

Bewertung der Vorschläge der Regierungskommission

»Reform der Notfall- und Akutversorgung«¹

Am 14.02.2023 hat die Kommission ihre 4. Stellungnahme und Empfehlung vorgelegt. Sie beschäftigt sich mit der Notfall- und Akutversorgung. Der Auftrag an die Kommission geht zurück auf Festlegungen im Koalitionsvertrag zwischen SPD, Grünen und FDP aus dem Jahr 2021. Dort heißt es:

»Die Notfallversorgung soll in integrierten Notfallzentren in enger Zusammenarbeit zwischen den kassenärztlichen Vereinigungen (KV) und den Krankenhäusern (KH) erfolgen. Wir räumen den KVen die Option ein, die ambulante Notfallversorgung dort selbst sicherzustellen oder diese Verantwortung in Absprache mit dem Land ganz oder teilweise auf die Betreiber zu übertragen. Durch eine Verschränkung der Rettungsleitstellen mit den KV-Leitstellen und standardisierten Einschätzungssystemen (telefonisch, telemedizinisch oder vor Ort) erreichen wir eine bedarfsgerechtere Steuerung. Wir nehmen das Rettungswesen als integrierten Leistungsbereich in das SGB V auf ...«

In der **Präambel** der Stellungnahme wird die aktuelle Situation im Wesentlichen richtig beschrieben:

»Gleichzeitig sind – und dies nicht erst seit der Pandemie – die Schwächen des Systems in Bezug auf seine Organisation (z.B. sektorale Trennung der Versorgung mit zu wenig Abstimmung) oder seinen technischen Stand (z. B. Digitalisierung) deutlich geworden. Als besonders gravierend erweisen sich der Mangel und der zunehmende Verlust an qualifiziertem Personal, insbesondere im Pflegebereich.« (S. 2)

Als Zielbild wird definiert:

»Die Hilfesuchenden definieren für sich selbst den Notfall und befinden sich in der Regel in einer persönlichen Ausnahmesituation. Es wird daher darauf ankommen, dass die Notfall- und Akutversorgung rund um die Uhr in der Lage ist, Hilfesuchende unmittelbar zielgerichtet zur richtigen Versorgung zusteuern. Die Hilfesuchenden definieren den Notfall, das System die Reaktion darauf.« (S. 3)

- ▶ Hier ist anzumerken, dass das Handeln der Hilfesuchenden nicht nur aufgrund der Tatsache erfolgt, dass sie den Notfall selbst definieren. Es ist auch eine Reaktion auf die Unmöglichkeit einen zeitnahen Termin bei einem niedergelassenen Arzt zu bekommen bzw. auf die oft monatelange »Reise« von einem Arzt zum anderen. Im Übrigen bleibt abzuwarten, ob der formulierte Anspruch erfüllt wird.

Im **Kapitel Ausgangs-/Problemlage** werden im Wesentlichen richtige Feststellungen getroffen, u.a., dass die Zahl der Notfallpatienten, die ins Krankenhaus kommen deutlich gestiegen ist, wogegen die Zahl derer, die vom KV-Bereitschaftsdienst versorgt wurden, abgenommen hat. Interessant ist auch, dass die Zahl derer, die aus den Notaufnahmen der Krankenhäuser stationär aufgenommen wurden stärker zugenommen hat, als die Zahl aller Notfallpatienten.

¹ Stellungnahmen zum Rettungsdienst und »zu anderen für das System essenziellen «mobilen Diensten«, wie etwa wohnortnaher pflegerischer Notfallversorgung« sollen folgen.

- 
- ▶ Dies mag zum Teil an demografischen Gründen liegen und an einer steigenden Morbidität, ist aber sicherlich auch eine Folge der finanziellen Anreize des DRG-Systems, insbesondere weil ambulante Behandlungen im Krankenhaus massiv unterfinanziert sind.

