

**Positionspapier für eine Reform der medizinischen Notfallversorgung in Deutschland
(2014)**

Prof. Dr. med. Reimer Riessen¹, Prof. Dr. med. Andreas Seekamp²,
Prof. Dr. med. André Gries³, Prof. Dr. med. Christoph Dodt⁴,
Dr. med. Bernhard Kumle⁵, PD Dr. med Hans-Jörg Busch⁶

mit Unterstützung der
Deutschen Interdisziplinären Vereinigung für Intensiv- und Notfallmedizin (DIVI), der
Deutschen Gesellschaft für Internistische Intensiv- und Notfallmedizin (DGIIN) und der Deutschen
Gesellschaft Interdisziplinäre Notfall- und Akutmedizin (DGINA)

¹ Internistische Intensivstation, Universitätsklinikum Tübingen

² Klinik für Unfallchirurgie, Universitätsklinikum Schleswig-Holstein, Kiel

³ Zentrale Notaufnahme, Universitätsklinikum Leipzig

⁴ Notfallzentrum, Städtisches Klinikum München Bogenhausen

⁵ Zentrale Notaufnahme, Schwarzwald-Baar Klinikum, Villingen-Schwenningen

⁶ Universitäts-Notfallzentrum Freiburg, Universitätsklinikum Freiburg

Korrespondenzadresse:
Prof. Dr. med. Reimer Riessen
Leiter der Internistischen Intensivstation
Universitätsklinikum Tübingen
Otfried-Müller-Str. 10
72076 Tübingen
Tel. 07071- 298 3469
reimer.riessen@med.uni-tuebingen.de

1. Einleitung

Die Versorgung von Patienten mit akuten medizinischen Notfällen ist eine der wichtigsten Aufgaben des Gesundheitswesens. 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 erachten [1]. Das Spektrum der in der Notfallmedizin behandelten Krankheitsbilder ist extrem vielfältig und umfasst akut lebensbedrohliche Erkrankungen aus allen Fachdisziplinen wie z.B. Herzinfarkte, Lungenembolien, Schlaganfälle, Sepsis, Unfälle, Intoxikationen und psychiatrische Notfälle ebenso wie leichtere Erkrankungen (z.B. Atemwegsinfekte oder Schmerzzustände) [18]. Bei den schweren Erkrankungen gilt es prioritär, das Leben der Patienten zu schützen oder Organe des Patienten vor einem temporären oder dauerhaften Funktionsverlust zu bewahren. Gelingt dies nicht, kann dies zum Tode, zu einem erheblichen Verlust an Lebensqualität für den Patienten, aber auch zu erheblichen Folgekosten für das Gesundheitswesen führen. Viele notfallmedizinisch relevante Erkrankungen sind sehr zeitkritisch, das heißt der Behandlungserfolg hängt erheblich davon ab, wie schnell aus den Symptomen des Patienten eine Diagnose und daraus die richtige Therapie abgeleitet werden kann. Diese Therapie muss unmittelbar begonnen werden und ist in der ersten Versorgungsphase symptomorientiert. Gleichzeitig gilt es, sehr rasch die Diagnostik voranzutreiben, um die optimale, weitere fachspezifische Behandlung gewährleisten zu können.

Eine ganz zentrale Rolle bei der Versorgung der Notfallpatienten spielen die Notaufnahmen der Krankenhäuser. Nach Schätzungen suchen jährlich ca. 21 Mio. Patienten die Notaufnahmen deutscher Krankenhäuser auf [26, 31]. In etwa 10,7 Mio. Fällen erfolgt hier eine ambulante Behandlung. Dabei ist nach den rechtlichen Vorgaben des Bundesmantelvertrages (BMV-Ä) die ambulante Notfallversorgung nicht den Krankenhäusern sondern den Vertragsärzten zugeordnet [25]. Der Anteil der Notfallpatienten an den stationären Aufnahmen beträgt je nach Fachgebiet ca. 20-60% [7, 28]. Große zentrale Notaufnahmen versorgen bis zu 60 000 Patienten pro Jahr [26]. Das Patientenaufkommen in Notaufnahmen nimmt vor dem Hintergrund der demographischen Entwicklung, der zunehmenden Multimorbidität der Bevölkerung, der Reduktion alternativer, auch ambulanter Versorgungsstrukturen, der Veränderung der prähospitalen Notfallversorgung und der Etablierung von überregionalen Netzwerken auch in Deutschland kontinuierlich zu. Angegeben werden jährliche Steigerungen der Fallzahlen von 4-8 % [20, 26].

Offizielle Zahlen zu den Strukturen deutscher Notaufnahmen liegen nicht vor. Nach einer Umfrage des Deutschen Krankenhausinstituts (DKI) aus dem Jahre 2010 verfügen ca. 72% der deutschen Krankenhäuser über eine zentrale Notaufnahme. In 28% der Krankenhäuser erfolgt die Versorgung der Notfallpatienten dezentral in den einzelnen Fachkliniken [26]. Eine sehr wichtige Bedeutung in der Notfallmedizin haben daneben der öffentliche Rettungsdienst mit nach Angaben der Bundesanstalt für Straßenwesen jährlich rund 7,1 Mio. Notfalleinsätzen bei Beteiligung des Notarztes in rund 50 % der Einsätze [24] und die niedergelassenen Ärzte mit ihren Praxen und ihrem ärztlichen Notdienst, der nach Schätzungen der kassenärztlichen Vereinigung jährlich mindestens 3,9 Mio. Notfallpatienten versorgt [32].

In einem Urteil des Landgerichts Tübingen vom Dezember 2013 wurde festgestellt, dass die z.B. von kommunalen Krankenhäusern erbrachten medizinischen Leistungen Teil der öffentlichen Daseinsvorsorge sind [33]. Die Bundesärztekammer hat diesen Aspekt der Daseinsvorsorge in einem aktuellen Positionspapier ebenfalls hervorgehoben [34]. Aus unserer Sicht gilt dies ganz besonders für die medizinische Notfallversorgung, die damit strukturell anderen öffentlichen Institutionen wie z.B. der Polizei oder der Feuerwehr gleichgestellt werden sollte. Die staatliche Daseinsvorsorge im Bereich der Notfallmedizin ist derzeit auf die präklinische Notarztversorgung fokussiert, wobei auch hier bereits seit vielen Jahren geäußerte Forderungen bis heute nicht befriedigend umgesetzt sind [18, 23].

Unter den jetzigen Rahmenbedingungen im Gesundheitswesen gerät die ambulante, präklinische und stationäre medizinische Notfallversorgung immer mehr ins Abseits. Dies wurde nun von der Politik erkannt und die Organisation und Finanzierung der Notfallversorgung ist einer der Punkte, die von den Regierungsparteien im Koalitionsvertrag als zu bearbeitende Themen der aktuellen Legislaturperiode vorgesehen sind. So hat die Bundeshauptstadt Berlin eine Initiative zur Verbesserung der Notfallmedizin gestartet [16]. Die Deutsche Krankenhausgesellschaft hat bereits 2011 eine sektorenübergreifende Neuordnung der ambulanten Notfallversorgung unter Einbeziehung der Krankenhäuser gefordert [35]. Ein aktuelles Positionspapier der Bundesärztekammer zur Krankenhausfinanzierung weist ebenso auf die Notwendigkeit der Finanzierung einer wohnortnahen medizinischen Versorgung auch in strukturschwachen Regionen hin [36]. Auch der 117. Deutsche Ärztetag 2014 hat Bund und Länder sowie die Selbstverwaltung

aufgefordert, für die Notfallversorgung geeignete finanzielle und strukturelle Rahmenbedingungen zu schaffen und die Notfallversorgungsstrukturen über alle Sektoren hinweg besser zu vernetzen. [37, 38]. Basis dafür war u.a. eine vom Hartmannbund eingereichte Entschließung (VII-20: Notfallversorgung flächendeckend sichern), in der bereits wesentliche Positionen aus einer Vorversion dieses Papiers aufgenommen worden waren [39]. Hinweisen möchten wir ebenfalls auf das Gutachten 2014 des Sachverständigenrates Gesundheit, das dem Bundesgesundheitsminister am 23.06.2014 übergeben wurde [32]. Die im Kapitel 7 (Akutstationäre Versorgung) dargestellte Analyse und die vorgeschlagenen Maßnahmen speziell auch zur Notfallversorgung im ländlichen Raum (Kapitel 7.6) decken sich weitgehend mit den von uns erarbeitete Vorschlägen. Schließlich empfiehlt auch ein im Juli 2014 für den GKV-Spitzenverband veröffentlichtes Gutachten zur Mengenentwicklung eine verstärkte Finanzierung von Versorgungsstrukturen mit Notfallbereitschaft durch Pauschalen [40].

