



## Bericht zur Lage

Dr. med. Monika Schliffke  
Vorstandsvorsitzende

Abgeordnetenversammlung der KVSH  
am 27.09.2017

Es gilt das gesprochene Wort

Sehr geehrter Herr Vorsitzender, sehr geehrte Frau Neke, liebe Kolleginnen und Kollegen, verehrte Gäste, liebe Mitarbeiter des Hauses,

### Agenda

- Honorarabschluss Bund 2017
- Gespräche Sozialministerium
- **Der Sachverständigenrat zur Entwicklung der Notfallversorgung**

---

die Agenda des heutigen Berichts zur Lage ist überschaubar. Wir haben die Eckwerte der Honorarvereinbarung auf der Berliner Ebene zu OPW und Veränderungsraten, wie sie am 19.09. im erweiterten Bewertungsausschuss beschlossen wurden. Mit Herrn Sozialminister Dr. Garg haben die ersten Gespräche stattgefunden. Mitteilen kann ich Ihnen zu unseren laufenden Projekten, dass wir bei QuaMaDi immer noch auf eine Stellungnahme des BVA warten und somit die Ausschreibung für die telematische Plattform noch nicht begonnen hat. Dimini, das Innovationsfondsprojekt zur Diabetesprävention ist dagegen in den Rollout- Vorbereitungen. Dazu werde ich in Kürze die Hausärzte und gesondert auch die Gynäkologen, Kardiologen und Nephrologen anschreiben. Zur TI finden seitens unserer IT in den Regionen jetzt Informationsangebote statt, Nachfrage dazu hatte sich ergeben. Sie werden von Herrn Goetze nachher hören, dass sich an der grundsätzlichen Lage der Dinge inzwischen noch nichts Wesentliches geändert hat. Und was die Politik betrifft, so können wir drei Tage nach der Wahl noch nicht absehen, welche Weichenstellungen zur Gesundheitspolitik sich entwickeln werden und ob man sich mit den vor der Wahl erstellten und hier auch vorgestellten Positionspapieren auch auseinandersetzen wird.

Ich möchte daher diese AV heute im Wesentlichen zum Anlass nehmen, unsere Notdienst Diskussion, die wir in den letzten Monaten in den Gremien sowohl um die Suche nach besserer Beteiligung als auch um die Entwicklungen in Richtung Portalpraxen geführt haben, um eine neue externe, überregionale Sicht zu ergänzen. Vor drei Wochen hat nämlich der SVR für das Gesundheitswesen eine Konzeption zur Neustrukturierung der Notfallversorgung im gesamten Deutschland vorgestellt, bewusst vor der Wahl und mit der Absicht, dass seine Vorstellungen bereits jetzt in den Koalitionsvertrag einfließen sollen. Der SVR ist seit 30 Jahren eine Institution, die von Politik und Fachöffentlichkeit sehr intensiv wahrgenommen wird, ganz anders noch als Selbstverwaltungsorgane, die selbstverständlich ihre Interessen vertreten müssen. Die Politik muss also schon sehr gute Gründe auffahren, wenn sie Vorschlägen aus diesem Kreis nicht nachkommt, besonders, wenn diese dringlich gemacht werden. Wir werden auch sehen, wo steht SH in diesem Konzept, entspricht es in seinen Grundsätzen unserer Linie aus den letzten Jahren oder haben wir bislang total danebengelegt. Und zum Abschluss vergleichen wir die im März dieses Jahres konsentierten Eckpunkte der KBV zur Weiterentwicklung der ambulanten Notfallversorgung und schauen, wie diese Linien zusammenpassen.

### Honorarverhandlungen Bund 2018

- OPW 1,18%      Volumen bundesweit 438 Mio
- Bewegung von 10,53 C auf 10,6543 C

- Morbiditätsrate Bund: 0,67%    SH: 0,6347%
- Demographierate Bund: -0,02%    SH: 0,0711%

Gesamterhöhung SH unter Berücksichtigung 50:50 der  
Veränderungsraten: **1,5329%**

Hier ist nun zunächst das Ergebnis der Berliner Honorarverhandlungen. Die Verhandlungen seien zäh, kompromißlos, vor allem in bislang nie erlebter Weise absolut technokratisch gewesen, so die Aussage des KBV-Vorstandes. Sie landeten im eBWA, weil es keine Verhandlungslösung gab. 1,18% beim OPW als Schiedsergebnis zwischen Forderung 2,4 und Angebot 0 %. Zum Vergleich: In 2016 hatten wir eine OPW-Erhöhung von 0,9%. Die Veränderungsraten bei Morbidität und Demographie sehen Sie hier, die Morbiditätsrate in SH liegt ein bißchen unterm Bundesschnitt. Die durchschnittliche Demographierate ist angesichts der Zuwanderung in 2015 jetzt negativ, hier in SH ist noch ein minimaler Zuwachs von nicht einmal 0,1 % zu verzeichnen.