Weiter wird ausgeführt:

»Die ambulanten Angebote der KV sind regional sehr unterschiedlich und reichen vielerorts trotz Sicherstellungsauftrag nicht für eine umfassende und abschließende ambulante Akut- und Notfallversorgung rund um die Uhr aus.« (S. 7)

- ▶ Diese Diagnose führt allerdings im Weiteren nicht zur Forderung den KVen den Sicherstellungsauftrag zu entziehen (näheres siehe unten)

Zur Personalsituation wird festgehalten:

- a. *Im Bereich der Notaufnahmen besteht ein Personalmangel, was auch an der Überlastung des vorhandenen Personals deutlich wird.*
- b. *Im Unterschied zu anderen Krankenhausabteilungen existiert bislang kein Fachabteilungsschlüssel für Notaufnahmen. In den Notaufnahmen sind bisher auch keine Pflegepersonaluntergrenzen festgeschrieben.*
- c. *In der notfallmedizinischen Professionalisierung gibt es Defizite im ärztlichen und pflegerischen Bereich und bei anderen Qualitätsvorgaben.*
- d. *Im Unterschied zu den meisten europäischen Ländern gibt es in keiner Landesärztekammer die Facharztqualifikation Notfallmedizin. (...) Der Facharztstandard muss durch die Verfügbarkeit eines Facharztes oder einer Fachärztin innerhalb von 30 Minuten sichergestellt werden. (...)« (S. 8)*

- ▶ Die momentane Situation in den Ambulanzen der Krankenhäuser ist nicht gut. Sie ist geprägt durch Personalmangel und Überlastung. Eine qualitativ hochwertige Versorgung lässt sich so nicht erreichen. Das muss sich dringend ändern. Dennoch, die Tatsache, dass bei der Versorgung im Krankenhaus in aller Regel ein Facharzt zumindest im Hintergrund ist und bei Bedarf innerhalb kurzer Zeit anwesend sein kann, ist ein erheblicher Qualitätsvorteil im Vergleich zum Notdienst der Niedergelassenen, wo man ggf. zwar durch einen Facharzt, aber nicht durch den richtigen Facharzt (Hautarzt bei internistischen Problemen, usw.) versorgt wird. Dennoch ist es für den Krankenhausbereich absolut sinnvoll ausgebildete Fachärzte für Notfallmedizin zu haben. Auch diese Forderung geht also in die richtige Richtung und muss gesetzlich umgesetzt werden.

Zur finanziellen Situation wird völlig richtig hervorgehoben, dass die bestehende leistungsabhängige Vergütung dem *»Wesen von Vorhalteleistungen«* nicht gerecht wird und dass die ambulanten Leistungen in den Krankenhäusern unterfinanziert sind.

- ▶ Auch dieser Feststellung ist zuzustimmen, ob allerdings die Vorschläge zur Finanzierung dem gerecht werden, muss kritisch gesehen werden. Näheres hierzu siehe unter *»Finanzierung«*.

Die Ziele

Die Kommission nennt **16 Ziele** ihrer Empfehlungen (S. 10-11):

- »1. *Das übergeordnete Ziel der Reform besteht darin, eine bedarfs- und zeitgerechte, qualitativ hochwertige und wirtschaftliche Notfallversorgung der Bevölkerung zu gewährleisten. Dabei müssen zudem regionale Besonderheiten berücksichtigt werden. Dies ist sektorenübergreifend, interdisziplinär und mit klaren Verantwortlichkeiten zu organisieren. Die zentralen Kriterien, welche diesem Ziel zugrunde liegen, sind*

Qualitätsvorgaben wie Struktur, Fallzahlen und Erreichbarkeit. Insbesondere in dünn besiedelten Gebieten sind Doppelstrukturen zu vermeiden, um eine Auslastung der Vorhaltung zu sichern.