In diesem Papier möchten wir die spezifischen Probleme der medizinischen Notfallversorgung in Deutschland noch näher erläutern und weitere Anstöße für die Gesundheitspolitik in Bund und Ländern geben, um sich noch intensiver mit diesem zentralen Bereich der medizinischen Versorgung zu befassen. Wir möchten auch ein konstruktives Konzept zur Finanzierung und Weiterentwicklung der Notfallmedizin anbieten, das sich nach unserer Meinung nicht nur auf die Notfallmedizin positiv auswirken sollte, sondern auch Impulse für die Lösung anderer Probleme im Gesundheitswesen geben könnte.

2. Aktuelle Probleme der medizinischen Notfallversorgung

2.1. Organisatorische Besonderheiten einer Notaufnahme

Die medizinische Notfallversorgung unterscheidet sich von anderen Bereichen im Gesundheitswesen dadurch, dass sie nur sehr schlecht planbar ist. Für eine Notaufnahme sind die Anzahl der zu versorgenden Patienten sowie die Art und der Schweregrad ihrer Erkrankungen nicht konkret vorhersehbar, sondern nur retrospektiv mit statistischen Daten beschreibbar. Es bedarf nicht unbedingt einer Grippeepidemie oder eines Großaufkommens von Verletzten, um eine Notaufnahme komplett auszulasten oder zu überlasten. Meist ist es nur eine zufällige Häufung von Aufnahmen oder einzelne sehr kranke oder z.B. randalierende Patienten, die akut viel Personal binden können. Solche Situationen können insbesondere nachts, am Wochenende oder an Feiertagen ohne Vorankündigung auftreten und das gesamte Personal einer Notaufnahme bis über die Belastungsgrenze hinaus fordern. Genauso unvorhersehbar kann es allerdings auch Phasen geben, in denen die Notaufnahme nicht ausgelastet ist. Eine Notaufnahme ähnelt hier in gewisser Weise z.B. einer Feuerwache. In beiden Institutionen müssen jeden Tag rund um die Uhr Kapazitäten vorgehalten werden, um auch ungewöhnliche Notfall- und Belastungssituationen meistern zu können, ohne dass Menschen zu Schaden kommen. Die hiermit verbundenen Kosten sind zum überwiegenden Teil fixe Vorhaltekosten. Den größten Anteil nehmen die Personalkosten für Ärzte, Pflegekräfte und weiteres Assistenzpersonal ein, die in der Regel nach einem festen Dienstplan oft im Schichtdienst eingeteilt sind. Weitere Fixkosten sind Kosten für die Gebäude und Infrastruktur der Notaufnahme sowie medizinische Geräte für EKG, Sonographie, Radiologie und Labor. Die Kosten für die in der Notfallmedizin überwiegend eingesetzten Standardmedikamente sind meist gering, ebenso wie die Kosten für medizinische Verbrauchsmaterialien.

Für die Notfallpatienten ist die schnelle Erreichbarkeit einer medizinischen Notfallversorgung von besonderer Wichtigkeit, wobei ggf. auch ein etwas längerer Weg in Kauf genommen wird, um das Krankenhaus der Wahl aufzusuchen. In ländlichen Gebieten oder kleineren Städten ist die Notaufnahme eines regionalen Krankenhauses der primäre Anlaufpunkt bei allen akut auftretenden Problemen der Gesundheit, die als bedrohlich empfunden werden [3]. Entweder werden die Patienten von ihrem Hausarzt oder dem kassenärztlichen Notdienst in die Notaufnahme eingewiesen, vom Rettungsdienst dort eingeliefert oder sie suchen die Notaufnahme als Selbstvorsteller auf. Die Notaufnahme ist dann zu einer Behandlung verpflichtet und kann diese Patienten nicht abweisen. In vielen Notaufnahmen findet inzwischen eine sog. Triagierung statt, bei der kurz nach der Aufnahme die Dringlichkeit der Behandlung nach medizinischen Kriterien eingestuft wird, um Patienten mit schweren und lebensbedrohlichen Erkrankungen oder Verletzungen bevorzugt zu behandeln [29]. In großen Notaufnahmen findet in sog. Schockräumen auch eine extrem aufwändige chirurgische und/oder intensivmedizinische Behandlung z.B. nach Polytraumen oder Reanimationen statt [2]. Lebensbedrohlich erkrankte Patienten können bis zu 10%

aller Patienten in einer Notaufnahme ausmachen [5]. Pat. mit leichteren Erkrankungen müssen in solchen Situationen oft mit langen Wartezeiten rechnen.

Eine Behandlung in einer Notaufnahme besteht in der Regel aus folgenden Schritten:

- Administrative Aufnahme, Erhebung der Vitalparameter und Patientenersteinschätzung (Triagierung)
- Legen von intravenösen Zugängen, etc.
- Anamnese und körperliche Untersuchung durch den Arzt
- Entscheidung über stationäre Aufnahme oder ambulante Weiterbehandlung
- Diagnostik in der Notaufnahme (Labor, EKG, Sonographie) durch Pflege oder Arzt
- Radiologische Diagnostik (MTA, Radiologe)
- Wertung der medizinischen Daten, Diagnosestellung, Festlegung des weiteren Diagnostik- und Therapieplans durch Arzt bzw. Ärzteteam
- Ggf. Hinzuziehung weiterer Konsiliare oder Spezialisten
- Stationäre Versorgung zunächst entweder auf einer an die Notaufnahme angegliederten Notaufnahmestation (Observation Unit), Verlegung auf eine Normalstation bzw. Intensivstation oder direkte operative Versorgung
- Organisation einer eventuell notwendigen Weiterverlegung
- Je nach Dringlichkeit wird parallel zur Diagnostik auch schon eine Therapie eingeleitet

Diese Aufgaben müssen für alle Patienten so schnell wie möglich durchgeführt werden. Versorgungszeiten sind ein Qualitätsparameter für eine effektive Organisation der Notfallversorgung. In Deutschland gibt es bislang jedoch keine zentrale Erfassung von Versorgungszeiten. In England wurde im Jahr 2004 durch das dortige Gesundheitsministerium das sog. "Four Hour Target in Emergency Departments" im Rahmen eines gleichzeitigen ausgedehnten Förderprogramms eingeführt. Als Ziel wurde vorgegeben, dass Emergency Departments in der Lage sein müssen, innerhalb von vier Stunden 98% aller sich dort vorstellenden Patienten entweder stationär aufzunehmen oder zu entlassen [30]. Im Jahre 2010 wurde dieses Ziel auf 95% gesenkt und in den Folgejahren auch weitgehend erreicht. In einem sehr ausführlichen Bericht hat die National Audit Office des britischen Gesundheitsministeriums 2013 die positiven und negativen Auswirkungen des "Four Hour Targets", insbesondere auf die Anzahl der stationären Aufnahmen analysiert [41]. Dieser Bericht, der auf einer für deutsche Verhältnisse extrem ausführlichen Datenbasis beruht, belegt eindrucksvoll, welchen Stellenwert die Notfallmedizin im britischen National Health Service besitzt und wie professionell und differenziert dieses Thema dort behandelt wird. In einem sehr groß angelegten Programm führt derzeit auch Australien das sog. "Four Hour National Access Target" ein [42, 43]. In Deutschland gibt es keine gesetzlichen Vorgaben für die Qualität von Notaufnahmen und auch keine Vorgaben für maximale Versorgungszeiten. Die in England oder Australien geforderten Standards werden von den meisten deutschen Notaufnahmen nach unserer Einschätzung in der Regel nicht erfüllt.

Ein wesentliches Problem von Notaufnahmen ist neben einer personellen Unterbesetzung auch häufig die verzögerte Übernahme von stationär aufgenommenen Patienten auf die Bettenstationen eines Krankenhauses. Dadurch kommt es zu einer Kumulation von Patienten in der Notaufnahme, welche dort weiter versorgt werden müssen und das bereits knappe Personal zusätzlich binden [9]. Dieses Problem tritt besonders in Krankenhäusern auf, die mit einer sehr hohen Bettenauslastung von >90 % operieren [44]. Um dieses sich immer mehr verschärfende Problem zu verdeutlichen, möchten wir im Folgenden auch kurz bestimmte Entwicklungen im Bereich der elektiven stationären Medizin in den Krankenhäusern erläutern, die sich auf die Notfallversorgung direkt und indirekt auswirken.

