

← + Zentrale Notaufnahme ←

Foto: Wellnhofer Designs – Fotolia

Notfall für den Notfall

Ambulante Notfallversorgung des Krankenhauses im Spannungsfeld strikter Sektorentrennung

Von Susanne Clemens und Dr. Erika Raab

Seit April 2017 sieht die Gebührenordnung eine neue Vergütung im ärztlichen Notfall- und Bereitschaftsdienst vor. Insbesondere in Hessen ist hierüber eine Diskussion zwischen Krankenhäusern und der Kassenärztlichen Vereinigung (KV) entflammt. Im folgenden Beitrag werden die Risiken und Nebenwirkungen des Ansatzes strikter Sektorentrennung im Hinblick auf die ambulante Notfallversorgung im Krankenhaus thematisiert.

Keywords: Notfallversorgung, Vergütung, Sektoren

Die Gebührenordnung sieht seit April 2017 eine neue Vergütung im ärztlichen Notfall- und Bereitschaftsdienst vor. Eingeführt wird eine Aufklärungspauschale, die tagsüber mit 4,74 Euro sowie nachts und am Wochenende mit 8,42 Euro bewertet ist und mit der Patienten abgerechnet werden, die mangels akuten Leidens von der Notaufnahme an die niedergelassene

Ärzeschaft beziehungsweise deren Bereitschaftsdienst verwiesen werden sollen. Insbesondere in Hessen ist hierüber eine Diskussion zwischen Krankenhäusern und der Kassenärztlichen Vereinigung (KV) entflammt. So stellte Dr. Susanne Johna, Vorsitzende des Marburger Bundes Hessen, fest, dass sich die Notfallambulanzen der Krankenhäuser selbst in einer Notsituation befinden, weil sie gegenwärtig die größte Last an der deutlichen Erhöhung der Patientenzahlen in der ambulanten Notfallversorgung innerhalb der letzten zehn Jahre tragen.

Dies führt in den Krankenhäusern einerseits bei bekanntem Fachpersonalmangel zu außerordentlicher Arbeitsverdichtung sowohl in der Ärzteschaft als auch im Bereich der Pflegekräfte und andererseits zu einer Unterfinanzierung der Notfallambulanzen. Die prekäre Situation der Krankenhäuser ist Anlass genug, um die Risiken und Nebenwirkungen des Ansatzes strikter Sektorentrennung zu untersuchen.

Ambulante Notfallversorgung und der Grundsatz der Sektorentrennung

Die Gewährleistung jederzeitiger ambulanter Notfallversorgung ist elementarer Teil der aus dem Sozialstaatsprinzip gemäß Art. 20 Absatz 1 GG entspringenden Daseinsvorsorge. Dabei ist die ambulante Notfallversorgung durch eine strikte sektorale Trennung gekennzeichnet. Die langjährige Rechtsprechung des Bundessozialgerichts geht von dem Grundsatz aus, dass Krankenhäuser primär der stationären Patientenversorgung dienen und demgegenüber die Notfallbehandlung grundsätzlich durch das Vertragsarztsystem sicherzustellen sei. Begründet wird dieser Ansatz mit dem Wortlaut und der Struktur der gesetzlichen Regelungen des SGB V: Es ist gemäß § 75 Absatz 1 Satz 1 SGB V die ureigene Pflicht der KV, die vertragsärztliche Versorgung sicherzustellen. Einerseits umfasst der Sicherstellungsauftrag die angemessene und zeitnahe Zurverfügungstellung der fachärztlichen Versorgung (§ 75 Absatz 1a Satz 1 SGB V) und andererseits schließt



er die vertragsärztliche Versorgung zu den sprechstundenfreien Zeiten (Notfalldienst) ein (§ 75 Absatz 1b Satz 1 SGB V).

Demgegenüber normiert § 76 Absatz 1 Satz 2 SGB V, dass andere als zur vertragsärztlichen Versorgung zugelassene Ärztinnen und Ärzte von den Versicherten nur in Notfällen in Anspruch genommen werden dürfen und § 295a Absatz 3 SGB V enthält Vorschriften für Krankenhäuser über Daten für die Abrechnung von im Notfall erbrachten ambulanten ärztlichen Leistungen. § 17b Absatz 1a Nummer 1 KHG in Verbindung mit § 4 Absatz 6 KHEntgG eröffnet zudem die Möglichkeit eines DRG-Abschlags bei Krankenhäusern, die nicht an der Notfallversorgung teilnehmen.

