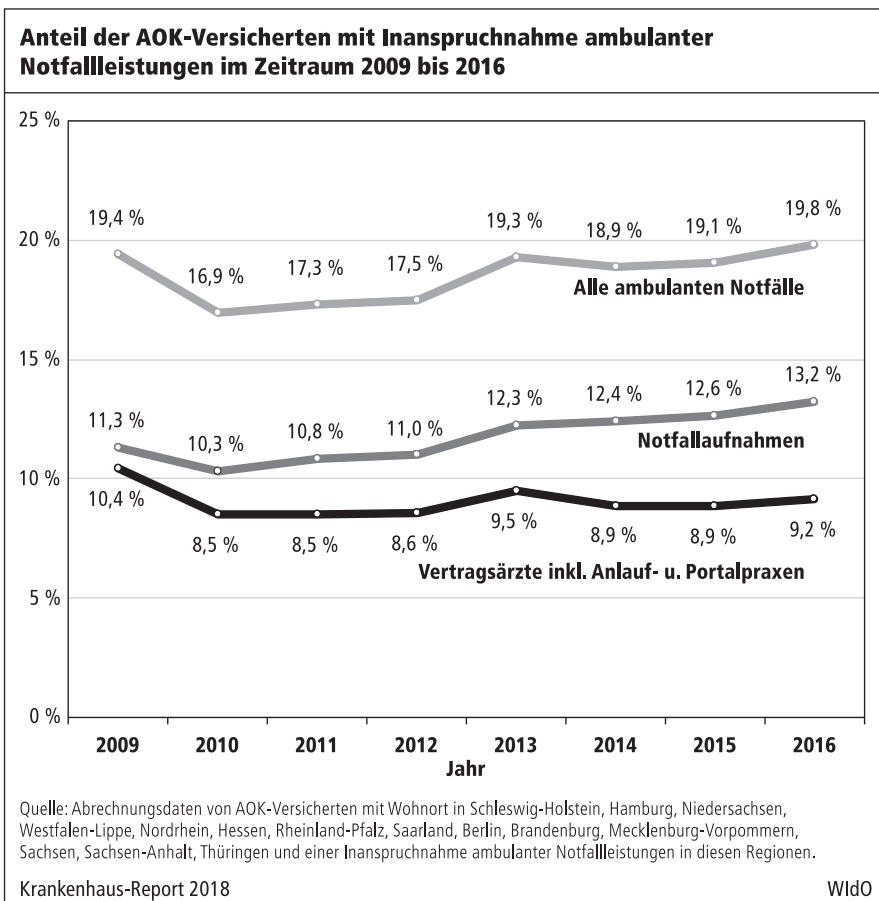
Quelle: Abrechnungsdaten von AOK-Versicherten mit Wohnort in Schleswig-Holstein, Hamburg, Niedersachsen, Westfalen-Lippe, Nordrhein, Hessen, Rheinland-Pfalz, Saarland, Berlin, Brandenburg, Mecklenburg-Vorpommern, Sachsen, Sachsen-Anhalt, Thüringen und einer Inanspruchnahme ambulanter Notfalleleistungen in diesen Regionen

Krankenhaus-Report 2018

WIdO

5 Die Krankenhäuser rechnen bereits heute ihre ambulanten Leistungen in der Notfallversorgung nahezu vollständig über den Einheitlichen Bewertungsmaßstab (EBM) oder über ergänzende Sonderregelungen ab. Mit den mit Wirkung zum 1.1.2015 eingeführten Tages- und Nachtpauschalen 01210 ff. des Einheitlichen Bewertungsmaßstabs können erstmals Aussagen über die Verteilung der ambulanten Notfälle zu Tages- und Nachtzeiten getroffen werden.

Abbildung 13–2



zuvor. Im Jahr 2009 hatte jedoch ein fast so großer Anteil der AOK-Versicherten (19,4%) ambulante Notfallleistungen in Anspruch genommen. Ob es einen allgemeinen Trend zunehmender ambulanter Notfallversorgung gibt, lässt sich aus der Zeitreihenanalyse 2009 bis 2016 daher nicht zweifelsfrei ableiten, zumal es regional sehr heterogene Entwicklungen gibt.

Aus empirischer Sicht zeichnet sich aber ab, dass immer mehr Versicherte die Notfallaufnahmen aufsuchen. 2016 haben 13,2% der AOK-Versicherten diese aufgesucht, was für den untersuchten Zeitraum 2009 bis 2016 einen neuen Höchstwert darstellt. Im Vergleich zum Jahr 2010, in dem 10,3% der AOK-Versicherten in Notfallaufnahmen versorgt worden sind, fällt diese Inanspruchnahmerate im Jahr 2016 nicht nur um fast drei Prozentpunkte höher aus, sondern sie ist auch stetig gestiegen.<sup>6</sup>

<sup>6</sup> Diese Ergebnisse sind für die Bundesrepublik Deutschland nur eingeschränkt repräsentativ. Sie beruhen nicht nur ausschließlich auf Abrechnungsdaten von AOK-Versicherten, es fehlt zudem das Versor-

Tabelle 13–4

**Anteil der Notfallambulanzen an der Gesamtzahl ambulanter Notfallbehandlungen**

Versorger	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016
Notaufnahmen	50,1	52,8	54,5	54,8	55,2	57,5	58,2	58,6
Vertragsärzte inkl. Anlauf- und Portalpraxen	49,9	47,2	45,5	45,2	44,8	42,5	41,8	41,4

Quelle: Abrechnungsdaten von AOK-Versicherten mit Wohnort in Schleswig-Holstein, Hamburg, Niedersachsen, Westfalen-Lippe, Nordrhein, Hessen, Rheinland-Pfalz, Saarland, Berlin, Brandenburg, Mecklenburg-Vorpommern, Sachsen, Sachsen-Anhalt, Thüringen und einer Inanspruchnahme ambulanter Notfallleistungen in diesen Regionen. Dieser Auswertung liegen zwischen 4,78 Mio. Notfälle in 2010 und und 5,6 Mio. Notfälle in 2016 zugrunde.

Krankenhaus-Report 2018

WIdO

Gemessen an der Gesamtzahl abgerechneter ambulanter Notfälle entfällt seit 2009 ein stetig wachsender Anteil auf die Notfallaufnahmen. Waren es in den 14 betrachteten Bundesländern 2009 zunächst 50,1 % aller Notfälle, so ist dieser Anteil in den Folgejahren stetig auf nunmehr 58,6 % angestiegen (vgl. Tabelle 13–4). Diese bereits festgestellte Strukturverschiebung (vgl. Dräther und Schäfer 2017, S. 37) setzte sich somit 2015 und 2016 fort – allerdings im Vergleich etwa zu den Jahren 2009/2010 und 2013/2014 in abgeschwächter Form. Dies erklärt sich möglicherweise durch die schrittweise Etablierung von Portalpraxen (Notdienstpraxen) an/in Krankenhäusern, aber auch dadurch, dass die Notaufnahmen maximal ausgelastet sind, sodass dort keine zusätzliche ambulante Versorgung mehr übernommen werden kann. Dräther und Schäfer (2017) konstatieren zudem, dass es in einzelnen Regionen zu großen Schwankungen bei den Versorgungsanteilen kommt (Dräther und Schäfer 2017, S. 37).