2. Die Angebotsstrukturen der Notfallversorgung sind zu vereinheitlichen und ihre Planung ist nach den Bevölkerungskriterien abzustimmen.
3. Die Gesamtbevölkerung soll einen verbesserten Zugang zur Notfallversorgung erhalten, unabhängig von Gesundheitskompetenz, Alter, Geschlecht, Migrationshintergrund und Sozialstatus.«
 - ▶ Die Ziele sind sicherlich richtig. Wie das konkret geschehen soll, wird nicht ausgeführt. Lediglich in Bezug auf die Öffnungszeiten der INZ/KINZ (siehe unten) werden regionale Gremium (Ärzte, KV, Krankenhaus, Länder, kommunale Planungsbehörden) vorgeschlagen. Das ist entschieden zu wenig. Geplant werden müssten die Standorte, die Kapazitäten, die Anbindung, die Strukturen/Ausstattung/ personelle Besetzung usw. Dies sind eigentlich klare Zuständigkeiten einer Versorgungsplanung der Länder und der Versorgungsregionen. Die Forderung müsste also sein, eine gemeinsame intersektorale Planung der ambulanten und stationären Versorgung durch die Länder und die Versorgungsregionen einzuführen sowie den gesamten Sicherstellungsauftrag an diese Versorgungsregionen zu übertragen. Die KVen mit dem Sicherstellungsauftrag zu betrauen, ist genauso absurd, wie wenn die Krankenhausgesellschaften den Sicherstellungsauftrag für die stationäre Versorgung hätten. Hier werden Lobbyinteressen und die finanziellen Ansprüche der Niedergelassenen geschont und es wird ihnen Vorrang vor einer wirklich bedarfsgerechten Notfallversorgung eingeräumt. Gleichzeitig wird schon hier deutlich wie kompliziert in der gelebten Realität diese INZ/KINZ sein werden, wenn schon die Frage der Öffnungszeiten solcher ausufernder Gremien bedarf. (Näheres siehe Kritik der INZ/KINZ)
4. Eine Überlastung des Personals muss vermieden werden. Hierzu sind Personal-Patienten-Schlüssel einzuführen, für die eine Evidenzbasis zu schaffen ist. Die Schlüssel sollen in regelmäßigen Abständen evaluiert werden.
 - ▶ Dieser Forderung ist zuzustimmen, sie muss unmittelbar umgesetzt werden, wenn nicht der Personalmangel und die Abwanderung überhandnehmen sollen. Es fehlt die Festlegung, dass auch die Ambulanzkräfte aus den DRGs herausgenommen und ins Pflegebudget eingegliedert werden müssen.
5. Es gilt, in die Notfallversorgung der Bevölkerung alle klinisch tätigen Ärztinnen und Ärzte miteinzubeziehen. Das umfasst die Ärztinnen und Ärzte des KV-Bereichs und die im Krankenhaus tätigen.
6. Der 24/7-Sicherstellungsauftrag der KVen nach § 75 Abs. 1b SGB V für die ambulante Notfallversorgung bleibt bestehen. Er muss aber genauer definiert und verbindlicher eingefordert werden.
 - ▶ Freiberuflich tätige »Handwerker« und Kleinunternehmer in ein solches System einzubeziehen war schon immer schwierig. Der zunehmende Mangel an niedergelassenen Ärzten verschärft das Problem. Außerdem ist es vermutlich nicht erstrebenswert von einem niedergelassenen Urologen bei Herzbeschwerden versorgt zu werden.
 - ▶ Der umgekehrte Weg ist aus unserer Sicht vielversprechender: Die Krankenhäuser werden vollständig für die ambulante Versorgung geöffnet. Die Krankenhäuser und die Kommunen dürfen auch MVZs (besser ambulante Zentren) betreiben. MVZ von Niedergelassenen sind keine wirkliche Alternative, weil sie lediglich den Schritt vom Kleinunternehmer zum aufstrebenden Mittelständler oder sogar – noch schlimmer – zu großen ambulanten Gesundheitskonzernen in der Hand von Private Equity Fonds darstellen.
 - ▶ Was soll das bedeuten, dass der 24/7 Sicherstellungsauftrag »genauer definiert und verbindlicher eingefordert« werden soll? Diese Forderung wirkt doch relativ hilflos, angesichts der realen Situation und der bevorstehenden Entwicklung (zunehmender Mangel an niedergelassenen Ärzten). Auch hier

gibt es andere Lösungen: Der Sicherstellungsauftrag geht an die Länder und Versorgungsregionen (s.o.)