Wenngleich auf den ersten Blick die ambulante Notfallversorgung vom Grundsatz her keine Aufgabe des Krankenhauses zu sein scheint, so hat der Gesetzgeber gleichzeitig eine ambulante Notfallversorgung durch die Krankenhäuser unterstellt, es aber versäumt, klare gesetzliche Regelungen über die Voraussetzungen und den Umfang einer ambulanten Notfallversorgung im Krankenhaus zu schaffen.

Grundzüge der Rechtsprechung zu Krankenhausleistungen im Notfall

Soweit Versicherte berechtigt sind, Leistungen der Notfallambulanz in Anspruch zu nehmen, sind diese allein auf eine Erstversorgung mit Ziel beschränkt, Gefahren für Leib und Leben sowie unzumutbaren Schmerzen zu begegnen und die Notwendigkeit einer stationären Behandlung abzuklären. Der Behandlungsumfang ist damit auf Maßnahmen beschränkt, die bis zum erneuten Einsetzen der Regelversorgung in den üblichen Sprechstundenzeiten erforderlich sind. Der Umfang der Diagnostik muss auf diese Erstversorgung ausgerichtet sein. Befunde, die dazu nicht benötigt werden, sind nicht zu erheben. Der medizinische Bedarf für die Erstversorgung und nicht die medizinische Infrastruktur der Institution, in der die Not-

fallversorgung angeboten wird, bestimmen den Umfang der Diagnostik. Regelmäßig reichen Anamnese und körperliche Untersuchung aus, um eine Akutbehandlung durchzuführen beziehungsweise die Notwendigkeit einer stationären Behandlung zu erkennen und festzustellen. In besonderen Fällen können auch radiologische und Laborleistungen für die Erstversorgung erforderlich sein. Wegen des Ausnahmecharakters solcher Fälle müssten allerdings die maßgeblichen medizinischen Diagnosen für die Abrechnungsprüfung erkennbar sein (BSG, Urt. v. 12.12.2012, Az. B 6 KA 5/12).

Schwachstellen der ambulanten Notfallversorgung in der Praxis

Obgleich der Sicherstellungsauftrag bei der KV liegt und durch die niedergelassene Ärzteschaft gewährleistet sein soll, übernehmen die Krankenhäuser überwiegend die ambulante Notfallversorgung. Es ist bekannt, dass seit 2010 die Fallzahl in den Notfallambulanzen beständig ansteigt. Im Durchschnitt wuchs der Anteil der im Krankenhaus versorgten Notfälle von circa 50 % im Jahr 2009 auf fast 58 % im Jahr 2014.

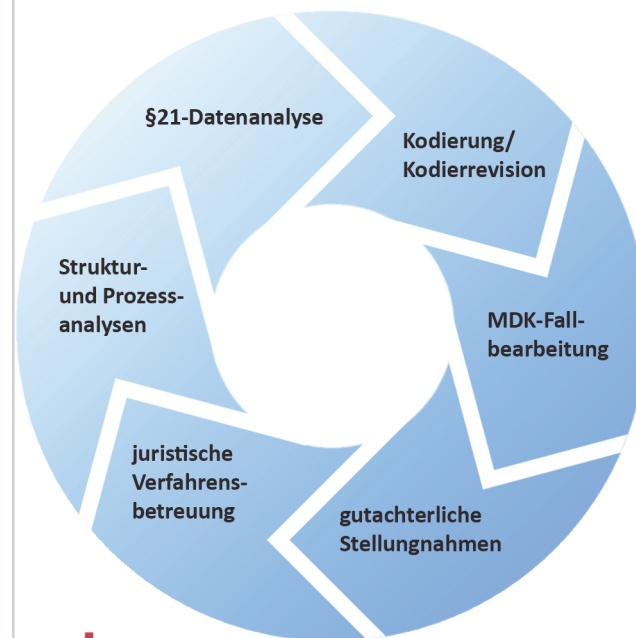
Laut dem Krankenhausreport 2017 nahm im Laufe des Jahres 2014 jeder fünfte AOK-Versicherte im Durchschnitt 1,62 Mal die ambulante Notfallversorgung in Anspruch. Dem Krankenhausbereich kam dabei die bedeutendste Rolle zu, da circa 57,7 % aller ambulanten Notfälle dort anfielen beziehungsweise 66,1 % der Notfallpatienten mindestens einmal in einer Notfallambulanz behandelt wurden.

