



Spitzenverband



Bedarfsgerechte Planung und Ausstattung von Integrierten Notfallzentren

Vorschläge des GKV-Spitzenverbandes

Stand: 29. August 2023



Impressum

Herausgeber:
GKV-Spitzenverband
Reinhardtstraße 28
10117 Berlin

Verantwortlich:
Abteilung Krankenhäuser
Abteilung Ambulante Versorgung

Gestaltung:
BBGK Berliner Botschaft
Gesellschaft für Kommunikation mbH

Fotonachweis:
links: Robert Kneschke - stock.adobe.com; rechts: Gorodenkoff - stock.adobe.com

Stand: 29. August 2023

Alle Rechte, auch die des auszugsweisen Nachdrucks, vorbehalten.

Der GKV-Spitzenverband ist der Spitzenverband Bund der Krankenkassen nach § 217a des Fünften Buches Sozialgesetzbuch (SGB V). Er ist zugleich der Spitzenverband Bund der Pflegekassen nach § 53 SGB XI. Der GKV-Spitzenverband ist eine Körperschaft des öffentlichen Rechts mit Selbstverwaltung.

Name, Logo und Reflexstreifen sind geschützte Markenzeichen des GKV-Spitzenverbandes.

Bedarfsgerechte Planung und Ausstattung von Integrierten Notfallzentren

Vorschläge des GKV-Spitzenverbandes

Stand: 29. August 2023

Inhalt

1	Reformvorschläge der Regierungskommission zur Notfallversorgung	6
2	GKV-Grundsatz: Integrierte Notfallzentren am Versorgungsbedarf orientieren	7
3	Vorschläge zur gesetzlichen Regulierung Integrierter Notfallzentren	8
3.1	Bundeseinheitliche Rahmenbedingungen für INZ	8
3.2	Standortauswahl von INZ	8
3.3	Öffnungszeiten und Arztkapazitäten von INZ	9
3.4	Personelle Ausstattung von KV-Notdienstpraxen	9
3.5	Ersteinschätzung in Integrierten Notfallzentren	10
3.6	Vergütung von ambulanten Notfällen in der KV-Notdienstpraxis und der Zentralen Notaufnahme	10
3.7	Konsequenzen bei Nichterfüllung des Sicherstellungsauftrages	11
4	Ein Simulationsmodell für bedarfsorientierte Standorte Integrierter Notfallzentren	12

1 Reformvorschläge der Regierungskommission zur Notfallversorgung

Im Februar 2023 hat die Regierungskommission mit ihrer vierten Stellungnahme ein Reformkonzept für die Notfallversorgung vorgelegt. Die Empfehlungen konzentrieren sich auf die Einrichtung und Ausgestaltung Integrierter Notfallzentren (INZ) und Integrierter Leitstellen (ILS).

Für die flächendeckende Einrichtung von INZ empfiehlt die Regierungskommission den Aufbau von INZ an allen Krankenhäusern der erweiterten und umfassenden Notfallstufe. Wo regional erforderlich, sollten auch an Krankenhäusern mit Basisnotfallstufe INZ eingerichtet werden. Dabei

INZ sollen aus einer Ersteinschätzungsstelle („Tresen“), der Notaufnahme des Krankenhauses und einer KV-Notdienstpraxis bestehen.

sollten INZ aus einer Ersteinschätzungsstelle („Tresen“), der Notaufnahme des Krankenhauses und einer KV-Notdienstpraxis bestehen.

Zudem empfiehlt die Regierungskommission die Festlegung von Mindestöffnungszeiten für KV-Notdienstpraxen in INZ durch ein regionales Gremium. Konkret sollten KV-Notdienstpraxen in INZ an Krankenhäusern mit erweiterter Notfallstufe mindestens werktags von 14:00 bis 22:00 Uhr und am Wochenende bzw. Feiertagen von 09:00 bis 21:00 Uhr geöffnet sein; an Krankenhäusern mit umfassender Notfallstufe 24/7. Zudem soll in INZ eine Ersteinschätzung des medizinischen Behandlungsbedarfs von Hilfesuchenden an der Ersteinschätzungsstelle auf Basis eines standardisierten, qualitätsgesicherten und softwaregestützten Instruments erfolgen für die Steuerung der Hilfesuchenden in die geeignete Versorgungsebene. Darüber hinaus empfiehlt die Regierungskommission den Aufbau von INZ für Kinder und Jugendliche (KINZ) an Kliniken für Kinder- und Jugendmedizin sowie an Krankenhäusern, die nach den Notfallstufen-Regelungen des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) die Voraussetzung des Moduls „Notfallversorgung Kinder“ erfüllen.