7. Zur Verbesserung der Versorgungsqualität der Hilfesuchenden gilt es, z.B. gezielt Zusatzqualifikationen und interprofessionelle Trainings zu fördern.
 - ▶ sinnvoll
8. Die Zuordnung von Hilfesuchenden zu den passenden Strukturen ist künftig stärker zu steuern, primär telefonisch oder telemedizinisch.
9. Hierfür empfiehlt die Regierungskommission den Aufbau integrierter Leitstellen (ILS).
 - ▶ Dies ist der erste Kernvorschlag der Kommission, der in Kapitel 3.1. der Stellungnahme näher ausgeführt wird. Die Kommentierung erfolgt dort.
10. An allen Krankenhäusern der erweiterten und der umfassenden Notfallversorgung (entsprechend Level II bzw. III gemäß dritter Empfehlung der Regierungskommission) sollen integrierte Notfallzentren (INZ) aufgebaut werden.
11. Damit die Notfallversorgung von Kindern und Jugendlichen flächendeckend sichergestellt werden kann, empfiehlt die Regierungskommission den Aufbau integrierter Notfallzentren für Kinder und Jugendliche (KINZ). (...)
12. Sollte in dünn besiedelten Gebieten eine regionale Notwendigkeit bestehen, sind INZ oder 24/7-MVZs mit telemedizinischer Anbindung an ein INZ auch an Notfallkrankenhäusern der Basisnotfallversorgung aufzubauen.
 - ▶ Dies ist der zweite Kernvorschlag der Kommission, der in Kapitel 3.2. der Stellungnahme näher ausgeführt wird. Die Kommentierung erfolgt dort.
13. Für die digitale Vernetzung aller beteiligten Institutionen mit Echtzeitübermittlung der medizinischen Daten bedarf es einer entsprechenden gesetzlichen Grundlage. Dafür empfiehlt die Regierungskommission, eine elektronische Behandlungsakte einzuführen. (...) Der Datenschutz ist hierbei in ein angemessenes Verhältnis zum Schutz von Gesundheit und Leben zu setzen.
 - ▶ Auch wenn uns bewusst ist, dass es hier datenschutzrechtliche Probleme gibt (gläserner Patient, wer hat alles Zugriff?) halten wir eine solche elektronische Patientenakte für notwendig.
14. Zudem sollen die Leistungs- und Qualitätsdaten der ambulanten und stationären Akut- und Notfallversorgung transparent dargelegt werden.
 - ▶ Grundsätzlich ist es sinnvoll die Leistungserbringung und ihre Qualität auszuweisen. Das Ziel muss aber sein, die Einrichtungen zu befähigen gute Qualität zu erbringen, anstatt sie für schlechte Qualität zu bestrafen, bzw. sie deswegen zu schließen. Genau das ist aber bisher ein wesentlicher Ansatzpunkt der Neoliberalen zum Bettenabbau und zu Krankenhausschließungen. Benchmarking und der systematische Vergleich von Äpfeln und Birnen ist die Methode, die hier angewandt wird. Um einer solchen Instrumentalisierung von Qualitätsvorgaben entgegenzuwirken, muss der Schwerpunkt bei der Planung auf Maßnahmen zur Verbesserung der Qualität (interne und externe Qualitätskontrollen, Peer-Reviews) gelegt werden und nicht auf das Ausscheiden von «Schlechtleistern». Ein solcher Missbrauch muss durch gesetzliche Regelungen verhindert werden.
15. Weiterhin empfiehlt die Regierungskommission den Aufbau eines verpflichtenden einheitlichen Terminbuchungssystems. Dieses soll verbindliche Terminbuchungen für die Zuweisung oder Weiterleitung von Hilfesuchenden in alle an der Notfallversorgung beteiligten Bereiche ermöglichen.
 - ▶ Da es in der Realität ein riesiges Problem ist solche Termine zeitnah zu erhalten, ist dies ein sinnvoller Vorschlag. Bei der momentanen Unterversorgung in der ambulanten Behandlung dürfte das Problem

aber sein, dass keine Termine buchbar sind, oder wieder nur mit langen Wartezeiten auf den Termin oder/und in der Praxis des niedergelassenen Arztes.

16. Die Notfallversorgung von Erwachsenen und Kindern ist unter Einbeziehung einer Vorhaltekompente bedarfsgerecht zu finanzieren.

- ▶ Was die Kommission unter »bedarfsgerecht« versteht, wird auf S. 21/22 der Stellungnahme ausgeführt. Die Kommentierung erfolgt unter »Finanzierung« (s.u.).

Integrierte Leitstellen (ILS)

Die Kommission beschreibt die ILS wie folgt:

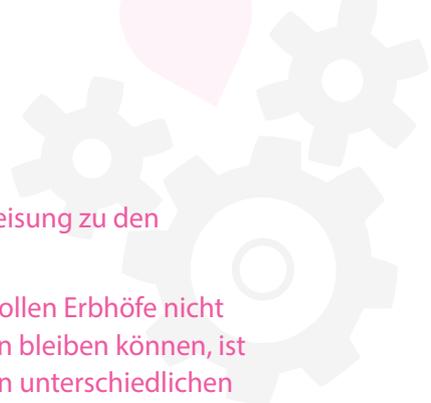
Es »sind flächendeckend integrierte Leitstellen (ILS) aufzubauen. Die beiden Notrufnummern 112 und 116117 sind zu erhalten, da sie in der Bevölkerung gut bekannt sind (112 besser als 116117) und da bereits bislang ein großer Teil der Anrufenden sich selbst richtig einem hochgradig dringlichen (112) oder weniger dringlichen (116117) Hilfebedarf zuordnet. »Integriert« bedeutet, dass Anrufe bei beiden Nummern entweder in der gleichen Leitstelle einlaufen (digital gesteuert könnten die beiden Nummern mit unterschiedlicher Priorität bedient werden) oder dass getrennte Leitstellen (112 und 116117) durch feste Strukturen miteinander verbunden sind, (...)