Entweder werden Patienten von ihrem Hausarzt oder dem kassenärztlichen Notdienst eingewiesen, vom Rettungsdienst eingeliefert oder sie suchen die Notambulanz als Selbstvorsteller auf. Laut der Deutschen Gesellschaft für interdisziplinäre Notfall- und Akutmedizin (DGINA) ist es verständlich, dass Patienten immer häufiger die Notfallambulanzen der Krankenhäuser aufsuchen, denn „die Notfallversorgung erfordert eine spezielle Medizin, bei der alles darauf aus-

Aus- und Weiterbildung

- **Medizincontroller (m/w) (IHK)**
- **DRG-Case Manager (m/w) (IHK)**
- **Medizinische Kodierfachkraft (m/w) (IHK)**
- **PEPP-Kodierfachkraft (m/w) (IHK)**
- **fachspezifische Kodierseminare**
- **und Weitere**

Medizincontrolling



Besuchen Sie unseren Stand auf dem Herbstsymposium in Frankfurt am 19. und 20.10.2017.

PKM GmbH | Beethovenstr. 5-13 | 50674 Köln

Privatinstitut für Klinikmanagement (PKM GmbH)
Tel.: 0221 - 204 279 71
Mail: info@pk-management.de
www.pk-management.de



gerichtet ist, dass die Ursache eines Krankheitssymptoms schnell ermittelt wird, um gefährliche Diagnosen rasch zu erkennen und zu behandeln“.

Gerade im vertragsärztlichen Bereich der Notfallversorgung sind die diagnostischen und therapeutischen Möglichkeiten äußerst begrenzt. Auch eine angemessene

gründen auf der bundessozialgerichtlichen Annahme, dass eine ambulante Versorgung allenfalls in Ausnahmesituationen, das heißt in Notfällen bei Nichterreichbarkeit eines Vertragsarztes, in Betracht kommt, weshalb auch die Erbringung ambulanter Notfalleistungen für Krankenhäuser während der üblichen Sprechzeiten nicht abrechnungsfähig ist. Damit wird der

sorgung resultiert, wird mit 1 Milliarde Euro ausgewiesen.

Für den Bereich der stationären Leistungserbringung gewähren die Bestimmungen des SGB V, des KHG und des KHEntG umfassende Rechte der Krankenhäuser. So sieht § 112 SGB V den Abschluss zweiseitiger Verträge und Rahmenempfehlungen über Krankenhausbehandlungen zwischen den Landesverbänden der Kranken- und Ersatzkassen sowie den Landeskrankenhausverbänden vor. Solche Rechte finden sich auch in den Bereichen, in denen Krankenhäuser über den stationären Bereich hinaus ambulante Leistungen erbringen können. § 115a SGB V regelt sehr ausführlich, unter welchen Bedingungen Krankenhäuser vor- und nachstationäre Behandlungen im Krankenhaus durchführen können. Vergütungsfragen werden gemäß Abs. 3 S. 1 der Norm zwischen dem Landesverband der Kranken-, den Ersatzkassen, des Landesausschusses des Verbandes der privaten Krankenversicherung und der Landeskrankengesellschaft geregelt. Die Vergütung ambulanter Operationen im Krankenhaus nach § 115b Abs. 1 S. 1 SGB V wird zwischen dem Spitzenverband Bund der Krankenkassen, der Deutschen Krankengesellschaft oder der Bundesverbände der Krankenträger und den kassenärztlichen Bundesvereinigungen ausgehandelt. Die komplexen Fragen der spezialfachärztlichen Versorgung nach § 116b SGB V, in die Krankenhäuser ebenso involviert sind, werden durch den Gemeinsamen Bundesausschuss geregelt, in dem Krankenhäuser Mitwirkungsrechte besitzen. Im Vergütungssystem der KV verfügen Krankenhäuser hingegen über kein Beteiligungsrecht.