2.2. Vergleich Notfallmedizin und elektive stationäre Medizin

Elektive Aufnahmen liegen dann vor, wenn Patienten zu einem geplanten Termin für Operationen, Interventionen, diagnostische Eingriffe oder sonstige Therapien (z.B. Chemotherapien) stationär aufgenommen werden. Krankenhäuser mit breitem Versorgungsauftrag belegen die stationären Betten sowohl mit elektiven Patienten als auch mit Notfallpatienten. Viele Krankenhäuser fokussieren die Prozesse auf die Versorgung der Elektivpatienten, während die Notfallversorgung weniger stringent organisiert ist [18]. Die Konzentration auf die planbaren elektiven Aufnahmen hat vielfältige Gründe:

- Elektive Aufnahmen können i.d.R. so geplant werden, dass die Behandlungskapazitäten gleichmäßig maximal ausgelastet sind. Ungeplante Notfallaufnahmen führen hier jedoch zu Störungen
- Elektive Maßnahmen bei einem klar eingegrenzten und selektierten Patientenkollektiv lassen sich weit besser standardisieren sowie prozess- und kostenoptimieren, z.B. durch sog. Behandlungspfade.
- Krankenhäuser können eine Reihe von Maßnahmen ergreifen, um die Zahl elektiver Aufnahmen zu erhöhen wie z.B. Werbemaßnahmen, Spezialisierung, Anbindung von Zuweisern oder Anpassung der Indikationsstellung. Renommiertere Zentren können auch weit überregional Patienten anziehen.
- Elektive Eingriffe können am besten von hochspezialisierten Ärzten zu normalen Arbeitszeiten durchgeführt werden. Diese Karrierewege sind für Ärzte derzeit in mehrfacher Hinsicht attraktiver als ein Schichtdienst in der Notaufnahme.
- In dem auf den Diagnosis-Related-Groups (DRG) basierten Fallpauschalen, mit denen sich die Krankenhäuser vorwiegend finanzieren, werden aufwändige elektive Operationen oder Interventionen insgesamt wesentlich höher bewertet als die meisten eher konservativ behandelten notfallmäßigen Patientenaufnahmen.
- Das Verhältnis von Aufwendungen und Erträgen ist bei der elektiven Patientenversorgung besser kalkulierbar als bei der Notfallversorgung. Darüber hinaus sind im DRG System die Besonderheiten der Notfallversorgung nur unzureichend abgebildet.
- In der elektiven Medizin sind die derzeit diskutierten Qualitäts-basierten Vergütungssysteme ("Pay for Performance") eher anwendbar als in der flächendeckenden notfallmedizinischen Grundversorgung. Qualitäts-basierte Vergütungssysteme können evtl. die Grundlage für eine Förderung oder auch Herausnahme weniger leistungsfähigerer Zentren aus der elektiven Versorgung bilden [21]. Für die spezifischen Anforderungen der Notfallmedizin gibt es derzeit keine vergleichbaren Kriterien einer Qualität, die als Basis für ein spezifisches Vergütungssystem dienen könnten. Zudem sollten nachweisbare Defizite in der Qualität der notfallmedizinischen Versorgung primär Maßnahmen zur Förderung der Qualität und nicht finanzielle Sanktionen zur Folge haben.

Die zu Gunsten der elektiven Medizin verschobenen Anreize im Gesundheitssystem erhöhen die Gefahr einer medizinischen Überversorgung in bestimmten Bereichen, die anderen derzeit weniger attraktiven Bereichen wie der Notfallmedizin wiederum finanzielle und personelle Ressourcen entzieht.

2.3. Finanzierung der Notfallmedizin

Unter den derzeitigen Finanzierungsbedingungen ist davon auszugehen, dass eine qualitativ hochwertige Notfallmedizin in Deutschland kostendeckend nicht möglich ist [28]. Die Deutsche Gesellschaft für Interdisziplinäre Akut- und Notfallmedizin (DGINA) hat in zwei Positionspapieren eine ausgeprägte Unterfinanzierung der Notaufnahmen dargelegt und auf der Basis einer Pilotstudie einen Fehlbetrag von ca. einer Milliarde Euro für die ambulante Notfallversorgung in deutschen Krankenhäusern errechnet [31, 45]. Eine komplette ambulante Notfallversorgung eines Patienten (siehe 0) wird aktuell mit durchschnittlich ca. 30-60 € vergütet. Dem stehen Kosten von ca. 129 € gegenüber [31, 45]. Eine ambulante Notfallbehandlung im Krankenhaus wird in der Regel nach dem gleichen einheitlichen Bewertungsmaßstab (EBM) vergütet wie eine Vorstellung bei einem niedergelassenen Arzt. Nur wenn eine ambulante Behandlung in einer Notaufnahme im Rahmen einer Verordnung einer stationären Krankenhausbehandlung durch einen niedergelassenen Arzt erfolgt, können entsprechend ermächtigte Krankenhäuser eine vorstationäre Pauschale von ca. 80-160 € abrechnen. Gerade im kassenärztlichen Notdienst sind die diagnostischen und therapeutischen Möglichkeiten der niedergelassenen Ärzte jedoch sehr begrenzt, so dass viele Patienten zur weiteren Abklärung auch ohne stationäre Einweisung an die Notaufnahmen verwiesen werden bzw. sich selbst dort vorstellen. Die wesentlich umfangreichere ambulante Abklärung in einer

Notaufnahmen (siehe 0), die bei den sich hier sammelnden schweren Erkrankungen auch absolut unverzichtbar ist, wird jedoch wie oben bereits dargestellt nicht kostendeckend vergütet. Die im deutschen Gesundheitswesen traditionell bestehende finanzielle Trennung zwischen ambulanter kassenärztlicher und stationärer Versorgung wirkt sich für die Notaufnahmen besonders ungünstig aus [25]. Insgesamt bestand bislang eine Widersprüchlichkeit zwischen der medizinischen Relevanz der Notfallversorgung und ihrem bisherigen Stellenwert in der Gesundheitspolitik, sowie bei den Krankenkassen, den kassenärztlichen Vereinigungen, den großen medizinischen Fachgesellschaften und nicht zuletzt bei den Kliniken selbst. Die Folge sind Defizite in der Organisation und Finanzierung der Notfallversorgung.

Aufgrund der geringen Übernahme von Investitionskosten durch die Länder und der unzureichenden Kompensation von Lohn- und sonstigen Kostensteigerungen im Gesundheitswesen sind inzwischen sehr viele Krankenhäuser in einer finanziell angespannten Lage oder arbeiten defizitär [36]. In einem marktwirtschaftlich ausgerichteten System können die Kliniken am ehesten wirtschaftlich kostendeckend arbeiten, die sich im Bereich der elektiven Medizin sehr gut positionieren. Wenn eine Klinik stark in die Notfallmedizin eingebunden ist, wird sie versuchen, die dort entstehenden Defizite anderweitig zu kompensieren. Mögliche Fehlentwicklungen sind daher die stationäre Aufnahme von Notfallpatienten ohne klare medizinische Indikation, das Anstreben von immer höheren Fallzahlen und Leistungen bei elektiven Patienten oder die komplette Herausnahme aus der defizitären Notfallversorgung [18]. Darüber hinaus stehen Krankenhäuser zueinander in wirtschaftlicher Konkurrenz, was eine rentable (über-)regionale Kooperation im Rahmen von Versorgungsnetzwerken erschwert. Selbst innerhalb der Kliniken ist eine zunehmende Abspaltung und Isolierung der einzelnen Fachabteilungen zu beobachten, welche jede für sich hohe finanzielle Leistungsaufgaben zu erfüllen haben. Da die DRG-Fallpauschale bei stationär aufgenommenen Notfallpatienten zumeist den jeweiligen entlassenden Fachabteilungen zugeschrieben wird, ist eine angemessene Finanzierung der Vorhaltekosten in der Notaufnahme über eine fallbasierte innerbetriebliche Leistungsverrechnung zur Schaffung von Transparenz zwar wünschenswert, in der Umsetzung jedoch sehr schwierig.

Für die Notaufnahmen hat dies erhebliche negative Auswirkungen. Aufgrund der ungünstigen finanziellen Ertragslage sind viele Klinikverwaltungen nicht bereit, in diesen Bereich zu investieren oder mit dem notwendigen Personal auszustatten, selbst wenn bei ständig steigenden Patientenzahlen die Versorgungsprobleme immer größer werden. Zudem erschwert die höhere Belegung der Krankenhausbetten mit elektiven Patienten den Abfluss der stationär aufzunehmenden Patienten aus der Notaufnahme [9, 20, 27]. Diese Patienten müssen dann dort z.T. unter extrem beengten Bedingungen weiterversorgt werden. Zudem binden die ständigen Probleme bei der Organisation von Betten für stationäre Aufnahmen viel Zeit und Kraft bei dem schon knappen ärztlichen und pflegerischen Personal. Diese Ressourcen wären sinnvoller zur medizinischen Versorgung der Patienten eingesetzt.

2.4. Personalsituation in den Notaufnahmen

Aus medizinischer Sicht ist eine Notaufnahme ein sehr interessantes, vielseitiges und erfüllendes Arbeitsumfeld. Junge Ärztinnen und Ärzte können hier unter entsprechender Anleitung und Supervision sehr viel lernen und sind für diese Arbeit, ebenso wie viele Pflegekräfte, prinzipiell sehr gut zu motivieren. Unter den derzeit herrschenden Bedingungen beobachten wir jedoch an vielen Kliniken eine zunehmende Personalflicht aus den Notaufnahmen. Besonders negativ wirkt sich dies bei den Pflegekräften aus, wenn sehr erfahrene Mitarbeiter die Notaufnahmen verlassen oder neue Mitarbeiter nach umfangreicher Einarbeitung bald wieder gehen. Auch im ärztlichen Bereich werden oft absolute Berufsanfänger in den Notaufnahmen eingesetzt. Junge Ärztinnen und Ärzte berichten zunehmend, dass sie sich beim Einsatz in der Notaufnahme überlastet und überfordert fühlen und nennen die dortigen Arbeitsbedingungen als Kündigungsgrund [15].