Über die tatsächliche Anzahl der Krankenhäuser, die ambulante Notfallleistungen mit der KV abrechnen, ist nur wenig bekannt. Das liegt zum einen an Sonderregelungen in den vereinzelt KV-Bezirken und zum anderen an der intransparenten Standortliste und Zuordnung der Betriebsstättennummern zu einem Krankenhaussträger. In Auswertungen von Bockhorst et al. (2017) konnte gezeigt werden, dass ca. 72 % der untersuchten 1 362 Krankenhausstandorte mindestens 100 Fälle im Zeitraum Q1/2015 bis einschließlich Q2/2016 mit der KV abrechneten (Bockhorst et al. 2017, S. 187).<sup>7</sup>

Basierend auf den Auswertungen lässt sich eine Umverteilung der medizinischen Notfälle aus dem kassenärztlichen Bereich in die Notaufnahmen der Krankenhäuser feststellen. Ob diese Umverteilung aus der fehlenden Abdeckung durch den kassenärztlichen Bereitschaftsdienst oder durch ein verändertes Inanspruchnahmeverhalten der Versicherten resultiert, lässt sich aktuell nicht belastbar untersuchen.

gungsgeschehen in Bayern und Baden-Württemberg, das aus datentechnischen Gründen unberücksichtigt bleiben musste.

<sup>7</sup> Vgl. auch Dräther und Mostert 2016, S. 50 ff.

### 13.2.3 Fehlende einheitliche und verbindliche Planungsgrößen

Gemäß § 75 Abs. 1 b SGB V umfasst der Sicherstellungsauftrag der KVen und der KBV „[...] die vertragsärztliche Versorgung zu den sprechstundenfreien Zeiten (Notdienst), nicht jedoch die notärztliche Versorgung im Rahmen des Rettungsdienstes, soweit Landesrecht nicht anderes bestimmt. Die Kassenärztlichen Vereinigungen sollen den Notdienst auch durch Kooperation und eine organisatorische Verknüpfung mit zugelassenen Krankenhäusern sicherstellen; hierzu sollen sie entweder Notdienstpraxen in oder an Krankenhäusern einrichten oder Notfallambulanzen der Krankenhäuser unmittelbar in den Notdienst einbinden. [...] Die Kassenärztlichen Vereinigungen sollen mit den Rettungsleitstellen der Länder kooperieren“.

Die regionale Gestaltungshoheit und Verantwortung ist damit bei den KVen der Länder, wobei die Sicherung durch die teilnehmenden Vertragsärzte im kassenärztlichen Bereitschaftsdienst und durch die Krankenhausärzte in den Notaufnahmen erfolgt. Die unterschiedlichen Organisationen und Strukturen der KVen bilden eine sehr heterogene Versorgungslandschaft für ambulante Notfallpatienten. So finden sich in einigen Bundesländern besondere Bereitschaftsdienstpraxen, dagegen gibt es in anderen Ländern die Regelung, dass die Behandlung in der Praxis des diensthabenden Arztes stattfindet. Es gibt auch die Möglichkeit einer häuslichen Versorgung durch den ärztlichen Bereitschaftsdienst („fahrenden Bereitschaftsdienst“). Seit 2012 wird bundesweit die einheitliche Rufnummer 116117 beworben und angeboten, um einen Arzt (Bereitschaftsdienst) auch außerhalb der vertragsärztlichen Sprechstundenzeiten zu erreichen. Unabhängig von der Zulassung als niedergelassener Kassenarzt besteht darüber hinaus für alle niedergelassenen Privatärzte eine Verpflichtung zur Teilnahme am Notfalldienst.

Grundsätzlich wird zwischen allgemeinärztlich und fachärztlich ausgerichteten Notdienstpraxen unterschieden. Die allgemeinärztlich ausgerichteten Notdienstpraxen versorgen Notfallpatienten, die sonst einen Hausarzt aufsuchen. Die fachärztlichen Notdienstpraxen umfassen Versorgungsangebote für die Kinder- und Jugendmedizin, Hals-Nasen-Ohrenheilkunde, Augenheilkunde oder Chirurgie. Vorrangig werden die Praxen bereits an Krankenhausstandorten etabliert. In der Bildung der Portalpraxen lässt sich gleichwohl ein starkes Ost-West-Gefälle erkennen. Im Osten finden sich aufgrund der geringeren Krankenhausedichte weniger Portalpraxen. Zwar existieren in Bayern auch nur sehr wenige Portalpraxen, umfassende Reformen sollen dies jedoch ändern (vgl. aQua 2016, S. 13). Das Zentralinstitut für die Kassenärztliche Versorgung in der Bundesrepublik Deutschland (Zi) nimmt bei der Diskussion um die Anzahl der einzurichtenden Portalpraxen eine restriktive Position ein. Nach Berechnungen des Zi ist die Etablierung von Portalpraxen an allen Krankenhäusern nicht durchsetzbar, da in den strukturschwachen Regionen nicht genügend niedergelassene Ärzte zur Verfügung stehen würden (vgl. Zi 2016)<sup>8</sup>. Auch

<sup>8</sup> Das Institut geht in seiner Modellrechnung von 1 600 Klinikstandorten aus, die in Deutschland an der Notfallversorgung teilnehmen. Um diese Praxen von 7 bis 23 Uhr zu besetzen, wäre ein Zwei-Schicht-Betrieb von je acht Stunden notwendig. Dies würde bedeuten, dass jeder der 55 400 Hausärzte in Deutschland zusätzlich zu den bestehenden Bereitschaftsdiensten im Schnitt 21 Dienste im Jahr leisten müsste, also jede zweite Woche eine Schicht in einer Portalpraxis.

mit einer möglichen Strukturbereinigung für die Teilnahme an der stationären Notfallversorgung durch das zukünftige Notfallstufenkonzept ist die flächendeckende Etablierung von Portalpraxen an allen stationären Notfallversorgern nicht zielführend. Aus Sicht des Zi ist es hingegen zur Verminderung von Qualitätsdefiziten erforderlich, insbesondere in Ballungszentren, die Standorte der Krankenhausnotaufnahmen zu konzentrieren, um an diesen Hauptstandorten qualifizierte Bereitschaftspraxen einzurichten (Stillfried et al. 2017).

