

Notfallversorgung an Uniklinika: Maximale Versorgung das ganze Jahr rund um die Uhr mit Fachärzten aller Disziplinen

Faktenblätter 2

Die Lage	02
Notfallversorgung: Eine besondere Leistung der Deutschen Hochschulmedizin	03
Starke Leistungsunterschiede in der Notfallversorgung	04
Vergütung: Gießkannenprinzip statt Differenzierung	06
Das KHSG zeigt gute Ansätze, bleibt aber widersprüchlich	10
Auf einen Blick: Das will das KHSG in der Notfallversorgung	12
Weitere Erwartungen der Deutschen Hochschulmedizin	14

Die Lage

Die Universitätsklinika übernehmen eine herausragende Funktion in der Versorgung von Notfallpatienten. Sie sichern an 365 Tagen im Jahr rund um die Uhr die Notfallversorgung mit Fachärzten aller Disziplinen. Ihre Leistungen sind umfassend: Chirurgische oder internistische Notfälle werden ebenso behandelt wie psychiatrische Notfälle, etwa in Trauma-Ambulanzen für Not- oder Gewaltopfer. Zudem sind Uniklinika bei allen denkbaren Katastrophen wie Hochwasser, Flächenbränden oder Unfällen in Kernkraftwerken wichtiger Bestandteil der nationalen Katastrophenschutzpläne. Auch für außergewöhnliche Notfälle sind Uniklinika täglich 24 Stunden mit einem aufwendigen Bereitschaftsdienst gerüstet.

Große zentrale Notaufnahmen an Universitätsklinika versorgen bis zu 60.000 Patienten jährlich. In Regionen mit strukturell reduzierten medizinischen Versorgungsangeboten nimmt die Bedeutung der Uniklinika bei der ambulanten Behandlung von Notfallpatienten immer weiter zu.

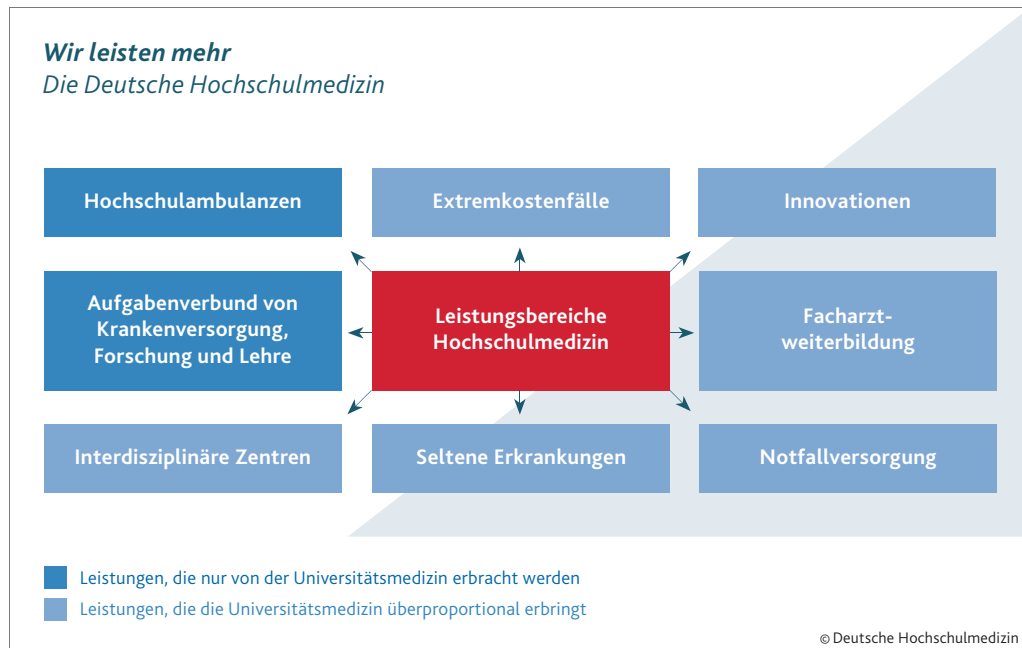
Der Gesetzgeber hat mit dem Krankenhausstrukturgesetz (KHSG) Regelungen für die Weiterentwicklung der Vergütung der Notfallversorgung getroffen. Dies betrifft vor allem die unzureichende Finanzierung von Vorhaltekosten. Krankenhäuser, die an der stationären Notfallversorgung teilnehmen, sollen für die vorgehaltenen Notfallstrukturen differenzierte Zuschläge erhalten. Den Ausgangspunkt wird ein Stufensystem bilden, bei dem die Universitätsklinika gemeinsam mit Krankenhäusern der Maximalversorgung die höchste Versorgungsstufe darstellen sollen. Für nicht an der Notfallversorgung teilnehmende Krankenhäuser ist ein Abschlag vorgesehen.

Für den Bereich der ambulanten Notfallversorgung soll das Verhältnis der Krankenhausambulanzen zum Kassenärztlichen Notdienst neu bestimmt werden. Ein Ansatzpunkt ist hier die Einführung von so genannten „Portalpraxen“ der Kassenärztlichen Vereinigungen in bzw. an Krankenhäusern.

Diese Regelungen sind im Grundsatz positiv zu bewerten. Fraglich ist allerdings, wann und in welchem Umfang sie Realität werden. Denn die Umsetzung obliegt der Selbstverwaltung im Gesundheitswesen und ist damit zwischen Krankenkassen und Krankenhäusern erst noch zu konkretisieren.

Wir haben Ihnen die wichtigsten Fakten zur Notfallversorgung durch Universitätsklinika auf den folgenden Seiten zusammengefasst.