Generell wird für die Versorgung von Notfallpatienten ein Facharztstandard gefordert. Nur Fachärzte können klinisch fundierte und rechtssichere Entscheidungen über die Aufnahmepflicht und die Entlassbarkeit von Patienten fällen und sind für das komplexe Aufgabenfeld in den Notaufnahmen gerüstet. Für Fachärzte ist aber ein Einsatz in der Notaufnahme oft sehr unattraktiv, da die Notaufnahme mit ihrem breiten Aufgabenfeld immer wieder die Fachgrenzen überschreitet, der ursprünglichen angestrebten Spezialisierung der Ärztinnen und Ärzte zuwider läuft und die Tätigkeit bislang nicht für eine Zusatzweiterbildung anrechenbar ist. Bei der Bundesärztekammer laufen allerdings derzeit im Rahmen der

Novellierung der Musterweiterbildung konkrete Verhandlungen über die Einführung und Ausgestaltung einer Zusatzweiterbildung für die Tätigkeit in der interdisziplinäre Notaufnahme [14, 10, 46].

Die ärztliche Leitung einer Notaufnahme ist medizinisch und organisatorisch eine außerordentlich anspruchsvolle Aufgabe [7, 17]. In diesem Bereich benötigt man ein sehr breites, fächerübergreifendes medizinisches Wissen, das dem in der Elektivmedizin besonders geforderten Spezialwissen gegenüber steht. In einigen Kliniken haben die Leiter der Notaufnahmen eine Chefarztposition inne, um gleichberechtigt mit anderen Chefärzten auf der Leitungsebene die Bedürfnisse der Notaufnahme bzw. des Notfallzentrums artikulieren zu können. Viele Notaufnahmen haben jedoch noch keine eigenständige Leitungsstruktur etabliert, sondern werden dezentral von fachabteilungszugehörigen Oberärzten geleitet. Aus solchen Positionen heraus sind die umfassenden und vielfältigen organisatorischen und medizinischen Führungsaufgaben in einer Notaufnahme oft nur schwer zu erfüllen. Für viele Oberärzte sind solche Positionen nicht besonders attraktiv und werden vorzugsweise nur für eine begrenzte Zeit ausgeübt. Dies erschwert den längerfristigen Aufbau einer spezifischen Kompetenz in der klinischen Notfallmedizin. Solange keine spezifische Qualifikation für die notfallmedizinische Tätigkeit existiert, ist es sinnvoll, die wichtigsten Fachdisziplinen in das Leitungsteam der Notaufnahme zu integrieren.

2.5. Ärztlicher Notdienst der niedergelassenen Ärzte

Niedergelassene Ärzte aller Fachrichtungen (auch z.B. Augenärzte, Dermatologen, Psychiater) sind in Deutschland verpflichtet, am ärztlichen Notdienst teilzunehmen. Grundsätzlich haben sich diese Ärzte nach der Berufsordnung für diesen Notdienst fortzubilden.

Dieser von den kassenärztlichen Vereinigungen organisierte Notdienst ist seit 2012 in vielen Bundesländern unter der Telefonnummer 116117 zu erreichen. Die Organisationsstruktur dieser Notdienste unterscheidet sich jedoch sehr stark in den einzelnen Versorgungsbezirken. Die Ärzte können diesen Dienst von zuhause aus, in ihrer Praxis, in Form von Hausbesuchen oder in einer zentralen Notfallpraxis ableisten. In vielen Versorgungsbezirken sind solche Notfallpraxen auch an die Notaufnahmen der Krankenhäuser angegliedert worden. Diese Anbindung hat den Vorteil, dass alle diagnostischen Möglichkeiten eines Krankenhauses (z.B. Labor, EKG, Bildgebung) bei entsprechender Indikation zur Verfügung stehen und bei Bedarf auch rasch eine stationäre Aufnahme erfolgen kann. Auf der anderen Seite können die Krankenhausnotaufnahmen von den leichteren Notfällen, die sich direkt dort vorstellen, entlastet werden. Auf diesem Wege können auch erhebliche Kosten, die bei einer möglichen Überdiagnostik in einer stationären Notaufnahme entstehen würden, bei diesen Patienten eingespart werden. In vielen Versorgungsgebieten stehen solche zentralen Notfallpraxen allerdings noch nicht zur Verfügung oder die niedergelassenen Ärzte wehren sich gegen deren Einrichtung, z.T. auch aus finanziellen Gründen. Vor allem in ländlichen Gebieten stehen immer weniger Ärzte für den Notdienst zur Verfügung, so dass häufig Notdienstbezirke vergrößert werden müssen.

Diese zunehmende Versorgungsproblematik ist sicherlich einer der Gründe, warum sich immer weniger junge Ärztinnen und Ärzte für eine Niederlassung als Allgemeinarzt besonders in ländlichen Regionen entscheiden. Ein weiterer Grund könnte allerdings auch darin liegen, dass eine allgemeinmedizinische Ausbildung insbesondere an Kliniken mit hohem Anteil spezialisierter Elektivmedizin nicht adäquat möglich ist. Eine längere supervidierte Tätigkeit in einer interdisziplinären Notaufnahme dagegen wäre aus unserer Sicht ein grundlegender Bestandteil der Weiterbildung zum Facharzt für Allgemeinmedizin.

2.6. Notarzt und Rettungsdienst

Bei besonders schweren und lebensbedrohlichen Erkrankungen begleitet ein Notarzt den Einsatz des Rettungsdienstes und beginnt die Therapie [6, 22]. Um die Zulassung zur Notarztstätigkeit zu erlangen, sind spezifische Qualifikationen vorzuweisen, die i.d.R. neben der klinischen Ausbildung erworben werden können, sich jedoch von Bundesland zu Bundesland unterscheiden. Auch die Organisation des Notarzteinsatzdienstes ist in den Bundesländern unterschiedlich geregelt. Oft gibt es eine Anbindung an die Krankenhäuser, indem bestimmte Fachabteilungen ein festes Kontingent an Notärzten stellen müssen, in anderen Bezirken wird der Notarzteinsatzdienst vom Betreiber des Rettungsdienstes (z.B. dem Deutschen Roten Kreuz oder der Feuerwehr) organisiert und die Besetzung erfolgt durch Ärzte in Nebentätigkeit, wobei auch hier zunehmend Probleme in der flächendeckenden 24-stündigen Personalbesetzung der Notarztstandorte berichtet werden [19].

Die Weiterversorgung der von einem Notarzt eingelieferten Patienten erfolgt in der Regel in der Notaufnahme oder direkt in den Funktionsbereichen (z.B. Herzkatheterlabor), ggf. auch auf einer Intensivstation. Aus medizinischer Sicht ist eine möglichst gute Abstimmung der präklinischen und klinischen Notfallmedizin im Sinne eines Netzwerkes mit ggf. Beteiligung der Notaufnahmen an der präklinischen Notfallmedizin wünschenswert.

3. Vorschläge für eine Reform der medizinischen Notfallversorgung

3.1. Allgemeine Ziele

- Zentrales Ziel ist eine flächendeckende Verbesserung und nachhaltige Finanzierung der ambulanten, präklinischen und klinischen Versorgung von Patienten mit akuten Erkrankungen und Verletzungen, die eine rasche und kompetente Versorgung erfordern.
- Der Notfallmedizin sollte als grundlegendem Element der öffentlichen Daseinsvorsorge eine angemessene Priorität im Gesundheitswesen eingeräumt werden.
- Die Bedeutung der Notfallmedizin in der Weiterbildung und Zusatzweiterbildung zentraler klinischer Fächer aber auch der Allgemeinmedizin sollte gestärkt werden

3.2. Organisation der Notfallversorgung in Notfallzentren

- Die notfallmedizinische Versorgung erfolgt schwerpunktmäßig in klinischen oder ambulanten interdisziplinären Notfallzentren [11, 14] mit enger Anbindung der kassenärztlichen Notdienste, der Notärzte und des Rettungsdienstes. Die Einrichtung dieser Notfallzentren und deren Versorgungsbereiche erfolgt im Rahmen der Landeskrankenhausplanung der Bundesländer.
- Notfallzentren könnten unterteilt werden in eine Kategorie I (überregionales Zentrum), Kategorie II (regionales Versorgungskrankenhaus mit eingeschränkter Anzahl an stationären Fachabteilungen) und Kategorie III (ambulantes Versorgungszentrum z.B. in ländlichen Gebieten ohne eigenes Krankenhaus, z.B. mit Anbindung an ein Ärztezentrum oder medizinisches Versorgungszentrum). Notfallzentren der Kategorie III sollten mit klinischen Notfallzentren der Kategorie I und II kooperieren (z.B. bei notwendigen stationären Behandlungen, Telemedizin). Die Notfallzentren sollten sich insgesamt in regionalen Versorgungsnetzwerken organisieren [18].
- Die Ersteinschätzung und -versorgung erfolgt durch notfallmedizinisch geschulte Ärzte und Pflegekräfte, die ggf. situationsgerecht entsprechende Spezialisten zu Rate ziehen oder die Behandlung an diese übergeben.
- Notfallzentren müssen notfallmedizinisch relevante diagnostische Verfahren rund um die Uhr vorhalten (z.B. Notfalllabor, EKG, Sonographie/Echokardiographie, Röntgen, Computertomographie)
- Die Behandlung in den Notfallzentren muss dem Schweregrad der Erkrankung angemessen, effizient und wirtschaftlich vernünftig erfolgen. Die Entscheidung für eine ambulante oder stationäre Behandlung muss grundsätzlich nach medizinischen und darf nicht nach primär wirtschaftlichen Kriterien erfolgen. Unnötige stationäre Aufnahmen müssen vermieden werden. Notwendige stationäre Aufnahmen dürfen dagegen von den angeschlossenen Krankenhäusern nicht verzögert werden. Es muss eine Übernahmepflicht bestehen und im stationären Bereich ausreichende Kontingente für Notfallpatienten eingeplant werden.