2 GKV-Grundsatz: Integrierte Notfallzentren am Versorgungsbedarf orientieren

Mit den Notfallstufen-Regelungen des G-BA wurde erstmals Transparenz über die stationären Notfallstrukturen in Deutschland geschaffen. Die bundesweite Erreichbarkeit von Krankenhäusern, die mindestens eine Basisnotfallstufe vorhalten, ist sehr gut: 98 Prozent der Bevölkerung erreichen innerhalb von 30 Pkw-Fahrzeitminuten ein solches Notfallkrankenhaus. Was allerdings sowohl in der stationären als auch in der ambulanten Notfallversorgung fehlt, ist eine konkrete, am Versorgungsbedarf der Bevölkerung orientierte Planung der Versorgungsstrukturen.

Die Regierungskommission adressiert die erforderliche Konzentration der Notfallstrukturen, indem sie vorschlägt, INZ an allen Krankenhausstandorten mit erweiterter oder umfassender Notfallstufe (Notfallstufen 2 und 3) anzusiedeln. Bei Krankenhäusern der Basisnotfallstufe sollen INZ nur bei regionaler Erfordernis eingerichtet werden. Der Grundgedanke, nicht an jedem Notfallkrankenhaus ein INZ einzurichten, ist aus Sicht des GKV-Spitzenverbandes sachgerecht und richtig.

Nach einer Analyse des GKV-Spitzenverbandes auf Basis einer Simulation ist die von der Regierungskommission vorgesehene Systematik jedoch nicht zielgerichtet genug, um dem bevölkerungsbezogenen Versorgungsbedarf gerecht zu werden. Die Analyse zeigt, dass das regionale Erfordernis, INZ an Krankenhäusern der Basisnotfallversorgung einzurichten, häufig vorliegt, da ansonsten in der Fläche die Erreichbarkeit unzureichend wäre. Gleichzeitig zeigt die Analyse, dass in Ballungsregionen erhebliche Überkapazitäten entstehen würden. Daher ist eine Auswahlentscheidung zu treffen, um ein Überangebot zu vermeiden und die Personalressourcen an ausgewählten Standorten zu bündeln. In der Fläche wird hingegen oftmals nur ein Krankenhaus mit einer Basisnotfallstufe vorhanden sein, das die Sicherstellung der Notfallversorgung übernehmen kann.

Anstelle einer pauschalen Festlegung auf alle Krankenhäuser der erweiterten und umfassenden Notfallstufe schlägt der GKV-Spitzenverband daher vor, die für INZ geeigneten Standorte auf Basis von bundeseinheitlichen Kriterien auszuwählen. Die Kriterien zur Auswahl geeigneter INZ-Standorte sowie die Mindestanforderungen an die Struktur und Qualität von INZ und KV-Notdienstpraxen sollten bundeseinheitlich durch den G-BA festgelegt werden. Hierzu sollten u. a. auch die Festlegung von Mindestöffnungszeiten von KV-Notdienstpraxen zählen, die sich am Versorgungsbedarf der Bevölkerung in einer Region orientieren, sowie Mindeststandards für die technische und personelle Ausstattung.

Anstelle einer pauschalen Festlegung auf alle Krankenhäuser der erweiterten und umfassenden Notfallstufe schlägt der GKV-Spitzenverband vor, die für INZ geeigneten Standorte am Versorgungsbedarf zu orientieren und auf Basis bundeseinheitlicher Kriterien auszuwählen.

3 Vorschläge zur gesetzlichen Regulierung Integrierter Notfallzentren

Nachfolgend sind die Vorschläge des GKV-Spitzenverbandes zur gesetzlichen Regulierung von INZ-Standorten auf der Grundlage bundeseinheitlicher Rahmenbedingungen dargestellt. Die Vorschläge können auch für spezifische INZ für Kinder und Jugendliche angewendet werden.

3.1 Bundeseinheitliche Rahmenbedingungen für INZ

Die erforderlichen Schritte für eine flächendeckende Etablierung von INZ können aus Sicht des GKV-Spitzenverbandes weitestgehend innerhalb des bereits bestehenden Ordnungsrahmens umgesetzt werden. Dabei ist es nicht erforderlich, INZ als eigenen Leistungserbringerbereich zu definieren. Dies würde die Problematik der Gesetzgebungskompetenzen von Bund und Ländern deutlich reduzieren.

Eine bundeseinheitliche Planungsvorgabe für die Auswahl und Ausgestaltung geeigneter INZ-Standorte erscheint sinnvoll für eine bedarfsgerechte Versorgung. Hierfür bietet es sich an, auf die Expertise des G-BA zurückzugreifen. Eine Verankerung der Regelungskompetenz könnte in den Regelungen zur Überversorgung gemäß § 101 SGB V erfolgen. Ohne in die Planungshoheit der

Länder einzugreifen, könnte der G-BA Vorgaben zur Ansiedlung von KV-Notdienstpraxen treffen. Diese betreffen den Sicherstellungsauftrag der KVen und könnten damit eine Regelungskompetenz des