Notfallversorgung: Eine besondere Leistung der Deutschen Hochschulmedizin



Die Deutsche Hochschulmedizin steht national wie international für besondere Leistungen. Die Kliniken und Fakultäten erfüllen in Krankenversorgung, Lehre und Forschung höchste Anforderungen. Zahlreiche Teams mit Wissenschaftlern aus dem In- und Ausland forschen an den Universitätsklinika und in den Medizinischen Fakultäten an Innovationen mit weltweiter Bedeutung. Mehr als 180.000 ärztliche und nicht-ärztliche Mitarbeiter in Wissenschaft und Patientenversorgung gewährleisten Spitzenmedizin in Deutschland.

Ein wichtiger Teil dieses hochwertigen Leistungsangebotes der Deutschen Hochschulmedizin ist die Notfallversorgung.

Das ist ein Notfall:

Als medizinischer Notfall bzw. als Notfallpatienten werden alle Personen definiert, die körperliche oder psychische Veränderungen im Gesundheitszustand aufweisen, für die der Patient selbst oder eine Drittperson unverzügliche medizinische und pflegerische Betreuung als notwendig erachten. Das Spektrum der in der Notfallmedizin behandelten Krankheitsbilder ist extrem vielfältig und umfasst akut lebensbedrohliche Erkrankungen aus allen Fachdisziplinen wie zum Beispiel Herzinfarkte, Lungenembolien, Schlaganfälle, Sepsis, Unfälle, Intoxikationen und psychiatrische Notfälle ebenso wie leichtere Erkrankungen (zum Beispiel Atemwegsinfekte oder Schmerzzustände).

Quelle: Reimer Riessen et al.: „Positionspapier für eine Reform der medizinischen Notfallversorgung in Deutschland“, in: Notfall und Rettungsmedizin, Heft 3/2015

Starke Leistungsunterschiede in der Notfallversorgung

Das Spektrum des notfallmedizinischen Angebots an deutschen Krankenhäusern ist sehr unterschiedlich. Viele spezialisierte Fachkliniken nehmen überhaupt nicht an der Notfallversorgung teil. Kleinere Krankenhäuser beteiligen sich häufig zeitlich und fachlich nur sehr eingeschränkt. Sie melden den Notfallzentralen nur an ausgewählten Tagen und zu bestimmten Uhrzeiten einzelne Abteilungen (zum Beispiel Chirurgie oder Innere Medizin), die für eine Notfallversorgung bereit stehen. Große Kliniken stehen häufig rund um die Uhr zur Verfügung. Uniklinika dagegen sind selbst für seltene Notfälle täglich 24 Stunden mit einem aufwendigen Bereitschaftsdienst gerüstet. Je umfassender das Leistungsangebot der Notfallversorgung ist, desto höher sind Investitions- und Vorhaltekosten der jeweiligen Klinik.

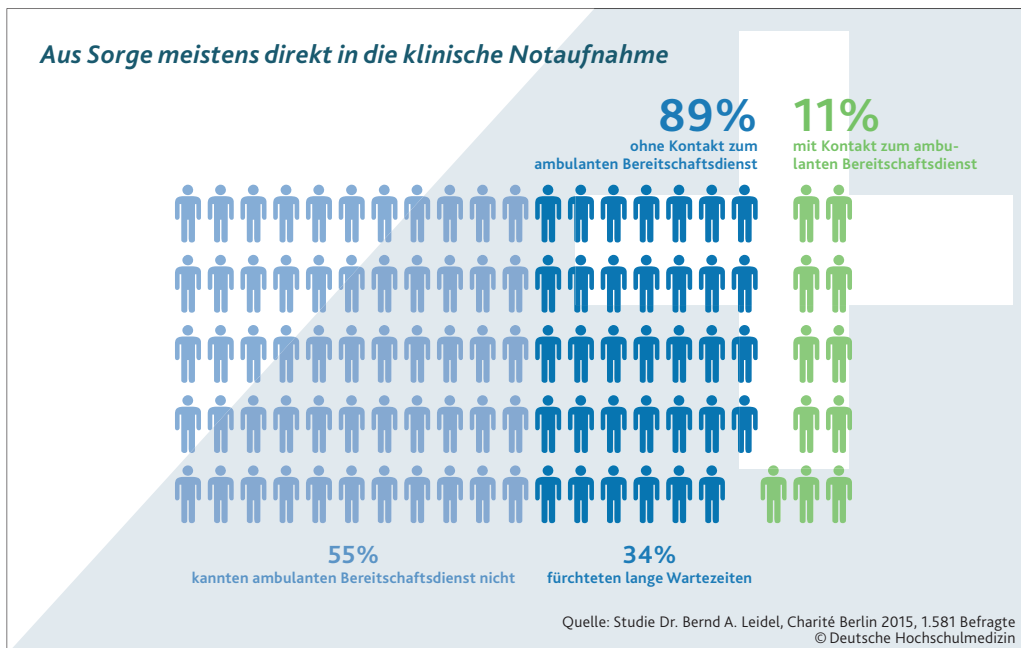
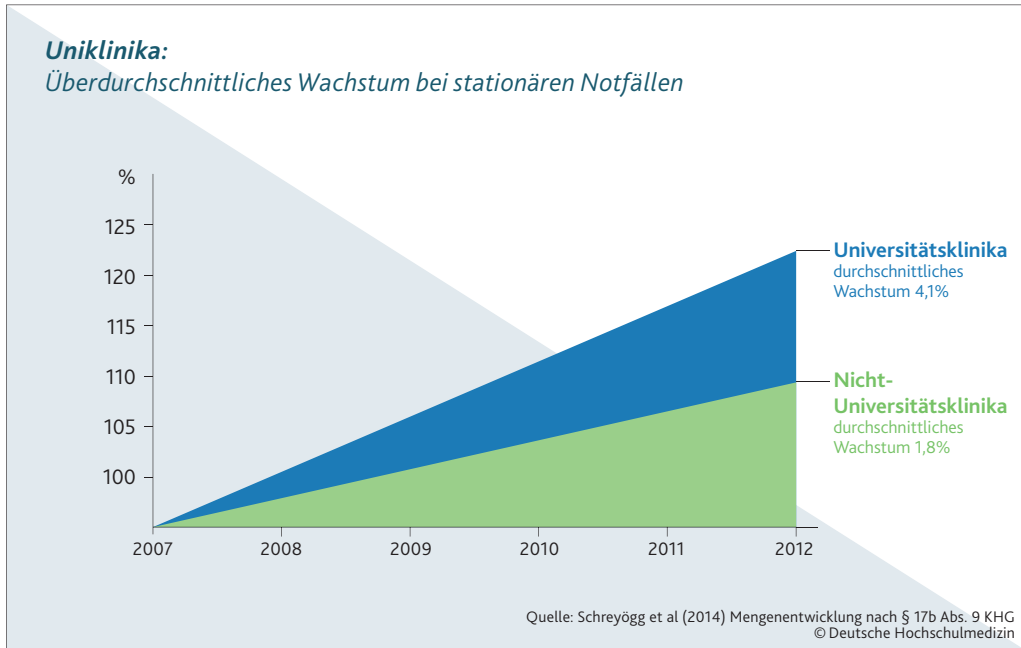
Zuständigkeiten:

Notfallversorgung der Uniklinika schließt immer mehr Versorgungslücken

Nach den rechtlichen Vorgaben liegt die Verantwortung für die Sicherstellung der ambulanten Notfallversorgung nicht bei den Krankenhäusern, sondern bei den Vertragsärzten.

Aber: Das Patientenaufkommen in den Notaufnahmen der Krankenhäuser steigt in Deutschland jährlich um 4-8 Prozent. Gründe dafür sind die demographische Entwicklung und die zunehmende Multimorbidität der Bevölkerung. Der direkte Gang in die Notfallversorgung und andere individuelle Entscheidungen der Patienten sowie der Rückzug der niedergelassenen Ärzte aus der Notfallversorgung tragen ebenfalls zu einem stetig wachsenden Zulauf in den Notfallambulanzen der Krankenhäuser bei. Das Notfallgutachten im Auftrag der DKG geht davon aus, dass mit über 10 Millionen Patienten inzwischen mehr ambulante Fälle in Krankenhäusern als im vertragsärztlichen Bereitschaftsdienst versorgt werden.

Viele Patienten suchen auch mit Bagatellerkrankungen und -verletzungen direkt die Notaufnahmen in den (Uni-) Kliniken auf. Berliner Patienten – gefragt „Warum gehen Sie in die Rettungsstelle?“ – äußerten 2015 in einer Studie (Dr. Bernd A. Leidel, Charité Berlin) vor allem, dass sie diese zentrale und jederzeit verfügbare Anlaufstelle mit größtmöglichem Spektrum an diagnostischer und therapeutischer Möglichkeit präferieren. Sie wiesen zudem darauf hin, dass es alternative ambulante Versorgungsmöglichkeiten bei ihnen nicht gebe oder sie kannten diese nicht. Es zeigt sich: Patienten sind häufig nicht ausreichend über Notdienste der niedergelassenen Ärzte informiert.



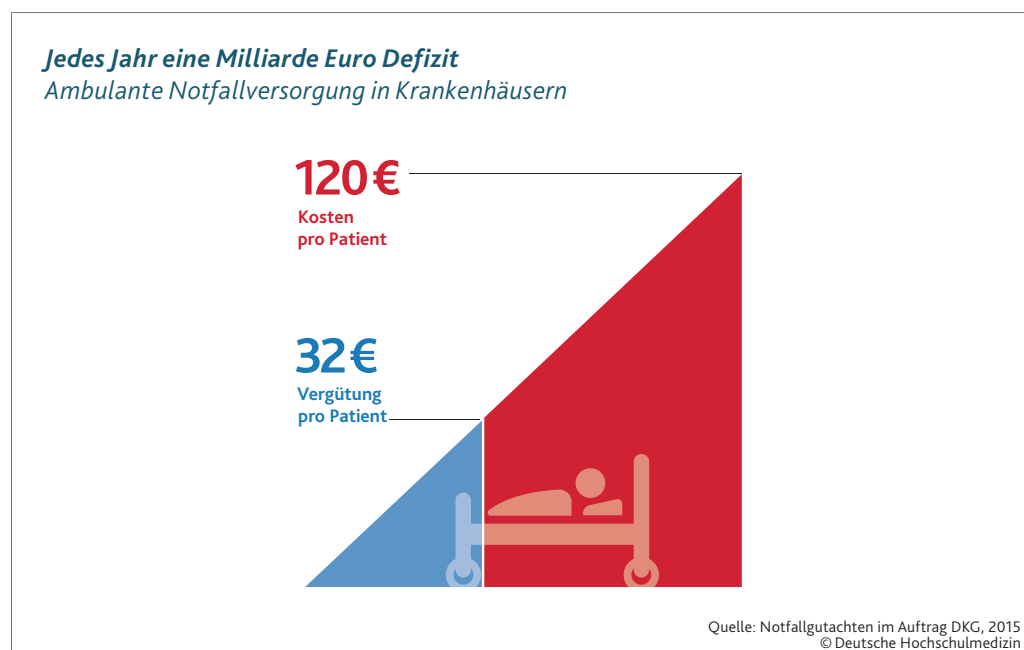
Vergütung: Gießkannenprinzip statt Differenzierung