Insgesamt 1,5% sind nun Basis für das Jahr 2018, auf der wir regional weiter, und dann um gezielte Projekte, verhandeln werden. Dies Ergebnis ist nicht zum Jubeln, aber das Hauptproblem dieser Verhandlungsrunde lag eher weniger in diesen Zahlen als in dem Umfeld und in den Ereignissen, die es am Rande dazu noch gab. Seitens des GKV-SV bestand Null Bereitschaft, sich mit Versorgungsfragen zu befassen. Man rechnet, man präsentiert Statistiken, man kann sich tagelang mit Klassifikations- und sonstigen Modellen befassen, aber mit Versorgung will man offenbar nichts zu tun haben. Die KBV hatte Verschiedenes eingebracht, z.B. die absurden Regelungen zur Chronikerziffer. Der SV hat jegliche Befassung damit abgelehnt, obwohl die KBV klargemacht hat, das habe nichts mit Geld zu tun, das sei völlig punktzahlnneutral umzusetzen und würde allen Seiten Bürokratie ersparen. Verhandlungen um einen Morbiditätszuschlag bei mehrfach chronisch erkrankten Patienten wurden ebenso abgelehnt, gleichfalls Stärkung der fachärztlichen Grundversorgung über die PFG. Ähnliches gilt für die Laborreform. Man weigerte sich einfach, darüber zu reden, gab stattdessen Erklärungen heraus, die den Eindruck hinterließen, man habe gar nicht verstanden, worum es überhaupt geht. Haus- und Fachärzte haben zu diesem Thema einen konsentierten, gangbaren Weg aufgezeigt. Jetzt muss mühsam versucht werden, erklärende Gespräche mit der GKV in Gang zu bringen, damit das Thema Labor nicht für tot erklärt werden muss. Der eBWA hat Gespräche dazu in einer angehängten Protokollnotiz zum Schiedsspruch jetzt zumindest fixiert.

Am Ende bleibt neben diesen Basiszahlen nur eines aus den letzten Verhandlungswochen. Ein Reparaturbeschluss, wie Hofmeister sagte, der nichts mit den eigentlichen Honorarverhandlungen zu tun hatte. Ende August konnte man im BWA die Überführung der NäPa-Mittel in voller Höhe in die MGV vereinbaren, in den hausärztlichen Versorgungsbereich. Sie erinnern sich, 2015 waren bundesweit 118 Mio € pro Jahr extrabudgetär für NäPa-Leistungen verhandelt, von denen bis dato bundesweit nicht einmal die Hälfte abgeholt werden konnte. Fataler Fehler der KBV damals, nicht die erst beginnende Auslastung einzukalkulieren und der GKV das Geld zu lassen. Nun ist das wenigstens glattgezogen. Die Mittel werden ab 2018 in den hausärztlichen Versorgungsbereich überführt und die Leistungen, die nicht für die Delegation verbraucht werden, stehen für andere hausärztliche Leistungen bereit.

Diese Berliner Verhandlungsrunde hat gezeigt, dass der GKV-SV offenbar jeglichen Bezug zur Versorgung verloren hat. Eigentlich repräsentiert er die Kassen, deren gesetzliche Aufgabe es ist, Versorgungsverantwortung mit uns zu teilen und nach Absprache zu finanzieren. Da scheint jetzt eine große Lücke zu klaffen. Umso wichtiger es ist, die Themen Regionalisierung und Einzelverhandlungsmöglichkeit mit Kassen wieder neu an die Politik zu tragen.

### Landespolitik

- I. Stärkung der Freiberuflichkeit und Selbstverwaltung
- II. Schaffung rechtlicher Grundlagen und einheitlicher Finanzierung für die sektorenübergreifende Versorgung
- III. Stärkung von Telematik und Telemedizin zur Entlastung von Ärzten und Pflegekräften incl. ePA, eRezept
- IV. Unterstützung der Entwicklung von Anlaufpraxen zu Portalpraxen
- V. Überprüfung der Rolle des GBA, Einbeziehung der Länder
- VI. Jede Forderung der Politik, z.B. Hygiene, Dokumentation, muss personell und finanziell hinterlegt sein

Ein offenes Ohr für Versorgungsfragen finden wir unverändert im Land. Ein Land hat es hier ja auch einfacher, weil keine Finanzierungszwänge dahinter stehen. Die Versorgung der ländlichen Räume ist selbstverständlich auch ein Landesanliegen. Vor 14 Tagen haben wir wieder eine große sog. Bürgermeisterveranstaltung durchgeführt, die von weit über 70 Personen besucht wurde. Hier einmal dargestellt die von Herrn Garg gesetzten Politikprinzipien. Es hat im Juli ein erstes Startgespräch im Ministerium stattgefunden und inzwischen hat man sich bei verschiedenen Anlässen zu verschiedenen Themen auch intensiver austauschen können. Zum Notdienst z.B. bei einer TK-Veranstaltung, Telematik und Telemedizin waren Themen beim Innovationstag in Kiel, beim parlamentarischen Abend der IDH SH habe ich ins Spiel gebracht, es wäre doch ein Signal, man würde in ländlichen Bereichen ganz auf die Bedarfsplanung verzichten. Dies zu dem Stichwort unter V – Einbeziehung der Länder in GBA-Beratungen. Natürlich werden politisch komplexe, ggf. auch konfliktäre Themen kommen. Zentrumsbildung in der Geburtshilfe im stationären wie im belegärztlichen Bereich ist z.B. ein solches und sogar ein besonders kompliziertes.