Hinweise auf einen in Teilen nicht funktionierenden kassenärztlichen Bereitschaftsdienst verdichten sich in den letzten Jahren. Vor allem in ländlichen Regionen herrschen große Herausforderungen für eine flächendeckende Versorgung. Ursachen sind nicht nur das zunehmende Verteilungsproblem von Ärzten in strukturschwachen Regionen und die immer größer werdenden Notdienstbezirke<sup>9</sup>, sondern auch das Wertesystem der jüngeren Generationen. Für viele angehende Ärztinnen und Ärzte ist für die Standortwahl entscheidend, ob die Teilnahme am ärztlichen Bereitschaftsdienst notwendig ist. In einer Befragung von Kittel et al. (2016) wird deutlich, dass der Bereitschaftsdienst für die Niederlassung von Ärzten im ländlichen Raum eine hohe Relevanz hat. Die befragten Mediziner machen dabei deutlich, dass der Faktor Freizeit ihnen wichtiger ist als eine angemessene pauschale Vergütung durch die Sicherstellung bzw. Teilnahme am kassenärztlichen Bereitschaftsdienst (Kittel et al. 2016, S. 142).

## 13

## 13.3 Neuordnung der Notfallversorgung

Die Neuordnung der ambulanten und stationären Notfallversorgung sowie die Schaffung eines integrierten Angebots im Notfall verfolgen das Ziel, Patienten zu den richtigen Versorgungseinheiten zu navigieren und somit eine effiziente, effektive und qualitativ hochwertige Versorgung zu jeder Tages- und Nachtzeit zu gewährleisten. Die wesentlichen Bausteine dazu werden im Folgenden skizziert.

### 13.3.1 Definition von Notfällen

Geissler et al. (2017) stellen in einer gezielten Literatursuche und Analyse verschiedener europäischer Länder fest, dass es keine einheitliche Definition eines Notfalls oder der Notfallversorgung gibt (Geissler et al. 2017, S. 43). Bei einem Notfall ist die Bandbreite des Schweregrads von leichten (nicht dringlicher Behandlungsbedarf) bis zu lebensbedrohlichen (dringlicher Behandlungsbedarf) Krankheits- und Verletzungsbildern zu unterscheiden. Behringer et al. (2013) definieren den Notfall aus Patientensicht vor Diagnostik: „Als medizinischer Notfall bzw. als Notfallpatienten werden alle Personen definiert, die körperliche oder psychische Veränderungen im Gesundheitszustand aufweisen, für welche der Patient selbst oder eine Drittperson unverzügliche medizinische und pflegerische Betreuung als notwendig erachtet“ (vgl. Behringer et al. 2013, S. 174). Eine normative und verbindliche

<sup>9</sup> Um die Anzahl der Dienste pro Arzt zu verringern, wurden die Bezirke erweitert.

Definition von Notfallpatienten existiert jedoch nicht. Wer sich subjektiv in seiner Gesundheit bedroht fühlt, gilt als Notfall (vgl. Augurzky und Beivers 2015, S. 20).

Herausfordernd für die Etablierung einer einheitlichen Definition ist, dass die Definition des medizinischen Notfalls gegenwärtig inhaltlich von der Zuständigkeit des Notdienstes zu trennen ist. So wird zwischen dem lebensbedrohlichen medizinischen Notfall – dieser erfordert einen rettungsdienstlichen Einsatz – und der akuten Notsituation unterschieden (vgl. Niehues (2012), S. 31). „Akute Situationen beschreiben einen Gesundheitszustand ohne vitale Gefährdung, [...] aufgrund dessen der Patient erfahrungsgemäß auch außerhalb der Sprechstunde dringend ärztliche Hilfe sucht“ (Lander 2006, S. 616).

Die Begriffsdefinition „Notfall“ wird somit bei der Versorgung sowohl von den Patienten als auch den Leistungserbringern unterschiedlich interpretiert. Neben der Notwendigkeit zur Definition des Begriffs Notfall ist die Einführung weiterer Begriffe zur Entwicklung eines sektorenübergreifenden Notfallversorgungskonzeptes zwingend notwendig. Als Grundlage für die Definition von Notfällen können im Folgenden die Rettungsdienstgesetze der Länder dienen (bspw. Hessisches Rettungsdienstgesetz (HRDG)). Hierbei ist zwischen dem Notfall aus medizinischer sowie rechtlicher Perspektive zu differenzieren. Während sich der medizinische Notfall ausschließlich am Gesundheitszustand und der Behandlungsnotwendigkeit orientiert, stehen bei der rechtlichen Auslegung Zuständigkeiten und Abrechnungsfragen im Vordergrund. In der Fachliteratur lässt sich keine genaue Definition eines stationären oder ambulanten Notfalls finden (Beivers und Dodt 2014, S. 194).

Abbildung 13–3

<b>Definition des Notfallbegriffs</b>	
<p><b>Stationärer Notfall</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Stationäre Notfallpatienten sind Verletzte oder Kranke, die sich in Lebensgefahr befinden oder bei denen schwere gesundheitliche Schäden zu befürchten sind, wenn sie nicht unverzüglich die erforderliche medizinische Versorgung erhalten.</li> </ul>	<p><b>Ambulanter Notfall</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Ein ambulanter Notfall bleibt ambulant nach entsprechender Diagnostik und sicherem Ausschluss von Lebensgefahr und stationärer Notfalltherapie.</li> <li>• Patient wird nach Hause entlassen oder in den vertragsärztlichen Bereich während der Regelöffnungszeiten überwiesen.</li> </ul>
<p><b>Stationärer Akutfall</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Stationärer Akutfall ist die plötzliche Verschlechterung des Gesundheitszustandes mit dringendem Behandlungsbedarf, aber ohne die Kennzeichen eines Notfalls.</li> <li>• Es besteht hier aktuell <u>keine</u> Lebensgefahr und die Entwicklung eines lebensgefährlichen Zustands ist mittelfristig (24 – 48 h) nicht zu erwarten. Bei stationärer Versorgung muss nicht mit erheblichen gesundheitlichen Folgen gerechnet werden.</li> </ul>	<p><b>Bagatelldfall</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Akutfälle, die aus medizinischer Sicht keiner Versorgung bedürfen, sind Bagatelldfälle.</li> </ul>
<p>Quelle: Eigene Definitionen in Anlehnung an die Landesrettungsdienstgesetze sowie Riessen et al. 2015.</p>	
<p>Krankenhaus-Report 2018 <span style="float: right;">WiDO</span></p>	