Das unterschiedliche Engagement der Krankenhäuser in der Notfallmedizin wird in der Krankenhausfinanzierung nicht berücksichtigt. So erhalten Universitätsklinika trotz ihrer erheblichen Vorhaltekosten für Ausstattung und Personal dieselben Fallpauschalen wie kleinere Krankenhäuser mit eingeschränkten Notdiensten. Lediglich für kleine Fachkliniken, die sich gar nicht an der Notfallversorgung in ihrer Region beteiligen, ist ein 50-Euro-Abschlag pro Fallpauschale vorgesehen.

Das bedeutet: Das Krankenhausfinanzierungssystem setzt keine Anreize, sich verstärkt in der Notfallversorgung zu engagieren. Nachteile haben dagegen Krankenhäuser, die das gesamte Angebot der Notfallmedizin rund um die Uhr anbieten.

Ambulante Pauschalen sorgen für Milliarden-Defizit

Universitätsklinika erhalten (wie andere Krankenhäuser auch) für ambulant versorgte Notfälle eine Pauschale von der Kassenärztlichen Vereinigung. Diese ist oftmals geringer als die für Arztpraxen. Nach Berechnungen im Notfallgutachten der Deutsche Krankenhausgesellschaft (DKG) erhalten die Krankenhäuser im Durchschnitt 32 Euro für jeden ambulant versorgten Patienten, die tatsächlichen Kosten liegen allerdings bei rund 120 Euro. Insgesamt entsteht den Notfallambulanzen der Krankenhäuser in Deutschland ein jährliches Defizit von einer Milliarde Euro.

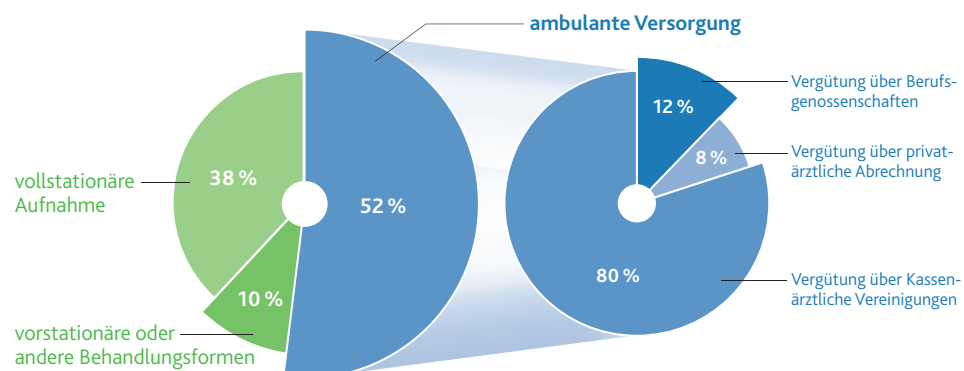


Fakten aus dem DKG-Notfallgutachten

- Eine entscheidende Erkenntnis zur Weiterentwicklung der ambulanten Notfallversorgung besteht darin, dass für rund die Hälfte der ambulanten Notfallbehandlungen die Behandlung in einem Krankenhaus unverzichtbar ist.
- Lediglich ein Drittel der ambulanten Notfallpatienten von Krankenhäusern könnten auch in Arztpraxen versorgt werden, wenn diese denn verfügbar bzw. erreichbar wären. Die durchschnittlichen Kosten dieser Behandlungsfälle im Krankenhaus betragen 82 Euro.
- Anhand der in der Umfrage erhobenen Öffnungszeiten von Notfallpraxen im Umfeld der Krankenhäuser konnte ermittelt werden, dass sich rund die Hälfte der Notfallpatienten direkt an ein Krankenhaus gewendet haben, obwohl zu diesem Zeitpunkt ein für sie geeignetes Versorgungsangebot der Kassenärztlichen Vereinigung bestanden hat.

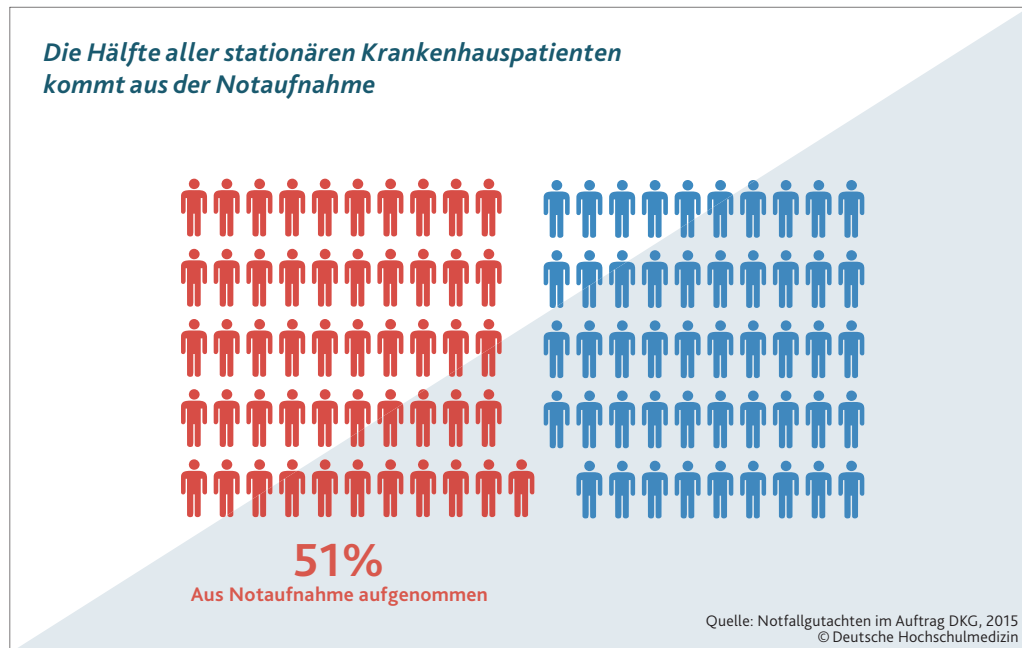
Quelle: Gutachten zur ambulanten Notfallversorgung im Krankenhaus, Hamburg 2015