Der Partei unseres Sozialministers unterstellt man gerne Klientelpolitik. Wenn Klientelpolitik bedeutet, dass jemand die Freiberuflichkeit und Selbständigkeit der medizinischen Berufe unterstützt, ja, dann leben wir mit dieser Bezeichnung. Ansonsten wollen wir rationale und an Versorgungsfragen orientierte Politik, wohlwissend dass das auch für niedergelassene Ärzte Veränderung bedeuten wird, die zu schultern ist, insbesondere bei den Stück für Stück anstehenden Digitalisierungsprozessen. Für uns ist es jetzt zunächst einmal gut zu wissen, dass an der Spitze des Ministeriums jemand ist, der das nötige Know How hat und von daher ad hoc weiß, wovon gesprochen wird. Das ist nicht selbstverständlich in dem komplexen Feld der Gesundheitspolitik.

### Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung des Gesundheitswesens

#### Aufgaben:

- Analyse der Entwicklung in der gesundheitlichen Versorgung mit ihren medizinischen und wirtschaftlichen Auswirkungen
- Prioritäten entwickeln zum Abbau von Versorgungsdefiziten und bestehenden Überversorgungen
- Vorlage medizinischer und ökonomischer Orientierungsdaten
- Aufzeigen von Möglichkeiten und Wegen zur Weiterentwicklung des Gesundheitswesens

Und damit komme ich zum dritten Punkt des BzL heute, zum SVR Gutachten zum Notdienst. Dem Sachverständigenrat Gesundheit gehören 8 Mitglieder an. Im Auftrag des BMG werden in ca. 2-3 jährigen Abständen Gutachten gefertigt, die Rahmenempfehlungen für die Gesetzgebung sein sollen. Sie erinnern 2009 das Über-Unter-Fehlversorgungs-Gutachten, damals noch mit Herrn Lauterbach, 2014 waren es z.B. die Punkte Zukunft der Versorgung im ländlichen Raum, auch das Landesgremium nach 90a wurde nach dieser Empfehlung gesetzlich implementiert. Herr Prof. Gerlach leitet jetzt seit einigen Jahren den Ausschuss, dabei ist auch Prof.

Schreyögg, Gesundheitsökonom in HH, den vielleicht auch manche von Ihnen kennen. Diese beiden haben zusammen mit einem dritten Mitglied, Frau Prof. Haubitz von der MHH, eine Klinische Notfallmedizinerin, am 7.9. die Vorstellungen des Rates in Berlin präsentiert. Der Part Notdienst war ein vorgezogener Abschnitt des Gesamtgutachtens mit dem Oberthema Patientensteuerung, welches im 2. Quartal 2018 präsentiert werden wird. So eine Abschnittsveröffentlichung hat es noch nie in der Geschichte des Rates gegeben. Man hatte sich seit längerem vorbereitet, alle Faktoren zusammengeführt und sich auch bei unseren ausländischen Nachbarn umgeschaut. Als Ergebnis dieser Recherche sieht man nun absolute Dringlichkeit im Thema Notdienst und, wie schon gesagt, die Notwendigkeit, Grundsätze zu einer Systemveränderung im kommenden Koalitionsvertrag als Basis für eine Gesetzgebung zu fixieren. Zur Präsentation waren dabei Herr Gröhe, für die KBV Herr Gassen, für die DKG Herr Baum, für die GKV Herr von Stackelberg und Dr. Gries, der Vorsitzende der deutschen interdisziplinären Vereinigung für Intensiv- und Notfallmedizin. Einige waren geladen zu dieser Präsentation, wie z.B. die KVSH, - ursprünglich sollte es ein Werkstattgespräch sein – der Termin hatte sich aber vor allem in Klinikkreisen wie ein Lauffeuer herumgesprochen und die Nachfrage beim SVR war groß, so dass man den Kreis dann doch erweitert hat.

Der SVR hat zunächst die Probleme, wie sie uns auch allen bekannt sind, nochmal auf den Punkt gebracht.