- Eine kassenärztliche Notfallpraxis sollte idealerweise in ein Notfallzentrum integriert sein und primär die Versorgung von leichter erkrankten Patienten mit einer nicht aufschiebbaren Behandlungsnotwendigkeit außerhalb der Sprechstunden der niedergelassenen Ärzte übernehmen. Ggf. kann in den Räumen der Notfallpraxis zu normalen Sprechstundenzeiten auch eine allgemeinmedizinische Ausbildungspraxis eingerichtet werden, die z.B. von den Lehrstühlen für Allgemeinmedizin der Universitätskliniken mitorganisiert werden könnte. Insgesamt ist eine möglichst gute Vernetzung der Notfallzentren mit den niedergelassenen Ärzten des Versorgungsgebietes anzustreben, so dass z.B. im Notfallzentrum begonnene ambulante Behandlungen von den niedergelassenen Ärzten weitergeführt werden.
- An ein Notfallzentrum sollte auch eine Notaufnahmestation (Observation Unit) für Kurzlieger angegliedert sein, die eine kurzfristige stationäre Beobachtung ohne wesentliche weitere Diagnostik und Therapie ermöglicht [4, 14, 27]. Aufgabe dieser Notaufnahmestation ist es, unnötige längerfristige stationäre Aufnahmen zu vermeiden. Ggf. können stationär aufgenommene Patienten hier auch maximal bis zum nächsten Vormittag verbleiben, bis sie auf eine Normalstation verlegt werden können. Indizierte stationäre Aufnahmen sollten jedoch zeitnah in die Zielabteilung verlegt werden und deren fachspezifische Behandlung nicht durch unnötige oder protrahierte Aufenthalte auf der Notaufnahmestation verzögert werden.
- Patienten können von den Notfallzentren aus medizinischen oder organisatorischen Gründen auch in andere Krankenhäuser (z.B. Spezialabteilungen, freie Bettenkapazitäten) verlegt werden. Die Kosten für den Transport sollten im Budget des Notfallzentrums enthalten sein und nicht zu Lasten des aufnehmenden oder abgebenden Krankenhauses gehen.
- Auch die Notärzte sollten organisatorisch möglichst eng an das Notfallzentrum angebunden oder integriert werden, um gemeinsame medizinische Standards umzusetzen und eine nahtlose Versorgung von schwerkranken Notfallpatienten präklinisch und in der Klinik zu gewährleisten. Eine flächendeckende Versorgung darf dabei nicht verloren gehen.
- Für den Transport der Patienten zum Notfallzentrum und für Transporte in andere Kliniken wird eine ausreichende Anzahl an qualifizierten Rettungsassistenten bzw. Notfallsanitätern benötigt.
- Schwer und lebensbedrohlich erkrankte Patienten benötigen häufig eine intensivmedizinische Behandlung. Notfallmediziner benötigen daher auch eine intensivmedizinische Kompetenz für die Erstbehandlung dieser Patienten. Notfallmedizin und Intensivmedizin sind medizinisch und organisatorisch eng miteinander verbunden [2, 47]. Die Erstversorgung von intensivpflichtigen Patienten kann in sog. Schockräumen der Notaufnahme erfolgen, für die Weiterversorgung dieser Patienten müssen jedoch ausreichende Kapazitäten auf der Intensivstation vorgehalten werden, um eine rasche Verlegung dorthin zu ermöglichen. Auch sollten gemeinsame medizinische Standards und Prozesse in der Schnittstelle Notfall- und Intensivstationen umgesetzt werden, um eine nahtlose Versorgung von schwerkranken Notfallpatienten zu gewährleisten.

3.3. Ausreichende Bettenkapazitäten für Notfallpatienten

- Systembedingte Defizite im Bereich der Krankenhausfinanzierung dürfen nicht zur Folge haben, dass die Krankenhäuser sich immer mehr im Zwang sehen, die Fallzahlen im Bereich der im etablierten DRG-Vergütungssystem besser abgebildeten elektiven Medizin zu steigern. Innerhalb der Krankenhäuser müssen ausreichende Bettenkapazitäten für Notfallpatienten bereitgestellt werden, auch um einen Stau der Notfallpatienten in den Notaufnahmen zu vermeiden [27].
- Maßnahmen zur Reformierung der elektiven Medizin wie z.B. die stärkere Berücksichtigung von Qualitätskriterien und daraus resultierende Strukturanpassungen können wesentlich besser umgesetzt werden, wenn der notfallmedizinische Versorgungsbereich eines Krankenhauses durch ein Budget abgesichert ist.

3.4. Finanzierung über Budgets

- Die Finanzierung der Notfallmedizin sollte von den stationären Fallpauschalen und dem EBM abgegrenzt werden und über eigene Budgets erfolgen, die für die Notfallzentren auf der Basis klar definierter und valider Bemessungsgrundlagen (Patientenzahl, Größe des Versorgungsbezirks, Schwere der Erkrankungen) individuell festgelegt werden und vor allem die anfallenden Vorhalte- bzw. Fixkosten abdecken. Die Notfallzentren müssen ihre Kosten den Kostenträgern gegenüber transparent darstellen können.
- Von besonderer Bedeutung sind klare Regeln für die Personalbemessung, die auch zu erwartende Belastungsspitzen berücksichtigen müssen [12].
- Der Anteil der reinen Kosten für die Krankenversorgung am Budget wird von den Krankenkassen übernommen und in Form einer Umlage auf die verschiedenen Krankenkassen (einschl. Privatkrankenkassen) verteilt. Der Anteil der einzelnen Krankenkassen berechnet sich aus der Anzahl der eigenen im Notfallzentrum versorgten Patienten im Verhältnis zur Gesamtzahl der Patienten. Hierdurch wird der Verwaltungsaufwand für die Patientenabrechnung der Notfallzentren niedrig gehalten. Der von den Krankenkassen gezahlte Betrag könnte sich an bestimmten Richtwerten pro Patientenbehandlung orientieren und könnte ggf. noch einen Sicherstellungszuschlag enthalten. Entsprechende Datenerhebungen werden derzeit sowohl von der Deutschen Krankenhausgesellschaft wie auch von Verband der Universitätsklinika Deutschlands gestartet.
- Die Investitionskosten für die Einrichtung von interdisziplinären Notfallzentren bzw. die Verbesserung und Instandhaltung von deren Infrastruktur werden von den Ländern übernommen. Den Kosten für die Notfallzentren wird bei der Vergabe der Landesmittel eine angemessene Priorität eingeräumt.
- Landkreise und Gemeinden können in die Finanzierung der Notfallzentren eingebunden werden bzw. diese finanziell bezuschussen, wenn z.B. auf Grund von Personalmangel eine Unterversorgung vorliegt und die Attraktivität des Notfallzentrums erhöht werden muss. Durch eine entsprechende Rechtsgrundlage würde z.B. einer höchststrichterlichen Klage des Bundesverbandes Deutscher Privatkliniken (BDPK) gegen eine Bezuschussung von kommunalen Versorgungskrankenhäusern die Grundlage entzogen [33]. Grundsätzlich wäre es natürlich auch möglich, dass ein Notfallzentrum von einem privaten Klinikträger betrieben wird und dafür das gleiche Budget erhält wie ein öffentlicher Träger.
- Die DRG-Pauschale von über ein Notfallzentrum stationär aufgenommenen Patienten könnte ggf. modifiziert werden, so dass die bislang von InEK kalkulierten Kosten für die Notfallaufnahme separat ausgewiesen werden. Die aus dem Budget des Notfallzentrums und den DRG-Fallpauschalen bestehende Gesamtvergütung für die Notfallpatienten muss grundsätzlich transparent und kostendeckend sein.
- Die von den kassenärztlichen Vereinigungen verwalteten Mittel für den kassenärztlichen Notdienst sollten in den Budgets der Notfallzentren ausgewiesen werden. Für Notdienste im Notfallzentrum sollten die niedergelassenen Ärzte eine angemessene Vergütung bekommen. Die gesamte Infrastruktur (Assistenzpersonal, Kosten für Diagnostik, etc.) sollte vom Notfallzentrum zur Verfügung gestellt werden und durch das Budget des Notfallzentrums abgedeckt sein.
- Die Kosten für den Notarzt und den Rettungsdienst, welche die Patienten entweder in das Notfallzentrum bringen oder zur stationären Aufnahme in ein anderes Krankenhaus transportieren, könnten ebenfalls im Budget des Notfallzentrums abgebildet sein. Dieses erfordert dementsprechend auch eine integrierte Bereichsplanung von Notarzt, Rettungsdienst und Notfallzentren. Eine Tätigkeit oder Mitarbeit der Notärzte in der Notaufnahme im Notfallzentrum ist ebenfalls durchaus sinnvoll.