Versorgung der Notfallpatienten und Abrechnung der ambulanten Notfallversorgung



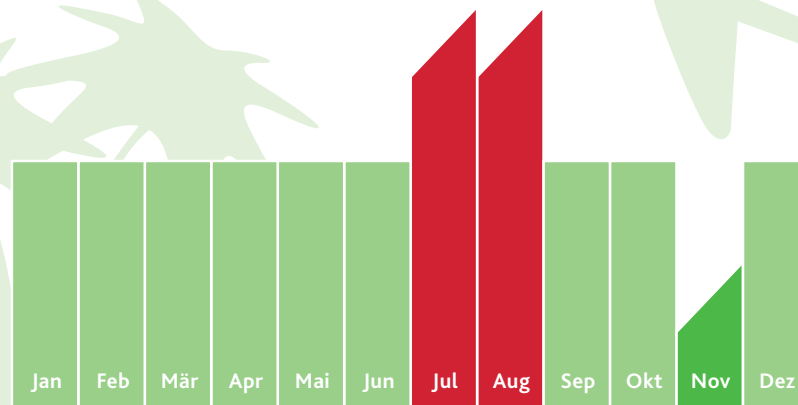
Quelle: Notfallgutachten im Auftrag DKG, 2015
© Deutsche Hochschulmedizin

Die Aufnahmequote, d. h. der Anteil der Patienten in den Notaufnahmen, der vollstationär aufgenommen wird, beträgt durchschnittlich 38 Prozent. Weitere 10 Prozent der Notfallpatienten entfallen auf vorstationäre oder andere Behandlungsformen. Durchschnittlich 52 Prozent der Patienten werden ambulant versorgt, davon werden 80 Prozent gegenüber der Kassenärztlichen Vereinigungen, 12 Prozent gegenüber den Berufsgenossenschaften und 8 Prozent privatärztlich abgerechnet.

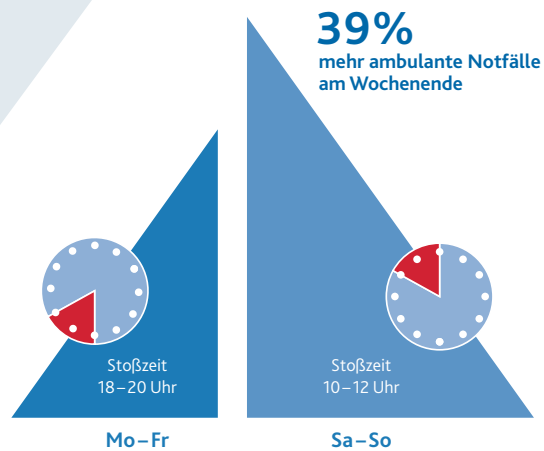


Die steigende Zahl der ambulant versorgten Notfälle verschärft die Unterfinanzierung der Krankenhäuser und Kliniken. Die Universitätsklinika werden mehr und mehr zum Lückenfüller in der ambulanten Notfallversorgung.

Das Notfallgutachten im Auftrag der Deutschen Krankenhausgesellschaft hat darüber hinaus nachgewiesen: der allgemeine Kassenärztliche Bereitschaftsdienst ist nur eingeschränkt verfügbar. Dies belegt zum Beispiel die Betrachtung der „kritischen Zeiträume“ bei der Nachfrage der Notaufnahmen von Krankenhäusern: In den Ferienmonaten Juli/August ist die höchste Inanspruchnahme zu verzeichnen, im November die niedrigste. Am Wochenende steigt im Vergleich zu Werktagen die Anzahl der ambulanten Notfälle um durchschnittlich 39 Prozent an. An Werktagen werden die meisten ambulanten Notfallbehandlungen in der Zeit zwischen 18 und 20 Uhr durchgeführt; an Wochenenden zwischen 10 und 12 Uhr.

Ambulante Notfälle:*Kliniken machen die „Urlaubsvertretung“*

Inanspruchnahme der Notaufnahme

Quelle: Notfallgutachten im Auftrag DKG, 2015
© Deutsche Hochschulmedizin**Notfallversorgung in „kritischen Zeiten“:***Kliniken schließen die Versorgungslücken*Quelle: Notfallgutachten im Auftrag DKG, 2015
© Deutsche Hochschulmedizin

Das KHSG zeigt gute Ansätze, bleibt aber widersprüchlich

Stationäre Notfallversorgung:

Der Gesetzgeber hat Defizite bei der Finanzierung der stationären Notfallversorgung erkannt. Dies betrifft vor allem die unzureichende Vergütung von Vorhaltekosten. Im Krankenhausstrukturgesetz (KHSG) wurde daher geregelt: Krankenhäuser, die an der stationären Notfallversorgung teilnehmen, sollen für die vorgehaltenen Notfallstrukturen differenzierte Zuschläge erhalten. Für nicht an der Notfallversorgung teilnehmende Krankenhäuser ist ein Abschlag vorgesehen.