G-BA im Rahmen der Bedarfsplanung begründen. Dabei ist jedoch zu berücksichtigen, dass sich der Sicherstellungsauftrag der KVen für den Notdienst auf die vertragsärztliche Versorgung zu den sprechstundenfreien Zeiten bezieht. Zu den Sprechstundenzeiten wird die ambulante Versorgung überwiegend durch die Vertragsärztinnen und Vertragsärzte in den Vertragsarztpraxen umgesetzt. In den Notaufnahmen zeigt sich jedoch, dass die Sicherstellung insbesondere zu den Randzeiten zum Teil auch an den Krankenhäusern

stattfindet und daher geregelt werden muss. Ein Regelungsauftrag des G-BA zur Festlegung von Kriterien für die Standortplanung von KV-Notdienstpraxen sollte deshalb auch Mindestöffnungszeiten der KV-Notdienstpraxen im Sinne einer Qualitätsanforderung umfassen.

3.2 Standortauswahl von INZ

Der GKV-Spitzenverband schlägt vor, die für INZ geeigneten Krankenhausstandorte anhand bundeseinheitlicher Kriterien auszuwählen. Dabei sollten neben den Notfallstufen der Krankenhäuser insbesondere der Versorgungsbedarf der Bevölkerung in einer Region, die Erreichbarkeit sowie die erforderliche Personalausstattung der INZ berücksichtigt werden.

Das Modell der INZ sieht einen gemeinsamen Treppen des Krankenhauses (Zentrale Notaufnahme) und der KV vor. Da die Krankenhausplanung Aufgabe der Länder ist, der G-BA hingegen die Regelungskompetenz für die Bedarfsplanung der vertragsärztlichen Versorgung hat, bezieht sich die Ermittlung der Kapazitäten des ambulanten Versorgungsbedarfs im Folgenden auf die KV-Notdienstpraxen.

Ausgehend von der bisherigen Inanspruchnahme von ambulanten Notfalleleistungen in einer Region sollten die benötigten Arztkapazitäten für KV-Notdienstpraxen ermittelt werden. Die Verteilung der Arztkapazitäten und damit die Auswahl der Krankenhausstandorte, an denen die KV-Notdienstpraxen eingerichtet werden, sollte anhand bundeseinheitlicher objektiver Kriterien erfolgen. Hierfür bieten sich die Notfallstufen, die standortbezogene Fallzahl sowie die Berücksichtigung von bestehenden KV-Notdienstpraxen an. Dadurch wird in Regionen mit mehreren Krankenhausstandorten eine Konzentration der Arztkapazitäten auf besonders geeignete Standorte erreicht.

Eine mögliche Umsetzung dieser Standortauswahl für INZ wird im Rahmen des Simulationsmodells für bedarfsorientierte INZ-Standorte in Kapitel 4 näher beschrieben.

Eine bundeseinheitliche Planungsvorgabe für die Auswahl und Ausgestaltung geeigneter INZ-Standorte erscheint sinnvoll für eine bedarfsgerechte Versorgung und sollte vom G-BA festgelegt werden.

3.3 Öffnungszeiten und Arztkapazitäten von INZ

Die Datenlage zur derzeitigen Inanspruchnahme sowie zum Versorgungspotenzial von KV-Notdienstpraxen ist unzureichend. Während die Auslastung der bestehenden ärztlichen Bereitschaftsdienstpraxen der KVen im Bundesdurchschnitt über alle Krankenhausstandorte und alle Uhrzeiten als gering beschrieben wird, zeigen sich für einzelne große Krankenhausstandorte hohe Auslastungen.

Aufgrund der unterschiedlichen Auslastungen von Notaufnahmen ist ein bundesweiter, regelhafter 24/7-Betrieb von INZ mit Ärztinnen und Ärzten nicht wirtschaftlich abbildbar. Das wäre bereits im Hinblick auf die verfügbaren Arztkapazitäten und die Wirtschaftlichkeit von Versorgungsstrukturen nicht zu rechtfertigen. So müsste für einen 24/7-Betrieb von INZ an 1.000 definierten Krankenhäusern von einem Bedarf von 5.000 bis 7.000 Ärztinnen und Ärzten ausgegangen werden – ein Personalbedarf, der angesichts des derzeitigen Fachkräftemangels unrealistisch ist.

Stattdessen muss sich aus Sicht des GKV-Spitzenverbandes die Ausgestaltung der Mindestöffnungszeiten von KV-Notdienstpraxen am Patientenaufkommen des INZ orientieren. An INZ-Standorten muss zukünftig mindestens in den Zeiten eines hohen Patientenaufkommens in der Notaufnahme eine KV-Notdienstpraxis am Krankenhausstandort geöffnet sein. Nur so kann erreicht werden, dass Notfälle, deren Behandlung nicht die Strukturen einer klinischen Notaufnahme bedürfen, schnellstmöglich fallabschließend vor Ort versorgt bzw. in die vertragsärztliche Versorgung weitergeleitet werden. Im Ergebnis würden die Notaufnahmen von solchen „leichteren“ Fällen entlastet zum Wohle der schwer erkrankten/verletzten Hilfesuchenden sowie des Krankenhauspersonals.