3.5. Personalentwicklung, Ausbildung und Weiterbildung

- Die Einrichtung von Notfallzentren muss mit einer Aufwertung und Professionalisierung der Notfallmedizin innerhalb der bestehenden Strukturen der Kliniken einhergehen. Notfallzentren brauchen eine medizinisch, organisatorisch und ökonomisch kompetente Führung, um den komplexen Anforderungen der Krankenversorgung unter den gegenwärtigen und zukünftig zu erwartenden Bedingungen gerecht werden zu können.
- Das Team eines Notfallzentrums ist dafür verantwortlich, dass akute Erkrankungen und Verletzungen möglichst schnell diagnostiziert werden und eine leitliniengerechte Behandlung eingeleitet wird, um einen optimalen Behandlungserfolg für die Patienten sicherzustellen. Die stationäre Weiterbehandlung der Patienten erfolgt wie bisher leitliniengerecht und nach dem Facharztstandard des jeweiligen

Fachgebietes, z.B. durch Hinzuziehen von entsprechenden Konsiliare und/oder Verlegung in die entsprechende Fachabteilung. Bei leichteren Erkrankungen müssen moderne Methoden der Risikostratifizierung eingesetzt werden, um unnötige stationäre Aufnahmen zu verhindern und eine angemessene und sichere ambulante Behandlung zu gewährleisten. Ist eine Fachdisziplin an einem Krankenhaus nicht vorhanden, ist es eine Aufgabe des notfallmedizinischen Teams, eine gesicherte Grundversorgung zu leisten und die weitere, optimale Patientenversorgung zu planen.

- Das Ärzteteam der Notaufnahme muss für seine spezifischen Aufgaben, der Beherrschung lebensrettender, notfall- bzw. intensivmedizinischer Maßnahmen und der raschen diagnostischen Abklärung von allen Notfallsymptomen gezielt ausgebildet sein.
- In großen Notfallzentren ist es sinnvoll, einem permanenten Team von spezifisch notfallmedizinisch ausgebildeten Fachärzten auszubildende Ärzte zuzuordnen, die im Rahmen ihrer Facharztausbildung (z.B. Innere Medizin, Chirurgie, Anästhesiologie, Pädiatrie, Allgemeinmedizin und ggf. auch Neuromedizin) unter Anleitung und Supervision durch Leitung und Fachärzte des Notfallzentrums einen sehr wichtigen Teil ihrer Ausbildung absolvieren.
- Ärzte anderer Fachrichtungen (z.B. HNO, Gynäkologen) sollten je nach Versorgungsstruktur der Notaufnahme bei entsprechenden Leitsymptomen oder Diagnosen in die Behandlung eingebunden werden und diese ggf. übernehmen.
- Die Versorgung von Kindern muss in einem Notfallzentrum organisatorisch klar geregelt sein.
 - Kindernotfälle stellen ein besonderes Problem dar, weil sie einerseits ein relativ kleines Segment der schweren Notfälle darstellen und andererseits oft durch Krankheiten bedingt sind, die in der Erwachsenen-Medizin so gut wie nicht vorkommen.
 - Ein Erlernen und Trainieren typischer Kinder-Notfallsituationen ist wegen ihrer Seltenheit (ca. 5% der Einsätze) für den durchschnittlichen Notarzt nicht im Rahmen des normalen Dienstgeschehens möglich. Die präklinische Versorgung schwerer Notfälle bei Kindern durch den Notarzt erfordert daher regelmäßige strukturierte Weiterbildungen der Notärzte [13].
 - Es ist anzustreben, dass zumindest in größeren Städten die primäre Notaufnahme für Kinder direkt an eine Kinderklinik/Kinderabteilung angegliedert ist. In den meisten peripheren Notfallzentren werden keine Kinderärzte verfügbar sein, daher kann hier eine ausreichende Erstversorgung nur erfolgen wenn die Mitarbeiter in Kindernotfällen weitergebildet sind. Die weitere Versorgung muss nach Verlegung in ein entsprechendes Krankenhaus mit Kinderabteilung erfolgen, um eine Behandlung auf pädiatrischem Facharztstandard zu ermöglichen. Die Modalitäten dieser Verlegung müssen im Voraus definiert und eine entsprechende Kommunikation mit einer Kinderabteilung muss etabliert sein.
 - Im ärztlichen Notdienst der niedergelassenen Ärzte setzt die Versorgung von kindlichen Notfällen weniger schwerer Natur dennoch wegen ihrer potentiellen Abgrenzung von gefährlichen Krankheitsbildern sowie der Vermeidung von Fehlentscheidungen eine strukturierte Weiterbildung in pädiatrischer Akutmedizin voraus. In größeren Städten kann das Vorhalten einer eigenen pädiatrischen Notfallpraxis sinnvoll und umsetzbar sein.
- Die ärztliche Tätigkeit in einem Notfallzentrum sollte im Rahmen einer Zusatzweiterbildung, die derzeit Gegenstand der Diskussion ist, anerkannt werden.
- Die Tätigkeit in einem Notfallzentrum kann auch einen wesentlichen Bestandteil der Ausbildung zum Allgemeinmediziner darstellen. Qualifizierte Allgemeinmediziner mit notfallmedizinischer Zusatzweiterbildung wären sehr gut für eine fachärztliche Tätigkeit in einem Notfallzentrum qualifiziert. Nach einer möglichen Niederlassung könnten sich so ausgebildete Allgemeinmediziner zudem auch besonders kompetent an den kassenärztlichen Notdiensten im Notfallzentrum weiter beteiligen. Auch in dem Gutachten 2014 des Sachverständigenrates Gesundheit (Kapitel 7.6.4.) wird ein vermehrter Einsatz von Allgemeinmedizinern in Notfallzentren vorgeschlagen [32]
- Die Zusatzweiterbildung sollte einem baldmöglichst zu erstellenden anerkannten Curriculum der Ärztekammern folgen und sich an Inhalten des Europäischen Curriculums für Notfallmedizin orientieren [48]. Bei der Erstellung eines Weiterbildungscurriculums sollten aktuelle Leiter von Notfallzentren aus großstädtischen und ländlich gelegenen Krankenhäuser ebenso einbezogen werden, wie Vertreter von Fachdisziplinen mit notfallmedizinischem Tätigkeitsbereichen. Wichtig ist, diese Zusatzweiterbildung auch für Allgemeinmediziner zugänglich zu machen.
- Da für die Versorgung von Patienten direkt in der Notaufnahme im Gegensatz z.B. zu Normalstationen im Krankenhaus keine kontinuierliche persönliche ärztliche Betreuung über das Schichtende hinaus nötig ist, bietet sich dieser Arbeitsbereich auch für Teilzeitkräfte an. Insbesondere auch auf Grund des 24 h Schichtbetriebs sollten flexible Arbeitszeitmodelle in den Notfallzentren angewendet werden. Bei

Vorliegen von regionalen Versorgungsengpässen sollte die Möglichkeit einer Anpassung der tariflichen Vergütungen bestehen, um die Attraktivität des Standortes zu erhöhen.

- Von erheblicher Bedeutung für Qualität, Sicherheit und Effizienz eines Notfallzentrums sind auch hier eine qualifizierte Leitung und die ausreichende Besetzung mit qualifizierten Pflegekräften. Analog zur Fachweiterbildung in der Intensivpflege ist auch in den Notfallzentren ein möglichst hoher Anteil von Pflegekräften mit einer Fachweiterbildung in der Notfallmedizin anzustreben [49]. Auch bei in der Notfallversorgung eingesetzten Rettungsassistenten bzw. Notfallsanitätern, die bereits heute an zahlreichen Notfallzentren das Team erfolgreich ergänzen, ist auf eine angemessene Qualifikation und Weiterbildung zu achten.

3.6. Qualitätssicherung und IT

- Für Notaufnahmen müssen angemessene Qualitätskriterien entwickelt und erhoben werden, die eine standardisierte Überprüfung der Leitungsfähigkeit einer Notaufnahme erlauben [8, 28].
- Notaufnahmen benötigen eine auf ihre Bedürfnisse zugeschnittene IT-Infrastruktur mit einer hochintegrierten und durchgängigen IT-Unterstützung der Abläufe in der Notaufnahme. Durch spezifische Programme sowie eine möglichst weitgehende IT-Vernetzung mit den stationären und ambulanten Kooperationspartnern z.B. im Rahmen regionaler Versorgungsnetzwerke sollte der Informationsfluss und Datentransfer ohne Verluste gewährleistet sein. Auch Daten für die Qualitätssicherung und Kostenanalysen müssen direkt und ohne wesentlichen Zusatzaufwand aus dem IT-System erhoben werden können.
- Notfallzentren der Kategorie III könnten von einer telemedizinischen Anbindung an größere Zentren profitieren (z.B. Befundung von radiologischen Untersuchungen).