Kassenärztliche Vereinigung  
Schleswig-Holstein

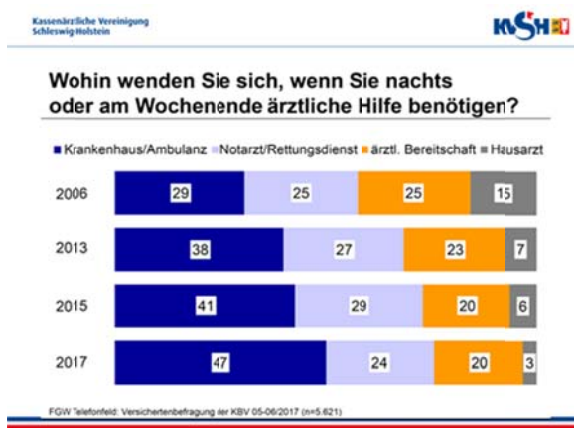
KVSH

### Sachverständigenrat zur Notfallversorgung 07.09.17

**Probleme:**

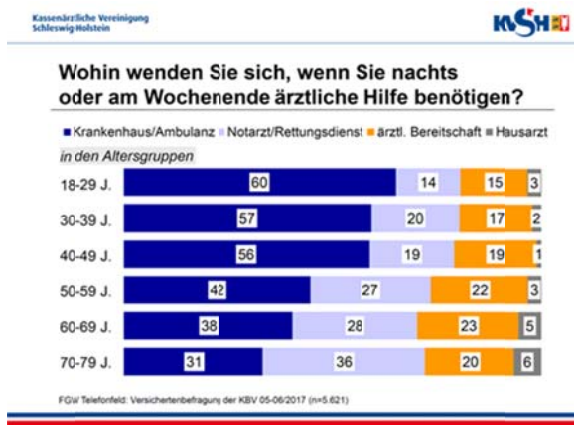
- Drei getrennte Bereiche: KV-Bereitschaftsdienst, Rettungsdienst, Notaufnahmen der Kliniken
- Steigende Inanspruchnahme, insbesondere in Notaufnahmen, lange Wartezeiten
- Kette finanzieller Fehlanreize:
  - RTW-Transporte (i. d. R. kein Geld für Leertransporte)
  - Stat. Aufnahmen steigen, da finanziell attraktiv
- Überlastung und Unzufriedenheit des Personals
- Steigende Kosten bei nicht bedarfsgerechter Versorgungsstufe

Wir haben in Deutschland drei streng voneinander getrennte Einheiten zur Notfallversorgung, den KV-Notdienst, den Rettungsdienst und die Notaufnahmen der Kliniken. Jeder Bereich hat seine eigenen gesetzlichen Grundlagen. Wir haben verschiedene Telefonnummern, wir haben diverse Leitstellen in verschiedensten Trägerschaften. Wir haben finanzielle Fehlanreizsysteme, niemand ist zufrieden mit der Situation, Basisversorgung findet inzwischen am teuersten Punkt der Notfallversorgung statt. Wir wissen es alle, aber der SVR spricht es deutlich aus: Das darf auf keinen Fall so weitergehen.

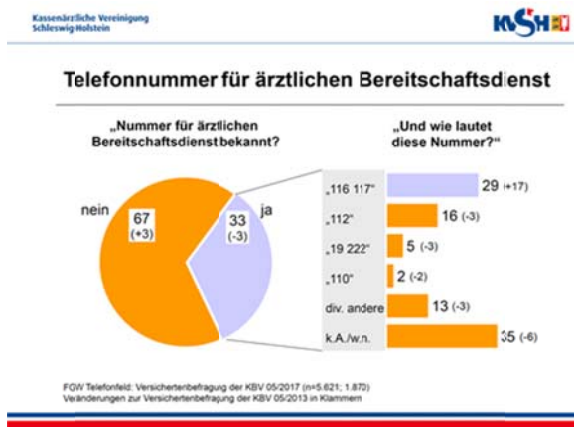


Die Zahlen der Inanspruchnahme der Notaufnahmen sind steigend und zwar von Jahr zu Jahr. Hier einmal ein Ergebnis aus der KBV-Versichertenumfrage 2017, dargestellt im Vergleich zu 2006, 2013 und 2015. Die Versicherten beantworten inzwischen die Frage: Wohin wenden Sie sich, wenn sie nachts oder am Wochenende

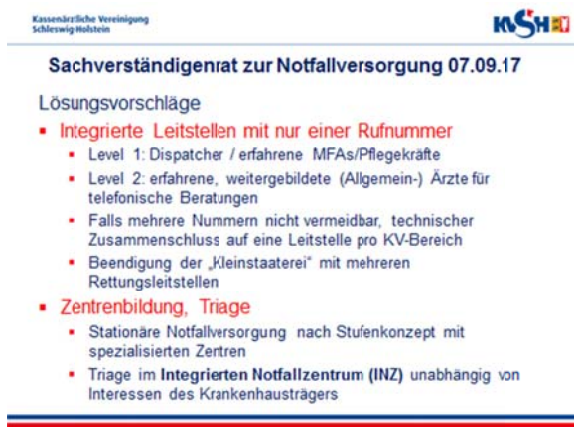
ärztliche Hilfe benötigen, zu 47% mit Krankenhausambulanz, zu 24% mit Rettungsdienst, zu 20% mit KV-Notdienst und zu 3% mit ihrem Hausarzt.