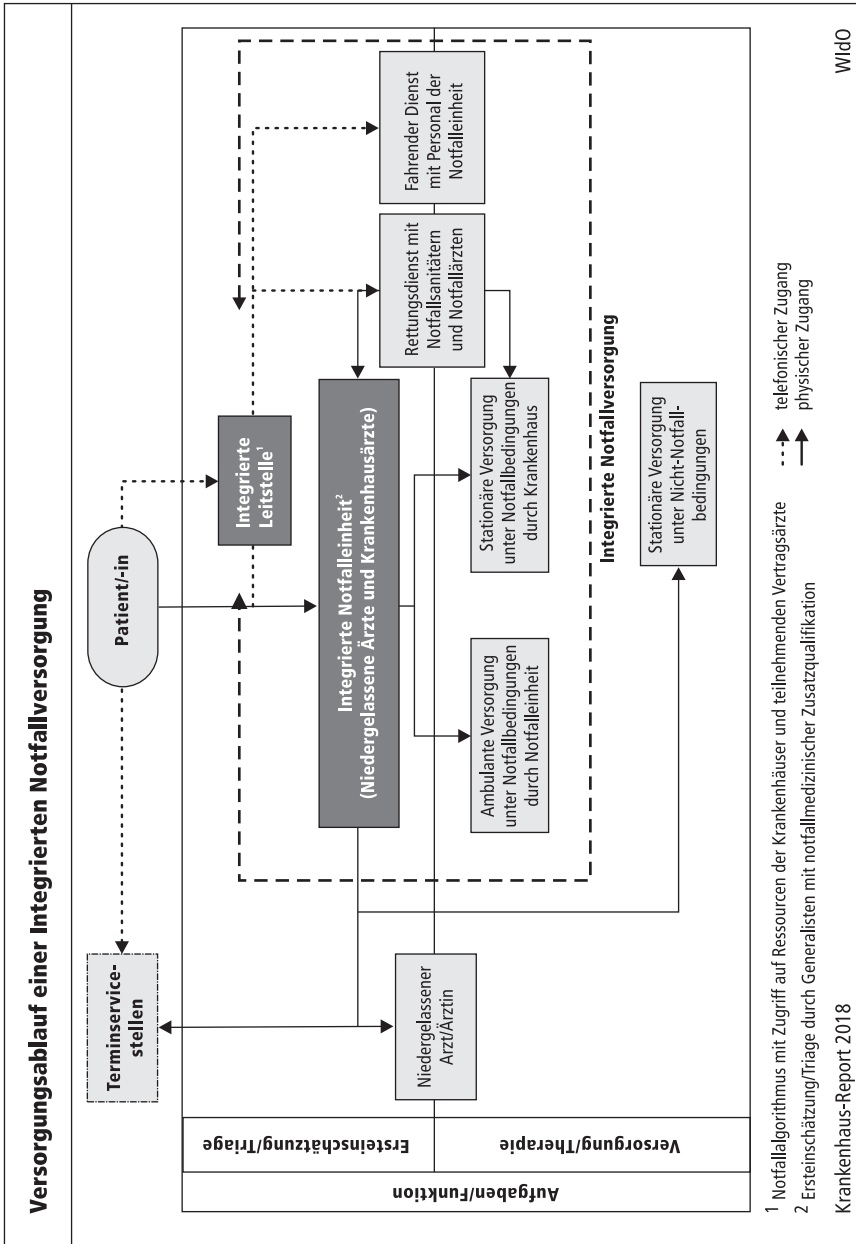
Nach erfolgter Ersteinschätzung und Diagnostik können vier unterschiedliche Fallarten unterschieden werden, die unterschiedliche Versorgungskapazitäten nach sich ziehen (vgl. Abbildung 13–2). Eine frühzeitige Ersteinschätzung und Wegweisung der unterschiedlichen Notfallarten ist somit unabdingbar, da die Notfallversorgung kein eigener Versorgungssektor ist, sondern unterstützende und ergänzende Aufgaben sowohl für die ambulante als auch die stationäre Versorgung erfüllt. Insbesondere bei der steigenden Inanspruchnahme der Notaufnahmen der Krankenhäuser wird es als besonders kritisch betrachtet, dass sich dort auch ein Großteil von Patienten mit nichtdringlichem Behandlungsbedarf vorstellt. Diese Patienten weisen Krankheiten auf, die in einem regulären vertragsärztlichen Setting behandelt werden könnten. Für eine Aufklärung und Navigation von Patienten im Notfall ist daher eine Differenzierung nach Versorgungsbedarf bei medizinischem Behandlungsersuchen unabdingbar. Dies ermöglicht eine bessere Planung und Organisation der Notfallversorgungskapazitäten. Patienten, Leistungserbringer und Kostenträger erhalten somit mehr Transparenz über die Leistungsangebote und Versorgungsprozesse im Notfall.

Die Unterscheidung zwischen den in Abbildung 13–3 präsentierten Definitionen verdeutlicht, dass die Notaufnahmen der Krankenhäuser, die Rettungsdienste oder kassenärztlichen Bereitschaftsdienste in der Regel nicht nur Notfälle versorgen. In den Notaufnahmen sind in der Regel weniger als 10% der Patienten lebensbedrohlich erkrankt (Beivers und Dodt 2014, S. 194). Die Unterscheidung bzw. Zuordnung ist auch mit einer subjektiven Wahrnehmung des Gesundheitszustandes verbunden. Die diagnostische Abklärung und Versorgung bei einem Akutfall muss primär mit ambulanten Mitteln erfolgen. Nach Diagnostik und ggf. Stabilisierung kann eine Aufnahme als stationärer Fall erfolgen, Weiterverlegung in eine Einrichtung als „stationärer Notfall“ oder Entlassung in die vertragsärztliche Versorgung sind auch möglich (vgl. Slowik und Malzahn 2017, S. 25–26).

### 13.3.2 Notfallversorgung in Integrierten Notfalleinheiten (INE) organisieren

Durch die aufgezeigten Strukturverschiebungen und strukturellen Hindernisse zwischen kassenärztlichem Notdienst und Krankenhäusern (vgl. Abschnitt 13.2) kommt es zunehmend zu einer Fehlinanspruchnahme der ambulanten Notfallpatienten in den Krankenhäusern und des Rettungsdienstes. Die Mehrheit der medizinischen Notfälle im somatischen Bereich weist keine unmittelbar lebensbedrohenden Symptome auf. Eine schnelle Einschätzung der gesundheitlichen Risiken ist daher umso wichtiger, um die Behandlungsdringlichkeit der Notfallpatienten festzulegen (vgl. Beivers und Dodt 2014, S. 194). Um eine bedarfsgerechte und schnelle Ersteinschätzung zu gewährleisten, sollte die Notfallversorgung nach Meinung der Autoren in Integrierte Notfalleinheiten (INE) am/im Krankenhaus in urbanen und ländlichen Regionen überführt werden. Patienten hätten somit eine zentrale Anlaufstelle für das medizinische Behandlungsersuchen im Notfall. Die Integrierten Notfalleinheiten sollten durch niedergelassene Ärzte und Krankenhausärzte gemeinsam betrieben werden. In der Notfalleinheit wird entschieden, ob der Patient mit ambulanten oder stationären Notfallmitteln und -kapazitäten versorgt werden muss oder in die vertragsärztliche Regelversorgung entlassen werden kann bzw. ein Termin

Abbildung 13-4



bei einem Vertragsarzt nötig ist. Die Grundsatzidee der Portalpraxen wird somit etabliert und weiterentwickelt (vgl. Abbildung 13–4).