3.4 Personelle Ausstattung von KV-Notdienstpraxen

Für KV-Notdienstpraxen an INZ-Standorten mit hohen Fallzahlen könnte eine ambulante Notfallversorgung zu Sprechstundenzeiten bedarfsgerecht und pragmatisch durch die Vergabe von regulären vertragsärztlichen Zulassungen (Medizinische Versorgungszentren) oder durch spezielle, zeitlich und inhaltlich begrenzte Zulassungen für die ambulante Notfallversorgung zu Sprechstundenzeiten in KV-Notdienstpraxen erreicht werden. Spezielle Zulassungen haben dabei den Vorteil, dass die Konditionen der Leistungserbringung konkreter definiert werden können. Eine Rechtsgrundlage hierfür ließe sich ebenfalls durch einen entsprechenden Regelungsauftrag an den G-BA in den Regelungen zur Überversorgung nach § 101 SGB V schaffen, die entsprechend zu erweitern wären. So könnte beispielsweise in § 101 Absatz 1 SGB V eine neue Nummer 3b ergänzt werden, nach der der G-BA in Richtlinien künftig auch „Vorgaben für die ausnahmsweise Ausschreibung und Besetzung zusätzlicher Vertragsarztsitze, soweit und solange diese zur Gewährleistung der ambulanten Notfallversorgung in INZ zu Sprechstundenzeiten unerlässlich sind, um einen zusätzlichen Versorgungsbedarf zu decken“, beschließt. Zulassungen haben dabei generell den Vorteil, dass die Ärztinnen und Ärzte über den Einheitlichen Bewertungsmaßstab (EBM) abrechnen können und damit auch eine Refinanzierung der Praxiskosten erfolgt.

An INZ-Standorten muss zukünftig mindestens in den Zeiten eines hohen Patientenaufkommens in der Notaufnahme eine KV-Notdienstpraxis am Krankenhausstandort geöffnet sein.

KV-Notdienstpraxen, die in Form von integrierten Medizinischen Versorgungszentren (MVZ) auch zu Sprechstundenzeiten ambulante Notfälle behandeln, müssen aus Sicht des GKV-Spitzenverbandes solchen Fällen Priorität einräumen, die ihnen vom gemeinsamen Tresen des INZ zugewiesen werden. Das Terminmanagement der regulären Vertragsarztpraxis sollte insofern ausreichend flexibel ausgestaltet sein. Träger von

regulären vertragsärztlichen Zulassungen (MVZ) an Krankenhäusern können aus Sicht des GKV-Spitzenverbandes neben den Krankenhäusern insbesondere auch die Kommunen sein.

Als weiteres Qualitätskriterium für KV-Notdienstpraxen an INZ-Standorten sollten aus Sicht des GKV-Spitzenverbandes bundeseinheitliche Anforderungen an die Ärztinnen und Ärzte festgelegt werden, die in einer KV-Notdienstpraxis eingesetzt werden dürfen. Es muss bundeseinheitlich

Es muss bundeseinheitlich sichergestellt werden, dass die Ärztinnen und Ärzte, die in einer KV-Notdienstpraxis an einem INZ-Standort eingesetzt werden, eine entsprechende fachliche Eignung aufweisen.

sichergestellt werden, dass die Ärztinnen und Ärzte, die in einer KV-Notdienstpraxis an einem INZ-Standort eingesetzt werden, eine entsprechende fachliche Eignung aufweisen und zur

Behandlung von ambulanten Notfällen jederzeit in der Lage sind. Aus Sicht des GKV-Spitzenverbandes eignen sich Hausärzte in besonderem Maße für die ambulante Notfallversorgung in KV-Notdienstpraxen. Krankenhäuser, die selbst Fachärzte für Allgemeinmedizin weiterbilden, erhalten hierfür eine Förderung. In hochfrequentierten KV-Notdienstpraxen ist zudem kein Betrieb durch Vertragsärztinnen und Vertragsärzte im „Nebenamt“ möglich. Arztgruppen, die für den Einsatz in KV-Notdienstpraxen nicht geeignet sind, sollten wie bisher einen finanziellen Beitrag zur Sicherstellung der Versorgung im Notdienst leisten.

3.5 Ersteinschätzung in Integrierten Notfallzentren

Für den Betrieb der Ersteinschätzungsstelle als gemeinsamer Tresen des INZ sollten Krankenhäuser und die zuständigen KVen verbindliche Kooperationsvereinbarungen schließen müssen, die insbesondere Regelungen zur Besetzung der Ersteinschätzungsstelle umfasst. Die Ersteinschätzungsstelle ist hierbei besonders im Rahmen des Ersteinschätzungsverfahrens relevant, das den medizinischen Behandlungsbedarf sowie die geeignete Versorgungsebene für Hilfesuchende

bestimmt, die sich in einem Notfall an ein Krankenhaus bzw. an ein INZ wenden.