3.7. Orientierung an internationalen Standards und Entwicklungen

- Die Reform der Notfallmedizin sollte im internationalen Bereich bereits gesammelte Erfahrungen integrieren [20].
- Von besonderem Interesse ist dabei z.B. die derzeitige Initiative zum massiven Ausbau der Notfallmedizin in Australien, da das deutsche DRG-System ursprünglich aus Australien übernommen wurde [42, 43]. Hier werden derzeit unabhängig von DRG-Fallpauschalen zur Steigerung der Leistungsfähigkeit der Notaufnahmen ca. 500 Mio. AUD zur Verfügung gestellt.

3.8. Umsetzung

- Die Umsetzung der hier vorgeschlagenen Reformen könnte zunächst auf Länderebene in ausgewählten Versorgungsbezirken z.B. in Form von Modellprojekten erfolgen, die mit öffentlichen Fördergeldern unterstützt werden sollten.
- Diese Modellprojekte könnten sowohl in Versorgungsbezirken mit bereits gut entwickelter notfallmedizinischer Infrastruktur (d.h. bereits vorhandene interdisziplinäre Notaufnahme, integrierte Notfallpraxen) stattfinden wie auch in Versorgungsbezirken, in denen eine solche erst aufgebaut werden muss.
- Die Modellprojekte sollen wissenschaftlich im Sinne einer Versorgungsforschung begleitet werden, um wichtige Erkenntnisse für eine weitere Optimierung des Systems zu liefern.
- Die Reform der medizinischen Notfallversorgung sollte zentral vom Bundesministerium für Gesundheit gefördert und koordiniert sowie von den Gesundheitsinstitutionen der Länder regional unterstützt und umgesetzt werden. Als Vorbild könnte hier z.B. das Traumanetzwerk der Deutschen Gesellschaft für Unfallchirurgie dienen [50].

4. Zusammenfassung der Vorschläge mit Adressaten

Bundesgesundheitsministerium

- Der Notfallmedizin sollte als grundlegendem Element der öffentlichen Daseinvorsorge eine angemessene Priorität im Gesundheitswesen eingeräumt werden.
- Eine intersektorale Finanzierungsform der Notfallzentren sollte geschaffen werden
- Modellversuche zur Optimierung der Versorgungsqualität und Verbesserung der IT-Infrastruktur in den Notfallzentren sollten mit öffentlichen Fördergeldern (z.B. BMBF) unterstützt werden.

Sozialministerien der Länder

- In den Landeskrankenhausplänen sollten an Krankenhäuser angebundene und ggf. auch ambulante Notfallzentren ausgewiesen werden.
- Notwendige Investitionskosten für die Notfallzentren z.B. für die Errichtung zentraler Notaufnahmen müssen von den Ländern übernommen werden.

Landkreise und Gemeinden

- Die Landkreise und Gemeinden sollten sich konstruktiv in die Errichtung der Notfallzentren einbringen. Die Versorgungsbezirke dürfen sich nicht allein z.B. an den Landkreisgrenzen orientieren sondern müssen verschiedene Aspekte wie z.B. die Leistungsfähigkeit der regionalen Krankenhäuser mit berücksichtigen.

Krankenhäuser

- Krankenhäuser mit Notfallzentren sollten diesen intern einen hohen Stellwert einräumen und sie mit den benötigten personellen, räumlichen und apparativen Ressourcen ausstatten.
- Die Krankenhäuser sollten Weiterbildungsmaßnahmen in der Notfallmedizin sowohl bei Ärzten wie auch bei Pflegekräften fördern.
- Notfallzentren sollten ein eigenständiges und mit den nötigen Kompetenzen ausgestattetes Leitungsteam besitzen.
- Bei der Kapazitätsplanung und im Rahmen des Belegungsmanagements müssen die stationär aufgenommenen Notfallpatienten ausreichend berücksichtigt werden.
- Die Krankenhäuser sollten die benötigten Vorhaltekosten für die Notfallzentren transparent ausweisen und zu behebbende Versorgungsdefizite klar darstellen.

Krankenkassen und InEK

- Die Krankenkassen sollten konstruktiv an einer Neuordnung der Finanzierung der Notfallzentren mitwirken z.B. durch Modifikationen des DRG-Fallpauschalensystem und Einrichtung von separaten sektorenübergreifenden Budgets für die Notfallzentren, die auch die Notfallversorgung durch Kassenärzte und Notärzte mit berücksichtigen.

Kassenärztliche Vereinigungen

- Die kassenärztlichen Vereinigungen sollten sich als Vertreter der an der Notfallversorgung teilnehmenden niedergelassenen Ärzte konstruktiv in die Errichtung und den Betrieb der Notfallzentren einbringen und in Kooperation mit den Notfallzentren die Vergütung für den kassenärztlichen Notdienst übernehmen.

Ärztetkammern und Fachgesellschaften

- Die Ärztekammern sollten eine Zusatzweiterbildung beschließen.
- Die Tätigkeit in einem Notfallzentrum sollte als wesentlicher Tätigkeitsschwerpunkt im Rahmen des Weiterbildungscurriculums zum Facharzt für Allgemeinmedizin verankert werden. Die Zusatzweiterbildung sollte auch Allgemeinmedizinerern offenstehen.

Danksagung

Wir möchten uns bei folgenden Kolleginnen und Kollegen für die Unterstützung und die Mitarbeit im Entstehungsprozess dieses Positionspapieres bedanken: Dr. med. Torsten Ade, Esslingen; Prof. Dr. med. Dominik Alscher, Stuttgart; Prof. Dr. med. Michael Bamberg, Tübingen; Dr. med. Dorothea Baumann, Tübingen; Dr. med. Manfred Beck, Tübingen; Dr. med. Johannes Fechner, Freiburg, Matthias Felsenstein, Stuttgart; Dr. med. Lisa Federle, Tübingen; Dr. med. Hans Fischer, Tübingen; PD Dr. med. Michael Haap, Tübingen; Ursula Hallmann, Tübingen; Dr. med. Thorsten Hammer, Freiburg; Dr. med. Oliver Heinzl, Tübingen; Dr. med. Florian Hoffmann, München; Dr. med. Dr. oec. Martin Holderried, Tübingen; Prof. Dr. med. Lothar Kanz, Tübingen; Armin Kern, Tübingen; Prof. Dr. med. Stefan Kluge, Hamburg, Dr. med. Florian Kreth, Tübingen; Prof. Dr. med. Gernot Lorenz, Tübingen; Prof. Dr. med. Georg Marckmann, München; Dr. med. Jens Maschmann, Tübingen; Prof. Dr. med. Thomas Nicolai, München; Klaus Rinkel, Ulm; Prof. Dr. med. Tobias Schilling, Stuttgart; Dr. med. Timo Schöpke, MBA, Berlin; Dr. med. Michael Schulze, Tübingen; Prof. Dr. Dr. h.c. mult. Jörg Rüdiger Siewert, Freiburg; PD Dr. med. Otto Tschritter, Stuttgart