Die Ersteinschätzung sollte nach internationalen Qualitätskriterien und anerkannten Triage-Methoden durchgeführt werden. An einem gemeinsamen Tresen entscheidet dabei eine Triage-Kraft nach Dringlichkeit und medizinischem Bedarf über die weitere Behandlung der Patienten. Diejenigen Patienten, die keiner stationären Behandlung bedürfen, werden von der Integrierten Notfalleinheit direkt am Krankenhaus oder im vertragsärztlichen Bereich versorgt. Perspektivisch kann auch die Integrierte Notfalleinheit eine neue Art der „Notaufnahme“ mit eigenem Personal darstellen. Da die Notfalleinheit idealtypisch an einem Krankenhaus angesiedelt ist, sind bereits alle notwendigen technischen Voraussetzungen der Diagnostik erfüllt. Nach Berechnung von Dräther und Schäfer (2017) sind 99% der diagnostischen Untersuchungen in der ambulanten Notfallversorgung bereits durch die technische Ausstattung eines Krankenhauses abgedeckt (Vgl. Dräther und Schäfer 2017). Es müssen somit keine Doppelstrukturen bzw. „das Krankenhaus neben dem Krankenhaus“ etabliert werden.

Um die bedarfsgerechte Kapazitätsplanung an den richtigen Versorgungseinheiten zu gewährleisten, sollte der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) eine neu zu erarbeitende Notfallversorgungs-Richtlinie (bspw. Strukturvorgaben, Qualifikation und Ausbildung des Personals, Erreichbarkeiten) für die Integrierten Notfalleinheiten erlassen, die flächendeckend verfügbar sind. Im Idealfall erfolgt die Einrichtung an einem regionalen Krankenhaus, das an der stationären Notfallversorgung gemäß dem Notfallstufenkonzept nach § 136c Abs. 4 SGB V teilnimmt. In weniger besiedelten Regionen werden die Integrierten Notfalleinheiten an zentralen Orten – bspw. durch ein MVZ oder durch eine Praxisklinik – geplant und zugelassen. Um die Versorgung von immobilen Akutpatienten auch weiterhin zu gewährleisten, sollte ein fahrender Dienst mit qualifiziertem Personal in der Verantwortung der Integrierten Notfalleinheit etabliert werden. Dadurch wären nicht nur Vertragsärzte für den fahrenden kassenärztlichen Bereitschaftsdienst verantwortlich.

Um Diagnostik und therapeutische Maßnahmen zu finanzieren, ist die Vergütung der Leistungserbringung in den Integrierten Notfalleinheiten leistungsorientiert und aufwandsgerecht auszugestalten. Wie in Abschnitt 13.1.2 dargestellt, verfolgen die diversen Interessenvertretungen der Leistungserbringer und Kostenträger unterschiedliche Ziele bei der Neuordnung des Vergütungssystems. Grundsätzlich kann konstatiert werden, dass die Vergütung ambulanter Notfallleistungen Teil der kassenärztlichen Gesamtvergütung ist – diese Leistungen sind somit bereits vollständig finanziert. Stationäre Notfälle und Akutfälle sind über das bestehende Fallpauschalensystem finanziert. Infolge des Krankenhausstrukturgesetzes müssen die Vertragsparteien auf Bundesebene bis zum 30.06.2018 die Höhe und die nähere Ausgestaltung der Zu- und Abschläge für eine Teilnahme oder Nichtteilnahme von Krankenhäusern an der Notfallversorgung vereinbaren. Stationären Notfallversorgern stehen somit neben der fallbezogenen Regelvergütung zukünftig prozedur-unabhängige Zuschläge für eine Teilnahme an der Notfallversorgung zur Verfügung. Die Finanzierung der Notfalleinheiten kann somit auf Basis der bisherigen Budget- und Abrechnungsmodalitäten (DRG, Notfallzu- und -abschläge, EBM) geschehen, wobei weitere ergänzende Vergütungsziffern denkbar wären. Auch eine

Direktfinanzierung ohne Abkehr von den bisherigen Abrechnungskatalogen und dem damit verbundenen Preissystem ist nicht ausgeschlossen.

Für die Integrierte Notfalleinheit und die Notfallmedizin sollten pflegerische und ärztliche Fachkräfte sowie eine entsprechende Infrastruktur bestimmten Strukturqualitätskriterien folgen. Um sicherzustellen, dass die Anforderungen an das notfallmedizinische Personal erfüllt werden können und ausreichend Fachkräfte zur Verfügung stehen, muss das Berufsfeld „Notfallversorgung“ attraktiver werden. Um die hohe Qualität der Notfallversorgung auch zukünftig zu gewährleisten, ist der Facharzt für Notfallmedizin somit zukunftsweisend und langfristig anzustreben.

### 13.3.3 Planungsverantwortung neu regeln und sicherstellen

Die Planung, Sicherstellung und Leistungserbringung ist je nach Akteur bislang unterschiedlich geregelt. Ziel muss es sein, die Verantwortung in einem gemeinsamen Interessenausgleich der Akteure auf Landesebene zu verschmelzen.

Die Kriterien zur Feststellung des Bedarfs an Integrierten Notfalleinheiten müssen auf Basis einer neu zu erarbeitenden Notfallversorgungs-Richtlinie im Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) erfolgen. Die Richtlinie muss unter Beteiligung von Deutscher Krankenhausgesellschaft, Kassenärztlicher Bundesvereinigung und Krankenkassen erarbeitet werden. Der regionale Bedarf wird anschließend in einem neu zu gründenden gemeinsamen Gremium auf Landesebene festgestellt. Dies garantiert eine enge Zusammenarbeit und Abstimmung aller Akteure, um sowohl die ambulanten als auch die stationären Notfallversorgungskapazitäten optimal zu gestalten. Die Planungskriterien der Notfallversorgungs-Richtlinie müssen dabei Handlungsspielräume für regionale Gestaltungsmöglichkeiten weiterhin zulassen. Die Integrierten Notfalleinheiten werden nicht Bestandteil der gegenwärtigen Bedarfsplanung der vertragsärztlichen Versorgung oder der Krankenhausplanung der Länder, sondern ergänzen oder substituieren diese. Die neue Notfallversorgungsplanung berücksichtigt somit auch das gestufte System von Notfallstrukturen im Krankenhaus.