Sind die kassenärztlichen Vergütungsregeln für die Notfallambulanz nicht kostendeckend, dann ist eine Nichtbeteiligung der Krankenhäuser an einer sie benachteiligenden Vergütungsregelung ohne eindeutige einfachgesetzliche Rechtsgrundlage mit Art. 12 und 14 GG nicht vereinbar.

Lösungsansätze

In vielen Kliniken existieren Ärztliche Bereitschaftsdienstzentralen

„Allerdings berücksichtigt die kassenärztliche Vergütung nicht die teamorientierte interdisziplinäre Behandlung in den Notfallambulanzen. Sie orientiert sich vielmehr an der Kostenstruktur einer Arztpraxis. Das hat erhebliche wirtschaftliche Auswirkungen auf Krankenhäuser.“

und zeitnahe Zurverfügungstellung der fachärztlichen Versorgung scheint durch die KV gegenwärtig nicht hinreichend realisiert. Patienten müssen teilweise unzumutbar lange Wartezeiten bei Fachärzten hinnehmen. Die Folge formuliert die DGINA prägnant: „Deswegen stimmen die Patienten in Deutschland mit den Füßen ab und gehen in die Notfallaufnahmen.“ Eine Erkenntnis, der sich beispielsweise auch die KV Hessen nicht verschließen konnte und durch ein Rundschreiben im Mai 2017 eigens eingestanden hat: „Zum Beispiel ist signifikant, dass mehr als 61 % der Teilnehmer der Umfrage angaben, nach einem Kontakt mit ihrer Hausarztpraxis oder einem anderen niedergelassenen Arzt die Ambulanz ausgesucht zu haben.“ Hiernach hielt es die KV Hessen für „wichtig“, auf den „Anspruch, als Niedergelassene die ambulante Versorgung sicherzustellen“, hinzuweisen. Die gravierende Zunahme der Inanspruchnahme der Notfallambulanzen gibt einen Hinweis auf ein jedenfalls partielles Systemversagen.

Fehlende Kostendeckung der Notfallambulanz

Unter Berücksichtigung der vorstehenden Entwicklung der Notfallversorgung begegnet die Rechtsprechung des BSG zur Honorierung der Notfallambulanz verfassungsrechtlichen Bedenken. Diese

ambulant Notfallversorgung durch Krankenhäuser nicht nur eine subsidiäre Rolle zugewiesen, sondern sie wird grundsätzlich ausgeschlossen. Zudem zieht das BSG aus der strikten Sektorentrennung zwischen ambulanter vertragsärztlicher und stationärer Versorgung die Konsequenz, dass auch die ausnahmsweise Notfallversorgung durch die Krankenhäuser der vertragsärztlichen Versorgung und damit auch deren Vergütungssystem zuzurechnen ist.

Allerdings berücksichtigt die kassenärztliche Vergütung nicht die teamorientierte interdisziplinäre Behandlung in den Notfallambulanzen. Sie orientiert sich vielmehr an der Kostenstruktur einer Arztpraxis. Das hat erhebliche wirtschaftliche Auswirkungen auf Krankenhäuser. Mit Bezug auf die Vorhaltung und Sicherstellung von Notfallambulanzen zeigt sich eine erhebliche Unterfinanzierung. Nach dem Gutachten zur ambulanten Notfallversorgung im Krankenhaus der Management Consult Kestermann GmbH aus dem Jahre 2015 stehen einem durchschnittlichen Erlös von 32 Euro pro ambulanten Notfall Fallkosten in Höhe von mehr als 120 Euro gegenüber. Ein Verlust wird zwischen 45 Euro und 160 Euro pro ambulanten Notfall bestätigt. Das Gesamtdefizit der Krankenhäuser in Deutschland, das aus der ambulanten Notfallver-

der Kassenärztlichen Vereinigung an den Krankenhäusern (ÄBDZ), welche in der Regel von 19 Uhr bis 7 Uhr und damit außerhalb der Regelarbeitszeiten der niedergelassenen Praxen geöffnet sind. Das Hauptproblem dieser Praxen liegt in der Regelarbeitszeit beziehungsweise zu Zeiten, an welchem die ÄBDZ geschlossen hat, das heißt also werktags von 07:00 bis 19:00 Uhr.