Referenzen

1. Behringer W, Buergi U, Christ M, Dodt C, Hogan B (2013) Fünf Thesen zur Weiterentwicklung der Notfallmedizin in Deutschland, Österreich und der Schweiz. *Notf Rettungsmedizin* 16:625–626
2. Behringer PDW, Dodt C, Laggner AN (2012) Intensivtherapie in der Notaufnahme. *Notf Rettungsmedizin* 15:392–397
3. Beivers A, Dodt C (2014) Ökonomische Aspekte der ländlichen Notfallversorgung. *Notf Rettungsmedizin* 17:190–198
4. Bernhard M, Kaufmann T, Kumle B, Wilke P, Exadaktylos A, Gries A (2012) Notaufnahmestation in der Zentralen Notaufnahme. *Notf Rettungsmedizin* 15:436–442
5. Bernhard M, Ramshorn-Zimmer A, Hartwig T, Mende L, Helm M, Pega J, Gries A (2014) Schockraummanagement kritisch erkrankter Patienten. *Anaesthesist* 63:144–153
6. Bundesärztekammer B (2011) Bundesärztekammer - Notarzt. In: Bundesärztekammer. <http://www.bundesaerztekammer.de/page.asp?his=1.306.1125>. Accessed 14 Mar 2014
7. Christ M, Dodt C, Stadelmeyer U, Hortmann M, Geldner G, Wulf H (2010) Professionalisierung der klinischen Notfallmedizin – Gegenwart und Zukunft. *AINS - Anästhesiol · Intensivmed · Notfallmedizin · Schmerzther* 45:666–671
8. Dormann H, Diesch K, Ganslandt T, Hahn EG (2010) Kennzahlen und Qualitätsindikatoren einer medizinischen Notaufnahme. *Dtsch Arztebl* 107:261–267
9. Forero R, McCarthy S, Hillman K (2011) Access block and emergency department overcrowding. *Crit Care* 15:216
10. Gries A (2013) Notfallmedizin im Wandel? *Notfallmedizin Up2date* 8:165–165
11. Gries A, Kumle B, Zimmermann M, Wilke P (2013) Zentrale Notaufnahme - Wo stehen wir heute? *Notfallmedizin Up2date* 8:97–108
12. Gries A, Michel A, Bernhard M, Martin J (2011) Personalplanung in der zentralen Notaufnahme. *Anaesthesist* 60:71–78
13. Gries A, Zink W, Bernhard M, Messelken M, Schleichriemen T (2006) Realistic assessment of the physician-staffed emergency services in Germany. *Anaesthesist* 55:1080–1086
14. Griess A, Seekamp W, Welte T, Wygold T, Meixensberger J, Deuschl G, Galanski M, Sybrecht G (2010) Notfallbehandlung: Zentral und interdisziplinär. *Dtsch Arztebl* 107:A–268
15. Gross T, Amsler F, Ummenhofer W, Zuercher M, Regazzoni P, Jacob AL, Huegli RW, Messmer P (2005) Interdisziplinäres Schockraum-Management unfallchirurgischer Patienten aus der Sicht der Mitarbeitenden. *Chir* 76:959–966
16. Heine H (2014) Rette mich, wer kann. *Tagesspiegel Online* <http://www.tagesspiegel.de/berlin/notaufnahmen-in-berlin-rette-mich-wer-kann/9882364.html> Accessed 26 Sep 2014
17. Kirsch M, Zahn P, Happel D, Gries A (2014) Interdisziplinäre Notaufnahme – Schlüssel zum Erfolg? *Med Klin - Intensivmed Notfallmedizin* 109:422–428

18. Lackner CK, Wendt M, Ahnefeld FW, Koch B (2009) Von der Rettungskette zum akutmedizinischen Netzwerk. *Notf Rettungsmedizin* 12:25–31
19. Luiz T, Jung J, Flick S (2014) Quo vadis, Notarzt? *Anaesthesist* 63:294–302
20. Pines JM, Hilton JA, Weber EJ, et al (2011) International Perspectives on Emergency Department Crowding. *Acad Emerg Med* 18:1358–1370
21. Porter ME, Guth C (2012) Chancen für das deutsche Gesundheitssystem: Von Partikularinteressen zu mehr Patientennutzen. Springer Berlin Heidelberg
22. Schlechtriemen T, Armbruster W, Adler J, et al (2014) Herausforderung Notarzdienst. *Notf Rettungsmedizin* 17:39–45
23. Schlechtriemen T, Dirks B, Lackner CK, Moecke H, Ruppert M, Stratmann D, Altemeyer KH (2004) Defizite in der Notfallversorgung—gute Konzepte schlecht umgesetzt? *Notf Rettungsmedizin* 7:580–588
24. Schmiedel R, Behrendt H BAST - Berichte der BAST - Leistungen des Rettungsdienstes 2008/09. <http://www.bast.de/DE/Publikationen/Berichte/unterreihe-m/2011-2010/m217.html>. Accessed 8 Oct 2014
25. Schöpke T (2014) Not macht ökonomisch. *F&W* 6:528–532
26. Schöpke T, Plappert T (2011) Kennzahlen von Notaufnahmen in Deutschland. *Notf Rettungsmedizin* 14:371–378
27. Trzeciak DS (2013) Überfüllte Notaufnahme. *Notf Rettungsmedizin* 16:103–108
28. Walz G (2011) Organisationsformen der Notfallmedizin aus Sicht des Krankenhausmanagement. *Chir* 82:342–347
29. Weyrich P, Christ M, Celebi N, Riessen R (2012) Triagesysteme in der Notaufnahme. *Med Klin - Intensivmed Notfallmedizin* 107:67–79
30. Four-hour target in emergency departments. Wikipedia Free Encycl. http://en.wikipedia.org/wiki/Four-hour_target_in_emergency_departments. Accessed 26 Sep 2014
31. DGINA Positionspapier: Ambulante Notfallversorgung in Notaufnahmen unterfinanziert. <http://www.dgina.de/pages//posts/dgina-positionspapier-ambulante-notfallversorgung-in-notaufnahmen-unterfinanziert-434.php>. Accessed 27 Feb 2014
32. Bedarfsgerechte Versorgung – Perspektiven für ländliche Regionen und ausgewählte Leistungsbereiche. Gutachten 2014. <http://www.svr-gesundheit.de/index.php?id=465>. Accessed 26 Sep 2014
33. Streit um Krankenhaussubventionen: Daseinsvorsorge im Mittelpunkt (31.01.2014). <http://www.aerzteblatt.de/archiv/153490/Streit-um-Krankenhaussubventionen-Daseinsvorsorge-im-Mittelpunkt>. Accessed 11 Mar 2014
34. Positionen der Bundesärztekammer zur qualitätsorientierten Krankenhausplanung. http://www.bundesaerztekammer.de/downloads/Positionspapier_Krankenhausplanung.pdf. Accessed 26 Sep 2014
35. DKG-Vorschläge zur Sicherstellung der medizinischen Versorgung. http://www.dkgev.de/media/file/9360.DKG-Vorschlaege_zur_Sicherstellung_der_medizinischen_Versorgung.pdf. Accessed 26 Sep 2014
36. Positionen der Bundesärztekammer zur Krankenhausfinanzierung. http://www.bundesaerztekammer.de/downloads/Positionspapier_Krankenhausfinanzierung.pdf. Accessed 26 Sep 2014
37. Entschliessungen zum Tagesordnungspunkt I: Gesundheits-, Sozial- und ärztliche Berufspolitik (09.06.2014). <http://www.aerzteblatt.de/archiv/160604/Entschliessungen-zum-Tagesordnungspunkt-I-Gesundheits-Sozial-und-aerztliche-Berufspolitik>. Accessed 10 Jun 2014
38. Bundesärztekammer - 117. Deutscher Ärztetag beendet – Zusammenfassung. <http://www.bundesaerztekammer.de/page.asp?his=0.2.10741.12100.12179>. Accessed 30 Jun 2014
39. 117. Deutscher Ärztetag. VII-20 Notfallversorgung flächendeckend sichern. http://117daet.baek.de/dev_baek_public/data/media/EVII20.pdf?t=1401837979. Accessed 26 Sep 2014
40. Forschungsauftrag zur Mengenentwicklung nach § 17b Abs. 9 KHG. http://www.gkv-spitzenverband.de/media/dokumente/krankenversicherung_1/krankenhaeuser/budgetverhandlungen/mengensteuerung/Gutachten_zur_Mengenentwicklung.pdf. Accessed 26 Sep 2014.
41. Emergency admissions to hospital: managing the demand. <http://www.nao.org.uk/wp-content/uploads/2013/10/10288-001-Emergency-admissions.pdf>. Accessed 26 Sep 2014

42. Emergency Departments: Access Targets.
<http://www.yourhealth.gov.au/internet/yourhealth/publishing.nsf/content/factsheet-hosp-05#Ux9C31M1DTo>. Accessed 26 Sep 2014
43. NEAT - The Basics. In: Emerg. Care Inst. <http://www.ecinsw.com.au/>. Accessed 11 Mar 2014
44. Krankenhäuser: Mortalität steigt bei hoher Auslastung (09.05.2014).
<http://www.aerzteblatt.de/archiv/159578/Krankenhaeuser-Mortalitaet-steigt-bei-hoher-Auslastung>.
 Accessed 23 May 2014
45. Ökonomische Aspekte der klinischen Notfallversorgung.
http://www.dgina.de/media/veroeffent/20090729_Positionspapier_2009_07_08_MB_F.pdf. Accessed 26 Sep 2014
46. Delegiertenversammlung der Ärztekammer Berlin beschließt Zusatz-Weiterbildung "Klinische Notfall- und Akutmedizin." http://www.aerztekammer-berlin.de/40presse/10_Pressemitteilungen/718_Zusatzweiterbildungen.htm. Accessed 18 Jul 2014
47. Akutmedizin aus einer Hand. Die Symbiose von Intensiv- und Notfallmedizin.
http://www.medicom.cc/medicom-de/Livebook/2014/Arzt/e-paper_A_IN114-D/index.html. Accessed 12 Feb 2014
48. Europäisches Curriculum für Notfallmedizin.
<http://www.eusem.org/cms/assets/1/pdf/curriculumgerman.pdf>. Accessed 26 Sep 2014
49. Empfehlungen zur Fachweiterbildung Notfallpflege.
http://www.dgina.de/media/download_gallery/DGINA-Empfehlung_Notfallpflege.pdf. Accessed 26 Sep 2014
50. DGU-Traumanetzwerk. <http://www.dgu-traumanetzwerk.de/>. Accessed 28 Apr 2014