3.6 Vergütung von ambulanten Notfällen in der KV-Notdienstpraxis und der Zentralen Notaufnahme

Die versorgungspolitisch gebotene strukturelle und rechtliche Einbettung von INZ in die vertragsärztliche Versorgung eröffnet auch den Rückgriff auf bestehende Finanzierungs- und Vergütungssysteme. Aktuell werden ambulante Notfallleistungen als Leistungen der vertragsärztlichen Notdienstversorgung über Gebührenordnungspositionen des EBM innerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung vergütet. Dies ist für eine Vergütung inhaltlich gleicher oder zumindest ähnlicher Leistungen in der ambulanten Notfallversorgung unabhängig vom Ort der Leistungserbringung (Vertragsarztpraxis, KV-Notdienstpraxis, fahrende Notdienste, Zentrale Notaufnahme) unerlässlich. Komplexe ambulante Notfälle bedürfen hingegen einer zielgerichteten Vergütung anhand standardisierter Kriterien. Auch dies kann innerhalb des EBM umgesetzt werden; hierfür bedarf es keines neuen Vergütungssystems. So könnte auf bestehende Vergütungskonzepte aufgebaut werden, wie z. B. die jüngst eingeführten Regelungen zu verlängerten Nachbeobachtungszeiten bei ambulanten Operationen im EBM und einer differenzierten Vergütung nach dem Schweregrad der Fälle im AOP-Vertrag nach § 115b SGB V.

Erst mit gleichen Finanzierungs- und Vergütungsbedingungen ist gewährleistet, dass strategische Verlagerungen von ambulanten Notfällen in die materiell attraktivste Versorgungsform unterbleiben und ein unerwünschter Sog in die stationären Notfallstrukturen vermieden wird.

3.7 Konsequenzen bei Nichterfüllung des Sicherstellungsauftrages

Die Verbindlichkeit des Sicherstellungsauftrages der KVen ist generell und insbesondere für den Notdienst und den Betrieb von KV-Notdienstpraxen zu erhöhen. Bisher gibt es formal einen Sicherstellungsauftrag, der nicht hinreichend konkretisiert und in einigen Bereichen unzureichend erfüllt wird, ohne dass dies ernsthafte Konsequenzen hat.

Die Regierungskommission empfiehlt finanzielle Sanktionen für KVen und Krankenhäuser, die ihren Sicherstellungsauftrag nicht erfüllen bzw. ihre ZNA von der Notfallversorgung abmelden. Die vorgeschlagene Ausgestaltung der Sanktionen setzt jedoch an zu kleinteiligen Tatbeständen der Nichterfüllung des Sicherstellungsauftrags an, deren Vorliegen nur schwer zu überprüfen ist. Auch sehen die Empfehlungen der Regierungskommission keine Ersatzregelung vor für den Fall, dass der Sicherstellungsauftrag nicht erfüllt wird.

Aus Sicht des GKV-Spitzenverbandes sollten die Regelungen des § 75 SGB V deshalb um wirksame Sanktionsmöglichkeiten ergänzt werden. Sofern die zuständige Aufsichtsbehörde eine unzureichende Erfüllung des Sicherstellungsauftrages feststellt, z. B. in Form einer unzureichenden Besetzung einer KV-Notdienstpraxis oder die Nichterfüllung von Qualitätsstandards, sollte dem Krankenhaus ermöglicht werden, geeignete Leistungserbringer zu beschäftigen und deren Bruttopersonalkosten gegenüber der zuständigen KV abrechnen zu können.

Die Verbindlichkeit des Sicherstellungsauftrages der KVen für den Notdienst und den Betrieb von KV-Notdienstpraxen ist deutlich zu erhöhen. Eine unzureichende Erfüllung muss Konsequenzen haben.

4 Ein Simulationsmodell für bedarfsorientierte Standorte Integrierter Notfallzentren

Mit dem Ziel, optimale Standorte für INZ ermitteln zu können, hat der GKV-Spitzenverband ein Modell entwickelt, das die bevölkerungsbezogene Versorgungskapazität von KV-Notdienstpraxen an Krankenhäusern abbildet. Die Grundlagen des Modells sind der Versorgungsbedarf der Bevölkerung in einer Region sowie die Versorgungskapazitäten von Ärztinnen und Ärzten in KV-Notdienstpraxen. Das Modell kann mithilfe eines Simulationstools unterschiedliche Szenarien darstellen. Je nach Ausgestaltung der kommenden gesetzlichen Rahmenbedingungen zur Krankenhausreform sind weitere Parameter im Modell denkbar.