Die Umsetzung und Standortfestlegung der Integrierten Notfalleinheiten übernimmt auf der Landesebene ein neu zu gründendes gemeinsames Gremium, das auch die Verantwortung für die Sicherstellung wahrnimmt. Die KVen hätten somit nicht mehr die alleinige Sicherstellungsverantwortung in der ambulanten Notfallversorgung. Das Gremium sollte nach Meinung der Autoren paritätisch mit Kassenärztlichen Vereinigungen, Krankenhäusern und Kassen besetzt sein. Die Länder übernehmen bei diesem Modell die Rechtsaufsicht und können an den Beratungen des Gremiums beteiligt werden (3+1-Modell). Landesindividuelle Lösungen und Kooperationen sind weiterhin möglich.

### 13.3.4 Integrierte Leitstellen einrichten

Ein zentrales Element einer zukünftigen Notfallversorgung ist die Etablierung Integrierter Leitstellen. Die Patientensteuerung sollte zukünftig über eine sektorenübergreifende Leitstelle mit einer einheitlichen Telefonnummer und einer Verfügbarkeit von 24 Stunden an sieben Tagen der Woche erfolgen. In vielen europäischen Ländern ist dieses Konzept seit vielen Jahren erfolgreich etabliert (vgl. Van de Heede und Van de Voorde, S. 1343).

Viele Patienten sind gegenwärtig verunsichert bei der Entscheidung über die Wahl der richtigen Versorgungseinheit und wohin sie sich für medizinische Hilfe im Notfall wenden sollen (vgl. Abschnitt 13.2.1). Wer sich unwohl fühlt, soll derzeit den Notdienst der Kassenärztlichen Vereinigung aufsuchen oder die 116117 anrufen. Einen einheitlichen Ansprechpartner erreichen Patienten bundesweit jedoch nicht, da die Dienste regional variieren und unterschiedlich organisiert sind.

Zukünftig sollten bundesweite Integrierte Leitstellen navigieren und beraten. Diese agieren als zentrale Kontaktstelle für die Anrufer und könnten als virtueller Versorgungsnavigator fungieren, der zu den richtigen Versorgungseinheiten steuert und disponiert. Die Leitstelle muss verpflichtend standardisiert und strukturiert abfragen. Hierzu wird ein strukturierter Abfragekatalog verwendet und entsprechend qualifiziertes Personal eingesetzt. Den Patienten steht somit ein zentraler Ansprechpartner für ein medizinisches Behandlungersuchen zur Verfügung. Campell et al. (2014) zeigen, dass eine telefonische Triage die Steuerung der Patienten in die richtigen Versorgungsebenen verbessern kann (Campell et al. 2014, S. 1 866). Langfristig hat diese Leitstelle den Überblick über die aktuelle Lokalisation der Rettungsdienste, den Ort des Notfalls sowie die Erreichbarkeiten, Auslastung und auch Wartezeiten bei den an der Notfallversorgung beteiligten Akteuren, insbesondere der Integrierten Notfalleinheit.

### 13.3.5 Qualität der Versorgung durch Aufklärung der Versicherten verbessern

13

Wie in Abschnitt 13.2.1 dargestellt ist die Gesundheitskompetenz der Notfallpatienten gegenwärtig nur unzureichend ausgebildet. Außerhalb und während der regulären Sprechzeiten wählen Notfallpatienten in der Folge verstärkt die Klinik-Notaufnahmen als erste Versorgungseinheit und nicht den organisierten kassenärztlichen Bereitschaftsdienst bzw. ärztlichen Notdienst. Aufgrund der wachsenden Inanspruchnahme der Notaufnahmen durch Patienten mit nichtdringlichem Behandlungsbedarf steigt dadurch die Gefahr, dass Notfallpatienten mit dringlichem Behandlungsbedarf aufgrund von Überlastungen unterversorgt werden und es zu Zeitverzug und Transferbedarf in eine höherwertige Versorgungsstufe kommt (Behringer et al. 2013, S. 625).

Es bedarf somit einer umfassenden Informations- und Schulungskampagne für die Versicherten zu den Versorgungsmöglichkeiten im Notfall. Mittelfristig sollte ein elektronischer bzw. mobiler Navigator (bspw. als App) entwickelt werden. Versicherte haben dadurch alle Leistungserbringer in der näheren Umgebung mit den verfügbaren Servicezeiten im Überblick. Dabei erfolgt eine Verknüpfung mit den optionalen Transportdiensten. Die flächendeckende Stärkung der Wiederbelebungs-kompetenz und der Hilfsmotivation der Bevölkerung sollte durch gezielte Aktivierungs- und Bildungsmaßnahmen sichergestellt werden.

### 13.3.6 Rettungsdienst weiterentwickeln

Notfallpatienten sollten nicht in die am besten zu erreichende Klinik gebracht werden, sondern in die nach Leistungsspektrum und Qualität geeignete Klinik. Die Qualitätssicherung ist gegenwärtig lückenhaft und regional unterschiedlich. Eine

Nutzung von Routinedaten ist kaum vertreten. Nach Angaben der Stelle zur trägerübergreifenden Qualitätssicherung im Rettungsdienst Baden-Württemberg wurde festgestellt, dass über ein Viertel der polytraumatisierten Patienten nicht primär in ein dafür geeignetes Zentrum transportiert wurde (SQRBW 2017). Zwischen den Ergebnissen der einzelnen Rettungsdienstbereiche zeigen sich zudem große Unterschiede.

Die Qualitätssicherung des Rettungsdienstes sollte daher in der Zukunft stärker mit Routinedaten erfolgen. Den Kostenträgern und Institutionen der Qualitätssicherung müssen dazu Rettungsdiensteinsatzdaten digital zur Verfügung stehen (einheitliches Format und Datenverarbeitungsstellen). Hilfsfristen sollten einheitlich definiert und gemessen werden. Zukunftsorientiert ist eine zeitliche Betrachtung der gesamten Versorgungskette und damit einhergehend eine Etablierung von einheitlichen „Versorgungsfristen“.

Der Rettungsdienst hat neben dem Transport in ein geeignetes Krankenhaus auch eine wichtige Rolle bei der Erstversorgung von Notfallpatienten. Eine Erweiterung des Kompetenzbereichs der Rettungsdienste ist zwingend erforderlich. Die bereits ausgebildeten und hochqualifizierten Notfallsanitäter müssen mittelfristig umfassendere Rechte für die unmittelbare Versorgung von Patienten erhalten. Dies kann auch derzeit noch notärztliche Tätigkeiten umfassen. Die Einbindung/Etablierung telemedizinischer Anwendungen kann dabei zur Verbesserung der Kommunikation mit Rettungskräften zur Übermittlung von Anweisungen oder Absprachen für die Behandlung beitragen.