Stufenkonzept des G-BA:

Der G-BA soll hierzu bis zum 31. Dezember 2016 ein gestuftes System der vorgehaltenen Notfallstrukturen festlegen. Für jede Stufe der Notfallversorgung hat er dabei Mindestvorgaben zur Art und Anzahl von Fachabteilungen, zur Anzahl und Qualifikation des vorzuhaltenden Fachpersonals sowie zum zeitlichen Umfang der Bereitstellung von Notfalleleistungen festzulegen. Die Universitätsklinika sollen in diesem Konzept eine führende Rolle einnehmen und die höchste Stufe für eine umfassende Notfallversorgung darstellen.

Umsetzung durch die Selbstverwaltung:

Auf der Grundlage dieses Stufensystems haben die Vertragsparteien auf Bundesebene (GKV-Spitzenverband, Verband der privaten Krankenversicherung und Deutsche Krankenhausgesellschaft) die Höhe von Zu- und Abschläge für die Teilnahme bzw. Nichtteilnahme an der Notfallversorgung zu vereinbaren. Wichtig: Es handelt sich dabei um eine Umverteilung innerhalb des stationären Sektors ohne Mehrausgaben für die Kostenträger.

Bewertung der Deutschen Hochschulmedizin:

Der Ansatz, die unterschiedlichen Notfallstrukturen und die damit verbundenen Kosten über Zu- und Abschläge zu refinanzieren, ist grundsätzlich positiv. Entscheidend ist, wie zielgenau die Kosten der unterschiedlichen Notfallstrukturen erfasst und abgebildet werden können. Ob die Fristen von der Selbstverwaltung eingehalten werden, ist offen. Ein weiterer Unsicherheitsfaktor ist die künftige Ausgestaltung der Mehrleistungsabschläge. Es besteht die Gefahr, dass diese Abschläge auch für Notfälle deutlich angehoben werden. Dies wird gerade in denjenigen Einrichtungen zu Problemen führen, die sich stark in der Notfallmedizin engagieren und dadurch ein Leistungswachstum verzeichnen.

Das KHSG würde dann mit Blick auf die bessere Finanzierung der stationären Notfallvorhaltung ad absurdum geführt.

Ambulante Notfallversorgung:

Die Regierungsparteien haben im Koalitionsvertrag festgestellt, dass sich die ambulante Notfallversorgung außerhalb der allgemeinen Praxisprechzeiten auf die Krankenhäuser konzentriert. Dies mache eine Anpassung der gesetzlichen Rahmenbedingungen und der Vergütung erforderlich. Im KHSG sind daher neue Maßnahmen vorgesehen.

Einbeziehung der KVen in die ambulante Notfallversorgung der Krankenhäuser:

Die gesetzlichen Änderungen sehen unter anderem vor, dass die Kassenärztlichen Vereinigungen „Portalpraxen“ an Krankenhäusern anbieten oder vorhandene Notfallambulanzen der Krankenhäuser in den Notdienst einbinden sollen. Außerdem erhält die DKG ein Mitgestaltungsrecht bei der Vergütung von ambulanten Notfällen: Im so genannten „Ergänzten Bewertungsausschuss“ sollen bis Ende 2016 nach dem Schweregrad der zu versorgenden Notfälle differenzierte Regelungen zur Vergütung durch die Kassenärztlichen Vereinigungen gefunden werden. Die hierdurch vorgenommenen Anpassungen des einheitlichen Bewertungsmaßstabs (EBM) werden somit frühestens 2017 wirksam.

Bewertung der Deutschen Hochschulmedizin:

Die erforderliche zeitnahe Verbesserung der Leistungsvergütung für die ambulante Notfallversorgung im Krankenhaus bleibt vorerst aus.

Auf einen Blick: Das will das KHSG in der Notfallversorgung

Mit dem Krankenhausstrukturgesetz (KHSG) hat der Gesetzgeber folgende Maßnahmen für die stationäre und ambulante Notfallversorgung im Krankenhaus verabschiedet. Hiervon sind auch die Leistungen der Uniklinika betroffen:

Stationäre Notfallversorgung:

- *Die Vorhaltekosten für eine leistungsfähige stationäre Notfallversorgung sollen ab Mitte 2017 durch Zuschläge und Abschläge zielgerichteter finanziert werden.*
- *Dafür soll der G-BA bis zum 31. Dezember 2016 ein gestuftes System der vorgehaltenen Notfallstrukturen festlegen (§ 136c Abs. 4 SGB V). Für jede Stufe der Notfallversorgung hat der G-BA dabei Mindestvorgaben zur Art und Anzahl von Fachabteilungen, zur Anzahl und Qualifikation des vorzuhaltenden Fachpersonals sowie zum zeitlichen Umfang der Bereitstellung von Notfalleleistungen festzulegen. Die Universitätskliniken werden hier in der höchsten Kategorie angesiedelt sein und in ihren jeweiligen Regionen sehr oft eine führende Rolle einnehmen.*
- *Auf der Grundlage dieser Systematik haben die Vertragsparteien auf Bundesebene (GKV-Spitzenverband, Verband der Privaten Krankenversicherung und Deutsche Krankenhausgesellschaft) die Höhe von Zu- und Abschläge für die Teilnahme bzw. Nichtteilnahme an der Notfallversorgung zu vereinbaren. Diese Zuschläge bringen kein zusätzliches Geld in das System. Sie führen vielmehr zu einer Umverteilung der Vergütung zwischen den Krankenhäusern, die an der Notfallversorgung teilnehmen und denen, die hieran nicht teilnehmen.*