Die Simulationsergebnisse lassen sich durch verschiedene Kriterien variieren. Ein wesentliches Kriterium stellt die durch eine Ärztin oder einen Arzt der KV-Notdienstpraxis behandelbare Einwohneranzahl einer Region dar, die sogenannte Verhältniszahl. Eine höhere Verhältniszahl bedeutet mehr behandelbare Einwohner je KV-Ärztin bzw. -Arzt und damit weniger benötigte Arztkapazitäten. Je niedriger die Verhältniszahl, desto mehr Ärztinnen und Ärzte werden benötigt, um den Versorgungsbedarf der Bevölkerung zu decken.

Für die Auswahl der geeigneten Kapazitäten ist das verfügbare Personal ebenso zu berücksichtigen wie die geplanten Öffnungszeiten der KV-Notdienstpraxis und die Auslastung mit ambulanten Akutfällen.

Für die Berechnung der Verhältniszahl wird der tatsächliche Versorgungsbedarf der Bevölkerung anhand der tatsächlichen Inanspruchnahme von Bereitschaftsdienstpraxen der KVen ermittelt. Die für

vier Quartale abgerechneten Notdienstpauschalen der betreffenden EBM-Positionen werden dabei zunächst in Arzzeiten und danach in Arztkapazitäten (Vollzeitäquivalent) umgerechnet. Anschließend wird die Bevölkerungszahl ins Verhältnis zu den insgesamt benötigten Arztkapazitäten gesetzt und es ergibt sich die Verhältniszahl.

Entscheidend ist darüber hinaus, welche maximalen Arztkapazitäten je KV-Notdienstpraxis angenommen werden. Für die hier abgebildete Simulation sind die folgenden maximalen Arztkapazitäten je KV-Notdienstpraxis festgelegt

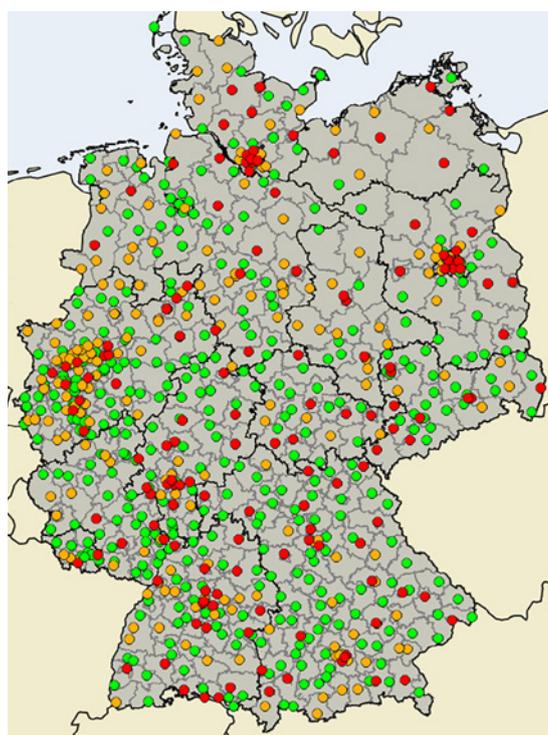
worden: für KV-Notdienstpraxen an Krankenhausstandorten mit Basisnotfallstufe zwei KV-Ärztinnen oder -Ärzte, für KV-Notdienstpraxen an Krankenhausstandorten mit erweiterter und umfassender Notfallstufe jeweils fünf KV-Ärztinnen oder -Ärzte. Auch die maximale Besetzung der KV-Notdienstpraxen hat Auswirkungen auf die Auswahl der INZ-Standorte. Werden höhere maximale Arztkapazitäten je KV-Notdienstpraxis angenommen, werden insgesamt weniger Standorte benötigt. Eine höhere Angebotskonzentration geht jedoch mit schlechteren Erreichbarkeitswerten einher. Für die Auswahl der geeigneten Kapazitäten ist das verfügbare Personal ebenso zu berücksichtigen wie die geplanten Öffnungszeiten der KV-Notdienstpraxis und die Auslastung mit ambulanten Akutfällen. Ein weiterer relevanter Parameter ist die Einbeziehung der bereits bestehenden KV-Notdienstpraxen.

Im Simulationsmodell wird ausgehend von der Verhältniszahl für die ausgewählte Region die Verteilung der benötigten Arztkapazitäten ermittelt. Für die jeweilige Region erfolgt die Verteilung der Arztkapazitäten ausgehend von der höchsten Notfallstufe der Krankenhausstandorte. Wird die Arztkapazitätsgrenze des ersten INZ ausgeschöpft, wird das darauffolgende Krankenhaus zusätzlich ausgewählt. Sollten mehrere Krankenhäuser der gleichen Notfallstufe zur Auswahl stehen, erfolgt die Verteilung der Arztkapazitäten zusätzlich nach der Anzahl der stationären Fälle. Die Verteilung der Arztkapazitäten ist abgeschlossen, wenn die für eine bedarfsgerechte Versorgung erforderlichen Arztkapazitäten vollständig auf die bestehenden Krankenhausstandorte verteilt sind. Bereits existierende KV-Notdienstpraxen können in die Simulation einbezogen werden.