## 13.4 Fazit

Ziel der gesamten Reform muss es sein, eine effiziente, am Patientenwohl orientierte Notfallversorgung sicherzustellen. Dies gelingt sicherlich nicht dadurch, dass Partikularinteressen der unterschiedlichen Beteiligten bedient werden, sondern nur durch den Blick auf alle Komponenten der Notfallversorgung, die sich aus Rettungsdienst, Vertragsärzteschaft und Krankenhäusern zusammensetzt. Zwar fehlt ein umfassender gesetzlicher Auftrag entsprechend vorzugehen, doch kann der Gesetzgeber dies mit einem neuen Gesetz mit dem Fokus auf die sektorenübergreifende Notfallversorgung entscheidend verändern. Positiv zu werten ist, dass alle gesundheitspolitischen Akteure die Steuerung von Notfallpatienten und eine Kapazitäts-/Raumplanung als wichtigen Schritt ansehen. Moderne Notfallversorgung kann nur mit sektorenübergreifenden Ansätzen funktionieren. Andere Länder in der Europäischen Union haben bereits bewiesen, dass dies funktionieren kann. Es bedarf daher nur noch des versorgungspolitischen Willens für ein sektorenübergreifendes Vorgehen.

## Literatur

- Institut für angewandte Qualitätsförderung und Forschung im Gesundheitswesen (aQua). Ambulante Notfallversorgung – Analyse und Handlungsempfehlungen. Göttingen 2016. <https://www.aqua-institut.de/projekte/ambulante-notfallversorgung/> (12 September 2017).
- Augurzky B, Beivers A, Dodt C. Handlungsbedarf trotz Krankenhausstrukturgesetz: Elf Thesen zur Reform der Notfallversorgung. RWI-Positionen (#068). Essen 2017. <https://www.econstor.eu/bitstream/10419/162134/1/889960267.pdf> (12 September 2017).
- Augurzky B, Beivers A. Rettung für die Notfallmedizin. *Gesundheit und Gesellschaft* 2015; 18 (10): 19–23.
- Behringer W, Buergi U, Christ M, Dodt C, Hogan B. Fünf Thesen zur Weiterentwicklung der Notfallmedizin in Deutschland, Österreich und der Schweiz. *Notfall + Rettungsmedizin* 2013; 16 (8): 625–6.
- Bockhorst K, Leber WD, Wolff J. Neustrukturierung der Notfallversorgung. In: Repschläger U, Schulte C, Osterkamp N (Hrsg). *Gesundheitswesen aktuell*. 2017; 177–97.
- Beivers A, Dodt C. Ökonomische Aspekte der ländlichen Notfallversorgung. *Notfall + Rettungsmedizin* 2014; 17 (3): 190–8.
- Bundestagsdrucksache 18/4095. Entwurf eines Gesetzes zur Stärkung der Versorgung in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Versorgungsstärkungsgesetz – GKV-VSG). Deutscher Bundestag. 18. Wahlperiode. Berlin 2015.
- Bundestagsdrucksache 18/5372. Entwurf eines Gesetzes zur Reform der Strukturen der Krankenhausversorgung (Krankenhausstrukturgesetz – KHSG). Deutscher Bundestag. 18. Wahlperiode. Berlin 2015.
- Campbell JL, Fletcher E, Britten N, Green C, Holt TA, Lattimer V et al. Telephone triage for management of same-day consultation requests in general practice (the ESTEEM trial): a cluster-randomised controlled trial and cost-consequence analysis. *Lancet* 2014; 384 (9957): 1859–68.
- DKG. Positionspapier der Deutschen Krankenhausgesellschaft für die 19. Legislaturperiode des Deutschen Bundestags vom 29.03.2017. [http://www.dkgev.de/media/file/45651.2017-03-29\\_DKG\\_Positionen\\_2017.pdf](http://www.dkgev.de/media/file/45651.2017-03-29_DKG_Positionen_2017.pdf) (12 September 2017).
- Dräther H, Schäfer T. Die ambulante Notfallversorgung in Notfallambulanzen und bei Vertragsärzten im Zeitraum 2009 bis 2014. In: Klauber J, Geraedts M, Friedrich J, Wasem J (Hrsg). *Krankenhaus-Report 2017*. Stuttgart: Schattauer 2017; 25–40.
- Eckpunkte des Marburger Bundes für eine Strukturreform der medizinischen Notfallversorgung 2017: ECKPUNKTE des Marburger Bundes für eine Strukturreform der medizinischen Notfallversorgung und eine Integrative Notfallversorgung vom 09.05.2017. <https://www.marburger-bund.de/sites/default/files/artikel/downloads/2017/notfallversorgung-durch-integration-neu-strukturieren/170509-eckpunkte-notfallversorgung.pdf> (12 September 2017).
- Fricke A. KBV-Chef Gassen – Hunderte Klinik-Ambulanzen überflüssig. 2017. [https://www.aerztezeitung.de/politik\\_gesellschaft/bedarfsplanung/article/945197/gassen-einige-hundert-ambulanzen-koennten-wegfallen.html?wt\\_mc=nl.upd.AEZ\\_NL\\_NEWSLETTER.2017-10-12.Bedarfsplanung.x](https://www.aerztezeitung.de/politik_gesellschaft/bedarfsplanung/article/945197/gassen-einige-hundert-ambulanzen-koennten-wegfallen.html?wt_mc=nl.upd.AEZ_NL_NEWSLETTER.2017-10-12.Bedarfsplanung.x) (12 September 2017).
- Haas C, Larbig M, Schöpke T, Lübke-Naberhaus KD, Schmidt C, Brachmann M, Dodt C. Gutachten zur ambulanten Notfallversorgung im Krankenhaus – Fallkostenkalkulation und Strukturanalyse der Management Consult Kestermann GmbH (MCK) erstellt in Kooperation mit der Deutschen Gesellschaft interdisziplinäre Notfall- und Akutmedizin e.V. (DGINA). Management Consult Kestermann. Hamburg 2015. [http://www.dkgev.de/media/file/19401.2015-02-17\\_Gutachten\\_zur\\_ambulanten\\_Notfallversorgung\\_im\\_Krankenhaus\\_2015.pdf](http://www.dkgev.de/media/file/19401.2015-02-17_Gutachten_zur_ambulanten_Notfallversorgung_im_Krankenhaus_2015.pdf) (12 September 2017).
- Hessisches Rettungsdienstgesetz (HRDG) 2017. zuletzt geändert am 16.12.2010.
- Geissler A, Quentin W, Busse R. Umgestaltung der Notfallversorgung: Internationale Erfahrungen und Potenziale für Deutschland. In: Klauber J, Geraedts M, Friedrich J, Wasem J (Hrsg). *Krankenhaus-Report 2017*. Stuttgart: Schattauer 2017; 41–59.
- Kittel B, Kaczynski A, Bethge S, Mühlbacher AC. Was braucht der neue Landarzt? – Ein Analytic Hierarchy Process (AHP). *Gesundheitsökonomie und Qualitätsmanagement* 2016; 21 (03): 137–44.
- KBV und Marburger Bund. Konzeptpapier von KBV und Marburger Bund. Integrative Notfallversorgung aus ärztlicher Sicht – Konzeptpapier von KBV und Marburger Bund vom 18.09.2017,