Ambulante Notfallversorgung:

- Die mit dem GKV-Versorgungsstärkungsgesetz eingeführte Vorgabe zur Kooperation von Kassenärztlichen Vereinigungen (KV) und zugelassenen Krankenhäusern zur Notdienstversorgung wurde konkretisiert: KVen sollen so genannte „Portalpraxen“ an Krankenhäusern anbieten oder vorhandene Notfallambulanzen der Krankenhäuser in den Notdienst einbinden.
- Das gemeinsame Landesgremium nach § 90 a SGB V (Vertreter des Landes, der KV, der Krankenkassen auf Landesebene und der Landeskrankenhausesgesellschaft) kann für das jeweilige Bundesland Empfehlungen zu einer sektorenübergreifenden Notfallversorgung abgeben.
- Zur zeitnahen Umsetzung der Neuregelung zur ambulanten Notfallversorgung sind die von Krankenhäusern, Vertragsärzten und Krankenkassen bereits verhandelten dreiseitigen Verträge auf Landesebene bis zum 30. Juni 2016 neu zu vereinbaren (§ 115 Abs. 3a SGB V). Nach Ablauf dieser Frist ist der Vertragsinhalt innerhalb von sechs Wochen durch die Landesschiedsstelle festzulegen.
- Die Zuständigkeit für die Vereinbarung von Vergütungen für die ambulante Notfallversorgung wird auf den Ergänzten Bewertungsausschuss nach § 87 Abs. 5a SGB V übertragen (Vertreter der DKG, der KBV und des GKV-Spitzenverbandes).
- Zur Erreichung einer angemessenen Notfallvergütung hat dieser Ergänzter Bewertungsausschuss bis zum 31.12.2016 die Regelungen für die Versorgung im Notfall und im Notdienst im Einheitlichen Bewertungsmaßstab (EBM) nach dem Schweregrad der Fälle zu differenzieren. Der Ausschuss soll zudem die EBM-Änderungen zwei Jahre später evaluieren und hierüber berichten.
- Innerhalb der vertragsärztlichen Gesamtvergütung werden Leistungen im Notfall und im Notdienst im Rahmen der Honorarverteilung von Maßnahmen zur Begrenzung oder Minderung des Honorars ausgenommen (§ 87b Abs. 1 SGB V).
- In Zukunft entfällt der Investitionskostenabschlag bei von Krankenhäusern erbrachten ambulanten Leistungen.

Quelle: Ferdinand Rau, Das Krankenhausstrukturgesetz in der Gesamtschau,
in: Das Krankenhaus Nr. 12/2015

Weitere Erwartungen der Deutschen Hochschulmedizin

Rund-um-die-Uhr-Angebot fair finanzieren

Notfallmedizin muss als sektorenübergreifende Versorgung gesehen werden. Ihre Schnittstellenfunktion zwischen ambulanter und stationärer Behandlung braucht eine solide finanzielle Grundlage. Dazu gehört die auskömmliche Vergütung der ambulant versorgten Notfälle.

Zusätzlich müssen die Entgelte den Umfang der Notfallversorgung berücksichtigen. Das vom G-BA vorzulegende Stufenmodell kann für die stationären Notfälle hierbei der richtige Ansatz sein.

Aufbau von Versorgungsnetzwerken

Um eine flächendeckende und hochwertige Versorgung sicherzustellen, können Uniklinika mit anderen Kliniken kooperieren und Versorgungsnetzwerke aufbauen. Vorbild können die bereits heute existierenden Trauma-Netzwerke sein, in denen Uniklinika eine maßgebliche Rolle spielen. Bei der Versorgungsplanung auf Länderebene sollte aus Sicht der Hochschulmedizin den Strukturen der Notfallversorgung ein besonderer Stellenwert eingeräumt werden. Wichtig ist, dass den Einrichtungen seitens der Länder ausreichende Investitionsmittel bereitgestellt werden.

Portalpraxen

Auch an der Schnittstelle zur kassenärztlichen Notfallversorgung sollte der Kooperationsgedanke im Vordergrund stehen. Ein Teil der Patienten, die die Notaufnahme eines Krankenhauses aufsuchen, können sehr gut vom kassenärztlichen Notdienst versorgt werden, während viele andere Patienten auf die diagnostischen und therapeutischen Möglichkeiten eines Krankenhauses angewiesen sind.

Auf Basis einer qualitativ hochwertigen Ersteinschätzung sollten die Patienten bereits bei der Aufnahme je nach medizinischem Bedarf entweder der Notaufnahme des Krankenhauses oder der Portalpraxis zugeordnet werden. Solche Notfallzentren wären auch ein wichtiger Ausbildungsort für die dringend benötigten Hausärzte. Hier könnten zum Beispiel die an den Universitätskliniken eingerichteten Lehrstühle für Allgemeinmedizin eine koordinierende Rolle in der Ausbildung von Hausärzten in den Notfallzentren übernehmen. Die Universitätskliniken könnten außerdem Ansprechpartner für regionale und ländliche Notfallzentren sein. Hier wären zum Beispiel telemedizinische Anbindungen zur Erstellung eines Befundes denkbar.