In Abbildung 1 ist eine Simulation des bedarfsorientierten Modells des GKV-Spitzenverbandes auf Basis der Abrechnungsdaten des Jahres 2019 einer exemplarisch ermittelten Verhältniszahl von 46.748 behandelbaren Einwohnern je Ärztin oder Arzt in einer KV-Notdienstpraxis jeweils nach Notfallstufen und nach bestehenden bzw. neuen KV-Notdienstpraxen dargestellt.

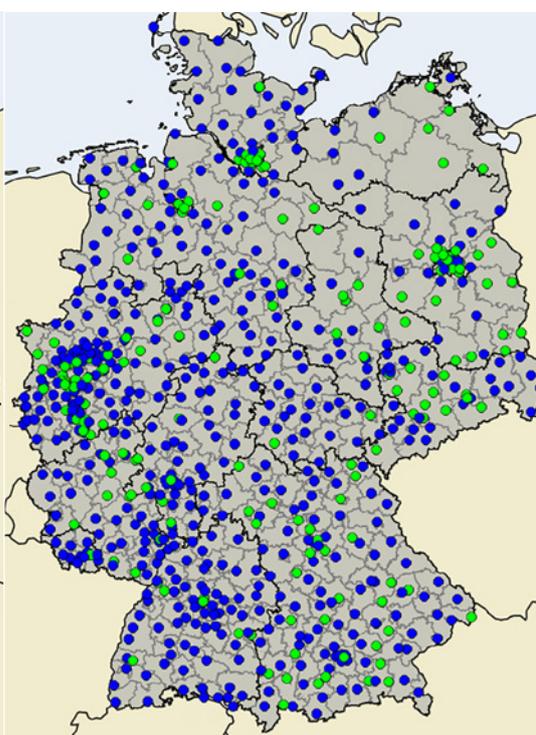
Abbildung 1: Simulation einer bedarfsorientierten Standortauswahl für INZ nach Notfallstufen (links) und bestehenden/neuen KV-Notdienstpraxen (rechts)

GKV-Modell nach Notfallstufen



● umfassende Stufe ● erweiterte Stufe ● Basisstufe

Status quo und neue KV-Notdienstpraxen nach GKV-Modell



● existierende Praxis ● neue Praxis

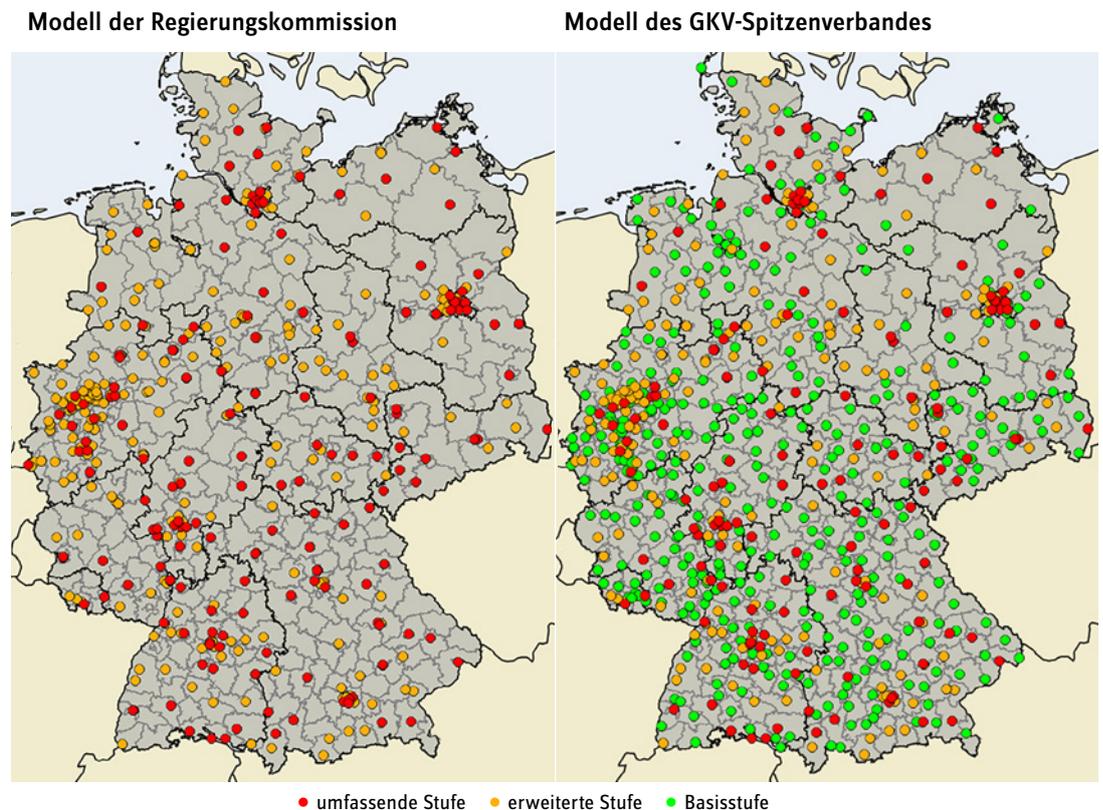
Quelle: Eigene Darstellung mittels des GKV-Simulationsmodells für Notdienstpraxen.