Die Aufschlüsselung nach Altersgruppen zeigt den Trend noch deutlicher, nicht nur die jungen Leute sind es. Eigentlich wird es erst ab 60+ etwas moderater. D.h. wir haben im Notdienst ein deutlich verändertes Verhalten der Bevölkerung in den letzten 5 Jahren.



Die KV-Notdienstnummer 116 117 kennen angeblich 33%, aber wenn Sie sich die Aufschlüsselung betrachten, sind es doch erheblich weniger. Von den 33% nochmal nur 29%, die die Nummer richtig benennen können. Für SH kann ich das fast nicht so ganz glauben, oder wir besetzen die Spitzenwerte und in anderen Ländern ist es noch miserabler. Wir haben neulich einmal eine Analyse gemacht, wie viele Anrufe während der Sprechzeiten der Praxen hier bei 116 117 auflaufen und es waren immerhin durchschnittlich 7 Anrufe pro Stunde, die an den Anrufbeantworter gerieten. Das ist viel und muss uns zu denken geben, wie wir in Zukunft damit umgehen.



Die Lösungsvorschläge des SVR beinhalten zwei zentrale Punkte. Die Begriffe sind Integrierte Leitstellen und Zentrumsbildung. Es sollte pro Bundesland nur eine Leitstelle geben und bundesweit nur eine Telefonnummer für Patienten. Disponenten oder sog. Dispatcher, qualifizierte Mitarbeiter in der Leitstelle, sollen im Level 1 telefonisch triagieren und festlegen, wo der Anrufer hingeleitet werden muss. Bundesweite Standardverfahren dazu sind gerade in der Entwicklung. Zusätzlich sieht der SVR als Level 2 zwingend und zwar 24/7 einen erfahrenen Arzt im telefonischen Hintergrunddienst der Leitstelle. Man kann aufgrund von Auslandserfahrungen nach einer normierten Triagierung eine Quote von 30% zugrunde legen, die allein durch telefonische Beratung, ggf. auch videounterstützt, zu erledigen ist. Sie sehen auf dieser Folie, der SVR drückt sich durchaus kernig aus. Der Begriff „Kleinstaaterei“ im Rettungsdienst wird so provokant genannt.

Der zweite Big point ist die Bildung von Zentren. Zum einen Zentrumsbildung für die stationäre Notfallversorgung, also für lebensbedrohliche Notfälle, nach einem Stufenkonzept. Nicht mehr jedes Krankenhaus soll jeden Notfall aufnehmen dürfen. Man weiß aus Studien, dass ggf. längere Wege bei entsprechender Vor-Ort-Erstbehandlung und die Übergabe an ein Zentrum für Notfallpatienten für Patienten effektiver ist, siehe Stroke Units, Katheterinterventionen, Polytraumabehandlung etc. Man darf gespannt sein, welche Ebenen hier eingezogen werden und welche Diskussionen es in der Kliniklandschaft dazu geben wird.

Als zweites soll es geben eine Zentrumsbildung im Bereich der Notfallversorgung ambulanter Patienten in sog. Integrierten Notfallzentren. Ein neuer Name, INZ, für uns hier allerdings nichts gravierend Neues, denn gemeint ist genau das, was wir hier in SH bislang unter dem Begriff Portalpraxen 24/7 verstanden haben: die Zusammenlegung von KH-Notaufnahme und KV-Notdienstpraxis an bestimmten zentralen Standorten.



Wie neu und umfassend diese INZs allerdings jetzt definiert werden, ist beachtlich. Räumlich angesiedelt an einer Klinik sind sie gedacht als eigenständige Organisationseinheit, pro Standort eine gemeinsame Trägerschaft von Klinik und KV. Betreiber der INZs soll allein die KV sein, d.h. Niedergelassene und Klinikärzte können oder sollen im INZ unter vertragsärztlichen Konditionen tätig sein. Stichwort: Ressourcenbündelung. Bewußt wählt man die KV als Betreiber. Letzte Woche bei einer TK-Veranstaltung habe ich den Grund dazu so komprimiert: Ein Krankenhaus muss Geld verdienen, eine KV darf kein Geld verdienen. Man braucht hier die Trennung von medizinischer Versorgung und wirtschaftlichen Interessen. Die Argumentation dahinter ist natürlich die Rate der stat. Aufnahmen aus der Notaufnahme heraus, die bundesweit inzwischen bei >50% liegt, medizinisch in dieser Höhe zweifelhaft ist und gesteuert erscheint. Nun, wir konnten uns für Portalpraxen die Organisation in Hand der KV nie anders vorstellen, aber in dieser Deutlichkeit sind wir noch niemals in die öffentliche Diskussion gegangen, auch, um nicht vorzeitig anzuecken, nicht Türen zuzuschlagen, die man lieber offenhalten will. In manchen Bundesländern, wo es doch noch sehr viel Konfrontation zwischen den Sektoren gibt, wird es zu diesem Punkt der Zuweisung der Betreiberfunktion an die KV zu manchen blutigen Nasen kommen. Die kann ein SVR und ggf. auch die Politik, wenn sie diesem Kurs denn folgt, allerdings locker einstecken.