Die Forschung zur Weiterentwicklung der Notfallversorgung intensivieren

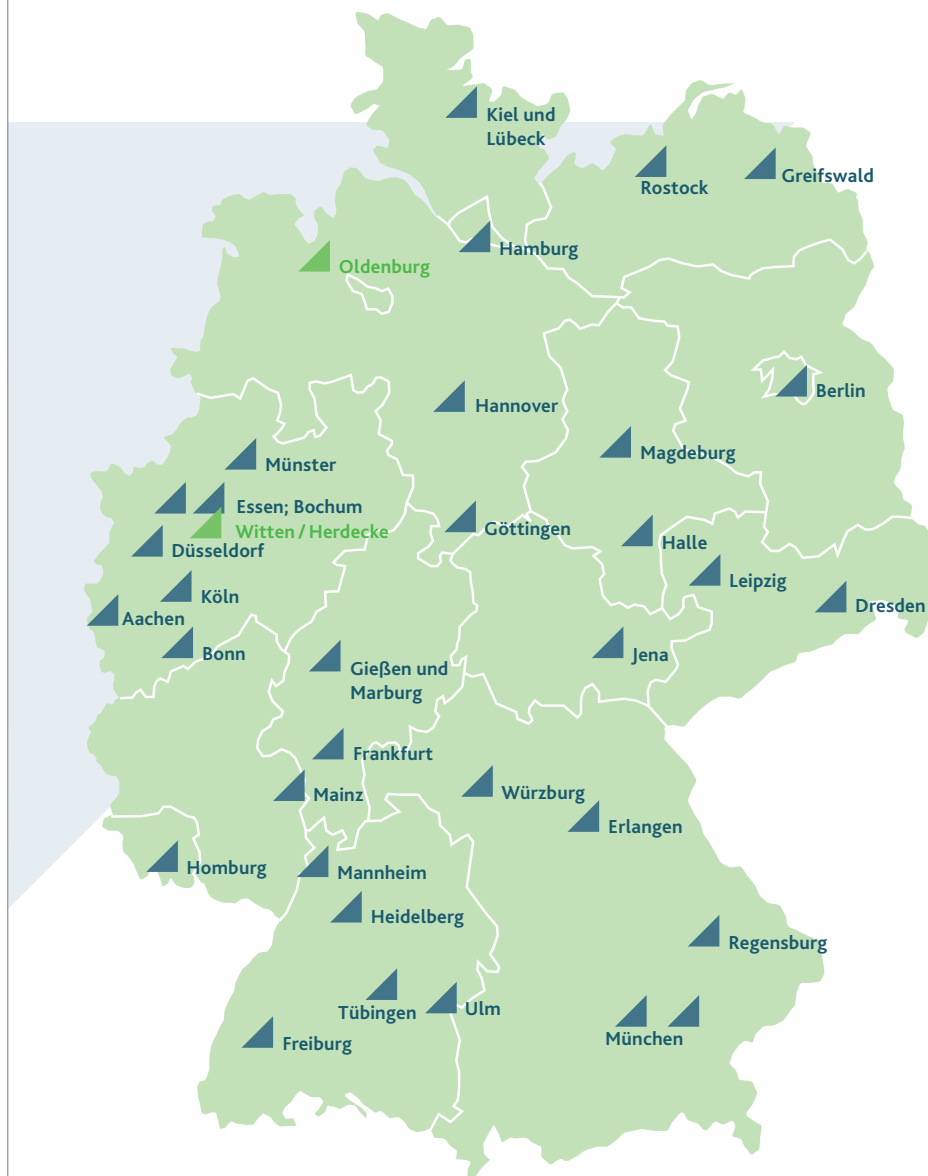
Die Notfallmedizin ist ein wichtiger Bestandteil von Forschung und Lehre an den Universitätsklinika. Es besteht nach wie vor ein großer Bedarf an klinischer Forschung, die die Wirksamkeit neuer Methoden der Erstversorgung und Diagnostik von Akutpatienten untersucht. Nicht zuletzt machen die hohen Fallzahlsteigerungen die Notfallversorgung auch aus Sicht der Versorgungsforschung zu einem wichtigen Forschungsfeld. Das Know-how und die Infrastruktur zur Durchführung von Studien zu den komplexen Fragestellungen der Notfallversorgung ist in den Universitätsklinika qualitativ und quantitativ hochwertig vorhanden. Die Forschungspolitik muss Rahmenbedingungen schaffen, damit diese Kompetenzen stärker genutzt werden können.

Die Notfallmedizin steht nicht im Mittelpunkt des Interesses der industriellen Forschungsförderung. Für die erheblichen personellen und finanziellen Ressourcen von klinischen Studien bedarf es neben der zwingend erforderlichen Grundfinanzierung einer spezifischen Förderung durch Projektmittel.

Die Mittel und die Möglichkeiten des neuen Innovationsfonds zur Finanzierung der Versorgungsforschung sollten ebenfalls für die Versorgungsforschung zu Themen der Notfallversorgung eingesetzt werden.

Notfallpatienten können oftmals nicht sofort in die Verwendung ihrer Daten für die Forschung bzw. zur Teilnahme an klinischen Studien einwilligen. Vor dem Hintergrund der demografischen Entwicklung wird es künftig immer wichtiger werden, neue therapeutische und diagnostische Optionen für diese Patienten zu entwickeln. Klinische Forschung kann hier essentielle Verbesserungen bewirken. Die ausgewogenen ethischen Vorgaben, die hierfür im Rahmen der neuen EU-Verordnung für die Durchführung von klinischen Prüfungen gelten, sollten in der gleichen Form auch in die deutschen Gesetze und Regularien übernommen werden. Dies schafft Klarheit und Verbindlichkeit für die ethische Prüfung von Studien mit Notfallpatienten.

Standorte der Deutschen Hochschulmedizin



© Deutsche Hochschulmedizin