- <https://www.marburger-bund.de/sites/default/files/artikel/downloads/2017/integrative-notfallversorgung-aus-aerztlicher-sicht/17-9-18-mb-kbv-konzeptpapier-notfallversorgung.pdf> (19 September 2017).
- Kurscheid C, Kloepfer A, Wagner SVM, Balke N. Fokus Gesundheitspolitik – Die kommende Legislaturperiode aus Sicht der Akteure und der Parteien. Köln/Berlin 2017.
- Kickbusch I, Pelikan JM, Apfel F, Tsouros AD. 2013. Health literacy- The solid facts. WHO 2013. [http://www.euro.who.int/\\_\\_data/assets/pdf\\_file/0008/190655/e96854.pdf](http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0008/190655/e96854.pdf) (12 September 2017).
- KV und KBV zur Weiterentwicklung der ambulanten Notfallversorgung. Eckpunkte der Kassenärztlichen Bundesvereinigung und der Kassenärztlichen Vereinigungen zur Weiterentwicklung der ambulanten Notfallversorgung vom 29.03.2017. [http://www.kbv.de/media/sp/2017\\_03\\_29\\_Eckpunkte\\_Weiterentwicklung\\_ambulante\\_Notfallversorgung.pdf](http://www.kbv.de/media/sp/2017_03_29_Eckpunkte_Weiterentwicklung_ambulante_Notfallversorgung.pdf) (12 September 2017).
- Lander HJ. Die Verpflichtung des Arztes zur Notfallbehandlung und zur Teilnahme am Ärztlichen Notfalldienst. In: Knuth P, Sefrin P (Hrsg). Notfälle nach Leitsymptomen. Köln 2006; 616–9.
- Niehues C. Notfallversorgung in Deutschland – Analyse des Status quo und Empfehlungen für ein patientenorientiertes und effizientes Notfallmanagement. 1. Auflage. Stuttgart: Kohlhammer 2012.
- Riessen R, Gries A, Seekamp A et al. Positionspapier für eine Reform der medizinischen Notfallversorgung in deutschen Notaufnahmen. *Notfall + Rettungsmedizin* 2015; 18 (3): 174–85.
- Rissbacher C, Rissbacher C, Tilg B. Gründe für die ungerechtfertigte Inanspruchnahme von Spitalsambulanzen. *Gesundheitsökonomie und Qualitätsmanagement* 2010; 15: 176–84.
- Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen (SVR). Gutachten 2003. Finanzierung, Nutzerorientierung und Qualität. <http://dip21.bundestag.de/dip21/btd/15/005/1500530.pdf> (12 September 2017).
- Sachverständigenrat zur Begutachtung für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen (SVR). Gutachten 2014. Bedarfsgerechte Versorgung – Perspektiven für ländliche Regionen und ausgewählte Leistungsbereiche. <http://www.svr-gesundheit.de/index.php?id=465> (12 September 2017).
- Sachverständigenrat zur Begutachtung für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen (SVR). 2017: Weiterentwicklung der Notfallversorgung in Deutschland. [http://www.svr-gesundheit.de/fileadmin/user\\_upload/2017-09-08\\_Notfall\\_Webseite.pdf](http://www.svr-gesundheit.de/fileadmin/user_upload/2017-09-08_Notfall_Webseite.pdf) (30 September 2017).
- Schleef T, Schneider A, Tecklenburg A, Junius-Walker U, Krause O. Allgemeinmedizin in einer universitären Notaufnahme – Konzept, Umsetzung und Evaluation. *Das Gesundheitswesen* 2017; 79: 845–51.
- Schmiedhofer MH, Searle J, Slagman A, Möckel M. Inanspruchnahme zentraler Notaufnahmen: Qualitative Erhebung der Motivation von Patientinnen und Patienten mit nichtdringlichem Behandlungsbedarf. *Das Gesundheitswesen* 2017; 79: 835–44.
- Schmiedhofer MH, Möckel M, Slagman A, Frick J, Ruhla S, Searle J. Patient motives behind low-acuity visits to the emergency department in Germany: a qualitative study comparing urban and rural sites. *BMJ Open* 2016; 6; DOI: 10.1136/bmjopen-2016-013323.
- Slowik M, Malzahn J. Erste Hilfe für den Notfall. *Gesundheit und Gesellschaft* 2017; 20 (10): 23–27.
- Somasundaram R, Geissler A, Leidel BA, Wrede CE. Beweggründe für die Inanspruchnahme von Notaufnahmen – Ergebnisse einer Patientenbefragung. *Das Gesundheitswesen* 2016; DOI: <http://dx.doi.org/10.1055/s-0042-112459>.
- Stelle zur trägerübergreifenden Qualitätssicherung im Rettungsdienst Baden-Württemberg (SQRBW). Qualitätsbericht des Rettungsdienstes Baden-Württemberg für das Jahr 2016 vom September 2017. <https://www.sqrbw.de/de/sqr-bw/qualitaetsberichte> (12 September 2017).
- Stillfried D, Czihal T, Erhart M. Rolle der Krankenhäuser in der Notfallversorgung in Deutschland. Daten belegen massiven Reformbedarf. Zi-Paper 11/2017. [https://www.zi.de/cms/fileadmin/images/content/Publikationen/Zi-Paper\\_11-2017\\_Notfallversorgung.pdf](https://www.zi.de/cms/fileadmin/images/content/Publikationen/Zi-Paper_11-2017_Notfallversorgung.pdf).
- Van de Heede K, Van de Voorde C. Interventions to reduce emergency department utilisation: A review of reviews. *Health Policy* 2016; 120 (12): 1337–49.
- Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung in Deutschland (Zi). Portalpraxen-Pläne der Politik realitätsfern – weniger Krankenhäuser in der Notfallversorgung und strengere Aufnahmekriterien notwendig. Berlin 2016. <https://www.zi.de/cms/presse/archiv/2016/13-oktober-2016/> (12 September 2017).