Wo ein INZ entstehen soll, soll von der jeweiligen Landesregierung entschieden werden. Sie könne dazu auch Ausschreibungen durchführen, sie habe dazu ihre KH-Finanzierungsgesetze zu ändern, wonach bauliche Landesinvestitionen für den ambulanten Patientenbereich bislang ausgenommen sind. Auch ein Punkt, den wir immer schon mal – auch im Juli bei Herrn Garg - angesprochen haben. Eine Landesregierung soll also die INZs

in die KH-Planung aufnehmen und sie hat dann als unmittelbare Folge daraus auch festzulegen, dass Kliniken ohne INZs nicht weiter zur ambulanten Notfallversorgung zugelassen sind.

Kassenärztliche Vereinigung  
Schleswig-Holstein

KVSH

**Sachverständigenrat zur Notfallversorgung 07.09.17**

**Patientensteuerung**

- Über IT-gestützte Versorgungspfade, einheitliche Dokumentation (ein Tresen mit zwei PCs reicht nicht!)
- Flankiert durch Patienteninformationen
- Transparenz zu Wartezeiten über App
- Vergabe eines individuellen Termins im INZ einer konkreten Klinik nur nach vorherigem Leitstellenanruf (ansonsten längere Wartezeit bei Selbstüberweisung ohne festgestellte Dringlichkeit nach Triage)
- Aktuell (noch) keine Empfehlung für Eigenbeteiligung
- Regionale Evaluation und Weiterentwicklung
- Kliniken ohne INZ behandeln zu Praxisöffnungszeiten keine ambulanten Patienten

Von diesen beiden big points, eine Leitstelle pro Land und Zentrumsbildungen für stationäre und ambulante Notfallversorgung, verspricht man sich, das Thema Patientensteuerung im Notdienst deutlich besser in den Griff zu kriegen. Natürlich mit einer Reihe flankierender Maßnahmen. Ein Tresen, unser Begriff Ein-Tresen-Lösung taucht tatsächlich im Gutachten auf, ein Tresen mit unterschiedlichen Patienten- und Abrechnungsakten, das geht nicht. Ein Tresen heißt auch, eine elektronische Gesundheitsakte mit Notfalldatenfach und Patientenfachzugriff, wo immer der Patient in Zukunft sein Fach hat und den Zugriff erlaubt, mit implementierten Überleitungsmanagement, etc. Für die Vorstellung in einem INZ werden Termine vergeben und zwar nur über die Leitstelle. Patienten, die einfach loslaufen, sollen in Zukunft kurz angeschaut und eingeschätzt werden, wie das MFAs in einer Praxis machen, und dürfen sich dann in die Schlange einreihen, aus der alle Terminpatienten vorgezogen werden. Das ist der „Erziehungseffekt“, den man erreichen will und den jeder kennt, der je eine Terminsprechstunde betrieben hat. Es bedeutet für Niedergelassene aber auch, man kann nicht mehr einen ambulanten Patienten direkt in die nächstgelegene Notaufnahme schicken. Es gibt immer nur den Weg über die Leitstelle, die der Entscheider für die Weiterbehandlung ist.

Mit dem Thema Eigenbeteiligung von Patienten hat sich der Rat auch befasst. Aktuell würde er die Optionen des Konzeptes erst umgesetzt sehen wollen, schließt aber ein Eigenbeteiligungsmodell nicht aus, wenn eine Umsetzung aus welchen Gründen auch immer nicht funktioniert.

Kassenärztliche Vereinigung  
Schleswig-Holstein

KVSH

**Sachverständigenrat zur Notfallversorgung 07.09.17**

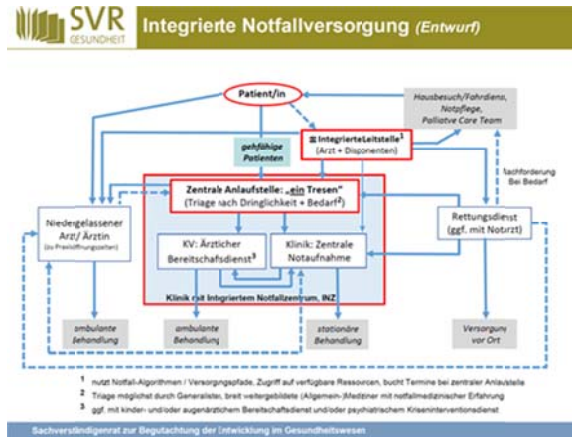
**Niedergelassene Ärzte**

- Sollen Notfallslots bereitstellen (Online-Terminkalender)
- Förderung der Ausweitung der Sprechzeiten
- Förderung von Abend- und Samstagssprechstunden
- **Notfallsanitäter**
  - Erweiterung der Befugnisse nach einheitlichem Ausbildungsstandard und festgelegten Qualifizierungskursen
- **Aufklärung der Bevölkerung**
  - Gezielte multimediale Aufklärung, auch mehrsprachig über Konzept der gestuften Notfallversorgung, zentrale Rufnummer, Informationsportale, Apps, Ersthelferkonzepte, Laienreanimation etc