Pragmatische Lösungen sehen vor, gerade zu diesen Zeiten von 07:00 bis 19:00 Uhr in den bereits bestehenden Räumlichkeiten eine Portalpraxis in Form einer KV-Notfallpraxis einzurichten. Der große Vorteil hierbei ist, dass bereits die gesamte Logistik, die Räumlichkeiten, der Bekanntheitsgrad für die Patienten, eine jahrelange Erfahrung in der Zusammenarbeit mit der ÄBDZ bereits vorliegen und bei Notwendigkeit die Krankenhausstrukturen mit benutzt werden können. Es könnten mit geringem Aufwand Strukturen geschaffen werden, welche für den Patienten bereits da vorhanden sind. Somit hätten Patienten, welche ein akutes Krankheitsgeschehen verspüren, deren Hausarzt in Urlaub ist oder welche keinen Hausarzt besitzen oder sich nicht in der Region auskennen, immer einen festen Anlaufpunkt, von welchem sie dann entsprechend der Erkrankung beziehungsweise des Zustands in die richtige Versorgungsstufe gesteuert und dort auch behandelt werden können. Dadurch kann nicht nur eine professionalisierte Triage durchgeführt werden, sondern der Patient auf kurzem Weg der richtigen Versorgungsstufe zugeführt werden und zwar 24 Stunden an sieben Tagen der Woche!

Diese Notfallpraxis sollte unter dem KV-Regime laufen, das Krankenhaus steuert gerne sein Know-how, seine technischen Ausstattungen, sein Netzwerk, bereits bestehende Kooperationen und natürlich die enge Zusammenarbeit mit der Zentrale Notaufnahme eines Krankenhauses bei.

Fazit

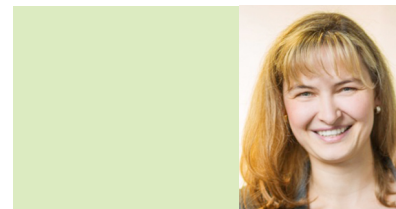
Natürlich soll die ambulante Notfallbehandlung als Bestandteil des Sicherstellungsauftrags der vertragsärztlichen Versorgung nicht in Abrede gestellt und dem Verantwortungsbereich der KV nicht entzogen werden. Allerdings muss das bisherige System an tatsächliche Gegebenheiten angepasst, die strikte Sektorentrennung zwischen ambulanter und stationärer Behandlung aufgegeben und damit die ambulante Versorgung von Patienten in Krankenhäusern als weitere Säule der ambulanten Notfallversorgung etabliert werden. Damit würde auch dem Recht des Patienten, der sich eigeninitiativ in der Notfallambulanz vorstellt, auf freie Arztwahl entsprochen. Dieses Recht ist Ausfluss des Grundrechts der allgemeinen Handlungsfreiheit und des Rechts auf körperliche Unversehrtheit (Art. 2 Absatz 1 und 2 GG) sowie des daraus abzuleitenden Selbstbestimmungsrechts des Patienten.

Das aber führt zu dem bereits diskutierten Vorschlag, die Notfallambulanz als eigene Kostenstelle im Kalkulationsverfahren für das DRG-System zu berücksichtigen und adäquat zu vergüten. Leistungs- und Kostenstrukturen wären hierdurch transparent ermittelbar und den jeweiligen Fortentwicklungen im Bereich der Notfallversorgung würde regelmäßig Rechnung getragen. Das vom Marburger Bund vorge-

schlagene Triage-System würde selbst dann nicht den aufgeworfenen Problemen der Krankenhäuser entgegenwirken, wenn die Anlaufstelle zur Abklärung, in welches Versorgungssystem der Patient zu entsenden ist, an die Krankenhäuser angegliedert würde. Selbst diese Leistung ist durch die eingeführte Aufklärungspauschale nicht angemessen, das heißt kostendeckend abgegolten. ■

Susanne Clemens

Rechtsanwältin
RechtsAnwälte&Notare
Falk, Berghäuser, Albach,
Landzettel, Wieland, Berg
PartnerschaftsG mbB
Friedensplatz 6
64283 Darmstadt
Clemens@anwaelte-da.de



Susanne Clemens

Dr. Erika Raab

Leitung Konzernmanagement und Recht
Klinikum Darmstadt GmbH



DRG-Control
DIE EXPERTEN.

www.drg-control.com

**KodierRevision:
Gemeinsam erfolgreich!**