Die Simulation erfolgt auf Ebene von Kreisen und kreisfreien Städten, für die Stadtstaaten Berlin und Hamburg simuliert das Modell auf der Ebene von Bezirken bzw. Stadtteilen. Das hier skizzierte Modell ergibt einen Bedarf von bundesweit insgesamt 733 INZ, davon 144 an Krankenhäusern mit umfassender, 195 an Krankenhäusern mit erweiterter und 395 an Krankenhäusern mit Basisnotfallstufe.

Bezieht man die bestehenden KV-Notdienstpraxen ein (545), ergibt sich ein zusätzlicher Bedarf von 188 INZ. Hierbei geht es zunächst um die Auswahl der am besten geeigneten Standorte, nicht um die Frage, ob die bestehenden KV-Notdienstpraxen bereits über die angenommene Personalausstattung verfügen. Für alle 733 Standorte würden

nach den getroffenen Annahmen 2.483 Ärztinnen oder Ärzte in KV-Notdienstpraxen benötigt. Berücksichtigt man lediglich die zusätzlich benötigten Standorte, entsteht in diesem Modell ein Bedarf von 637 Ärztinnen oder Ärzten.

Abbildung 2: Standortverteilung von KV-Notdienstpraxen an Krankenhäusern im Bundesgebiet nach dem Modell der Regierungskommission (Notfallstufen 2 und 3) (links) und dem bedarfsorientierten Modell des GKV-Spitzenverbandes (rechts)



Quelle: Eigene Darstellung mittels des GKV-Simulationsmodells für Notdienstpraxen (Berechnung des Modells des GKV-Spitzenverbandes mit Verhältniszahl: 46.746 und Arztkapazitäten: 2 für Notfallstufe 1; 5 für Notfallstufen 2/3).

Der Vergleich des Modells der Empfehlungen der Regierungskommission mit dem bedarfsorientierten Modell des GKV-Spitzenverbandes in Abbildung 2 zeigt, dass die Orientierung am Bevölkerungsbedarf zu einer anderen Standortverteilung der Notdienstpraxen führt. Im Simulationsmodell des GKV-Spitzenverbandes fällt die hohe Anzahl der Krankenhäuser mit Basisnotfallstufe auf. Daran zeigt sich, dass eine alleinige Beschränkung auf Krankenhausstandorte mit umfassender und erweiterter Notfallstufe, wie es die Regierungskommission empfiehlt, nicht ausreicht, um den Versorgungsbedarf der Bevölkerung zu decken. Vielmehr ist im Modell der Regierungskommission die Erreichbarkeit

in der Fläche vergleichsweise schlecht, weil die Häuser der umfassenden und erweiterter Notfallstufe in Ballungsräumen konzentriert sind. Im bedarfsorientierten Modell des GKV-Spitzenverbandes hingegen sind unter Berücksichtigung der getroffenen Annahmen mehr KV-Notdienstpraxen für die adäquate Notfallversorgung der Bevölkerung erforderlich. Es werden nicht pauschal alle Krankenhäuser mit umfassender und erweiterter Notfallstufe ausgewählt. Dafür werden jedoch deutlich mehr Krankenhäuser mit Basisnotfallstufe ausgewählt, die erforderlich sind, um den Bedarf in der Fläche zu decken und eine gute Erreichbarkeit zu gewährleisten. Zwar erkennt auch die Regierungskommission die

grundsätzliche Notwendigkeit an, je nach regionalem Bedarf auch Krankenhäuser der Basisnotfallstufe mit zu berücksichtigen, konkrete Empfehlungen für die Umsetzung fehlen jedoch.

Darüber hinaus gilt es zu beachten, dass auch bestehende Krankenhausstrukturen in den Regionen angepasst werden könnten, um dem Versorgungsbedarf der jeweiligen Bevölkerung gerecht zu werden. Vorrangiges Ziel sollte aus Sicht des GKV-Spitzenverbandes immer die bedarfsgerechte und effiziente Patientenversorgung und nicht der Erhalt von Krankenhäusern sein.

Im bedarfsorientierten Modell des GKV-Spitzenverbandes werden mehr Krankenhäuser mit Basisnotfallstufe ausgewählt. Diese sind erforderlich, um den Versorgungsbedarf der Bevölkerung in der Fläche zu decken und eine gute Erreichbarkeit zu gewährleisten.

GKV-Spitzenverband

Reinhardtstraße 28

10117 Berlin

Telefon: 030 206288-0

Telefax: 030 206288-88

www.gkv-spitzenverband.de