Patientensteuerung weg von der KH-Notaufnahme heißt im Umkehrschluss, die Niedergelassenen müssen bereit sein, Patienten aufzufangen und zwar nach Anweisung der Leitstelle. Das, was viele von Ihnen schon immer gesagt haben, die meisten Patienten gehören in die Praxen, ist richtig. Unter so einer Konzeption müßte dafür gesorgt werden, dass diese Patienten auch unterkommen. Es würden Notfallslots nötig sein, die man für solche Fälle bereitstellen muss und die in die Tagesplanung zu integrieren sind. Das würde alle Hausärzte und viele Fachärzte betreffen und wäre eben dann auch ein deutlicherer Eingriff in die Praxisorganisation als mit der TSS jetzt. Online-Terminkalender mit diesen Slots, von der Leitstelle bebuchbar, würden in jederman`s Alltag



einziehen müssen, weil logistisch eine Steuerung auf dem Telefonwege wohl nicht machbar wäre. Dass darüber hinaus dann noch Ausweitungen von Sprechzeiten nötig sein würden, wie hier vorgeschlagen wird, sehe ich für SH nicht. Unsere Flächen-Anlaufpraxen für abends und WE sollen ja nicht verschwinden. Für Großstädte mag diese Forderung richtig sein. Dieser Punkt war der erste Presseaufmacher am Tag nach der Vorstellung des Gutachtens: Ärzte sollen mehr arbeiten. Thema verfehlt, kann man da nur sagen.



Hier jetzt die Gesamtübersicht aus der Original-Präsentation des SVR für den Bereich gefähigke Patienten. Oben rechts der zentrale Punkt Leitstelle. Sie nimmt den Patienten auf und triagiert ihn. Sofern es nicht mit einer telefonischen Arztberatung getan ist, dirigiert sie ihn zu Sprechstundenzeiten zu einem Niedergelassenen in die Praxis, direkt als Notfall an den Rettungsdienst, der entweder vor Ort behandelt oder den Patienten in eine Klinik transportiert. Sie bestimmt auch über Hausbesuche, wobei dies nicht immer ärztliche Hausbesuche sein müssen, auch der Einsatz von Pflegeteams soll so organisiert werden. Ist diese ganze Peripherie dann nicht möglich oder richtig oder notwendig, wird der Patient in das nächstgelegene INZ terminiert. Das INZ – hier der mittlere blaue Kasten - bildet sich aus einer Fusion von KV-Notdienstpraxis und Kliniknotaufnahme, getragen gemeinschaftlich, betrieben von der KV. Nach medizinischen Gesichtspunkten wird entschieden, was mit dem Patienten zu geschehen hat. Das kann auch Beobachtung über Nacht mit Hilfe eines speziellen Bettenkontingents beinhalten, ebenso wie hier die Andockung spezieller fachärztlicher Notdienste geschehen soll.

Kassenärztliche Vereinigung  
 Schleswig-Holstein KVSH

**Sachverständigenrat zur Notfallversorgung 07.09.17**

Vergütung der INZ aus **neuem Finanzierungstopf** für  
 sektorübergreifende Notfallversorgung  
 Bildung aus bereinigter MGV und Klinikbudgets

**Sektorübergreifende Grundpauschale für alle Vorhaltekosten  
 plus Vergütung pro Fall**

Grundpauschale: 3 Stufen nach Kapazität /Ausstattung des INZ (folgt  
 dem Prinzip der Notfallzuschläge aus KHSG)

Pauschale pro Fall: abhängig von Fallschwere und Ort der  
 Leistungserbringung, Zuschlag für Beobachtung über Nacht

**Rettungsdienst:** Trennung von Transport und med. Einsatz,  
 Beseitigung von Fehlanreizen, Vorhaltekosten aus Steuermitteln,  
 Betriebskosten GKV/PKV

Wie stellt sich der SVR nun die Finanzierung der INZ-Konstruktion vor? Er sagt, Notfallbehandlung sei direkt und unbudgetiert von den Kassen zu bezahlen. Das sehen wir wohl alle so. Die Begründung für ein Budget, man wolle damit die Leistungsmenge hintanhalt, entfällt im Notdienst und erst recht mit einer durchorganisierten Struktur. Somit ist extrabudgetäre Bezahlung in diesen neuen Topf INZ zwingend.

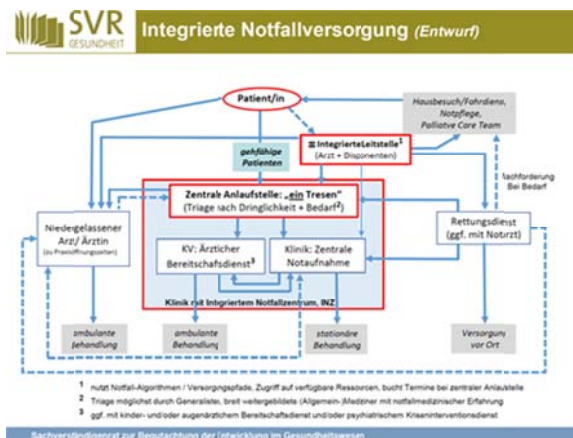
Es muss zu Beginn ein Topf gebildet werden aus bereinigter MGV und Klinikbudgets. Das wird sich, sofern es auch zu einer Umsetzung kommt, noch als hochkomplexe Angelegenheit erweisen. Für den laufenden Betrieb denkt man sich eine Grundpauschale, die alle Vorhaltekosten abdeckt, dann nach Fallschwere gestaffelte Fallpauschalen. Auch für den Rettungsdienst hat man Vorschläge.

**KBV-Eckpunkte zur Notfallversorgung 3/17**

- I. Qualifizierte Erstschätzung per Telefon rund um die Uhr, ggf. in Kooperation mit Rettungsleitstellen, mit Zuweisung an die adäquate Versorgungsebene
- II. Mehr Patienteninformationen, auch online, per APP etc
- III. Bereitschaftspraxen als Portal an Kliniken bis hin zum Betrieb gemeinsamer sektorübergreifender Ambulanzen
- IV. Möglichkeiten für die KVen, Bereitschaftspraxen als Eigeneinrichtungen zu betreiben
- V. Nach Möglichkeit Einbindung gebietsärztlicher Kompetenzen
- VI. Konzentration der NF-Versorgung auf bestimmte Standorte
- VII. Extrabudgetäre Leistungsvergütung und Finanzierung der Strukturen

Jetzt schauen wir zuletzt noch einmal an, welche Eckpunkte das KV-System für eine zukünftige Notfallversorgung geent hat und ob oder wie sich die Dinge hier im Gutachten wiederfinden. Qualifizierte telefonische Erstschätzung 24/7 mit Zuweisung an die adäquate Versorgungsebene: finden wir wieder. Der SVR spricht nicht mehr von Kooperationsbildung bei Leitstellen, er sagt, es darf nur eine geben. Mehr Patienteninformationen: d'accord, über alle Medien. Bereitschaftspraxen als Portal bis hin zum Betrieb sektorübergreifender Ambulanzen: das sind jetzt die INZs. Möglichkeiten der KV, Bereitschaftspraxen als Eigeneinrichtung zu betreiben: das müssen wir nicht mehr fordern, wenn die KV der Betreiber der INZs sein soll. Einbindung gebietsärztlicher Kompetenzen: das geschieht durch Andocken an die INZs. Konzentration auf bestimmte Standorte: unbedingt, findet sich hier auch. Extrabudgetäre Leistungsvergütung und Strukturfinanzierung: wird im Gutachten genauso gefordert.

Quintessenz also: Wir haben absolut nicht danebengelegt mit der Entwicklungsplanung des Notdienstes, weder in SH, noch auf Seiten der KBV. Man kann aber sagen, der SVR ist noch sehr viel deutlicher und konsequenter in den Umsetzungsforderungen.



Als Abschluss noch einmal zurück auf die Übersichtsfolie der ambulanten Notfallversorgung. Natürlich stecken hier hunderte von Fragen hinter, die zum jetzigen Zeitpunkt noch nicht beantwortet werden können. Hier stecken Baustellen für alle Sektoren und sogar mögliche ernstliche Konflikte hinter, die sich noch zeigen werden. Dies ist noch – plus der stationäre Bereich - eine große politisch-strategische Zielvorstellung, aber eine, über die man jetzt nicht mehr nur mal lose nachdenken kann. Das kommt als durchdachte und begründete Steilvorlage an den Gesetzgeber daher und man macht sie dringend, weil die Probleme in der Notfallversorgung dringend sind. Alle reden von sektorübergreifender Versorgung, jetzt sagt jemand: Bitte, hier ist es, beginnen wir beim Notdienst und machen Nägel mit Köpfen. Und man sagt auch ganz klar, wir liegen bereits jetzt gegenüber dem Ausland mehrere Jahre zurück und können uns weitere 10 Jahre Diskussion einfach personell und finanziell nicht mehr leisten.

Wir werden sehen, was in einigen Wochen in einem Koalitionsvertrag auftaucht.

Abgeordnetenversammlung der KVSH am 27.09.2017  
Dr. Monika Schliffke | Vorstandsvorsitzende

Vielen Dank für Ihre Aufmerksamkeit.