Eine unmittelbare Erreichbarkeit beider Notfallnummern rund um die Uhr muss sichergestellt sein. Für Anrufe bei 112 bedeutet dies sofort, für Anrufe bei 116117 maximal drei Minuten für > 75 % aller Anrufe und maximal zehn Minuten für > 95 % aller Anrufe. (...)

Mit standardisierten, wissenschaftlich validierten, softwaregestützten und qualitätsgesicherten Ersteinschätzungsinstrumenten sind in den Leitstellen durch medizinisch qualifizierte Fachkräfte Dringlichkeit und unmittelbarer Handlungsbedarf transparent zu ermitteln.« (S. 12)

Das Leistungsangebot dieser ILS soll umfassend sein:

- telemedizinische Beratung durch Allgemeinärzte und Kinderärzte (evtl. weitere Fächer) rund um die Uhr
 - Verordnung von Notfallmedikamenten, kombiniert mit einem Botendienst für Arzneimittel
 - Verweis auf eine Vorstellung in einer regulären KV-Praxis, KV-Notdienstpraxis, INZ/Notaufnahme
 - Entsendung eines aufsuchenden Dienstes, insbesondere für immobile Patientinnen und Patienten, vulnerable Gruppen und zeitkritische Notfälle (KV-Bereitschaftsdienst)
 - pflegerische Notfallversorgung, Krankentransport, Notfallrettung/Notarzt/-ärztin
 - Dolmetscherdienste
- ▶ Zur Vorgeschichte: Seit 2020 hat der GBA den gesetzlichen Auftrag (SGB 5, § 120) bis Mitte 2022 ein solches Ersteinschätzungsverfahren und seine Bedingungen zu entwickeln. Da das wegen Widersprüchen im GBA nicht gelang wurde die Frist auf Mitte 2023 verlängert. Seither gibt es von allen beteiligten Interessengruppen eine Vielzahl von Gutachten zu diesem Thema und auch zu den Integrierten Notfallzentren (s.u.) Streitpunkte sind: Eine oder zwei Telefonnummern, ein oder zwei Zentren und die Anforderungen an die Zentren. Der Auftrag an die Kommission soll offensichtlich die Patt-Situation im GBA auflösen.
 - ▶ Der Begriff »integriert« ist irreführend. Im Kern kann nach den Vorstellungen der Kommission alles bleiben, wie es ist. Lediglich die Telefonleitungen sollen über »feste Strukturen« die Zentren verbinden. Man kann die Zentren zwar zusammenlegen, das wird aber nicht verbindlich vorgeben. Auch die Beibehaltung zweier Nummern ist halbherzig. Genau das (ein Zentrum, eine Nummer) wäre aber



notwendig, wenn sich die Versorgung verbessern soll und das System der Zuweisung zu den geeigneten Notfallstrukturen effizienter gestaltet werden soll.

- ▶ Was der Vorteil der Doppelvorhaltung sein soll, bleibt im Dunkeln. Vermutlich sollen Erbhöfe nicht angetastet werden. Wenn die Rettungsleitstellen und die KV-Leitstellen erhalten bleiben können, ist das gerade keine integrierte Versorgung. Es besteht auch die Gefahr, dass in den unterschiedlichen Zentren unterschiedliche Prioritäten der Zuweisung angewendet werden.
- ▶ In der Realität sind die Leitstellen der KV völlig überlastet und funktionieren nicht. Es gibt zum Teil stundelange Wartezeiten in der Telefonschleife. Was der Effekt von unterschiedlichen Vorgaben für die Wartezeiten sein soll, erschließt sich ebenfalls nicht. Die (verständliche) Reaktion von Patienten wird sein, dass sie die »schnellere« Nummer anrufen. Sie erreichen dann aber nicht ein gut organisiertes »integriertes« Zentrum, sondern ein völlig überlastetes der alten Art.
- ▶ Ob der eigenständige KV-Bereitschaftsdienst weiterhin sinnvoll ist, lässt sich mit Fug und Recht in Frage stellen, insbesondere weil er praktisch zunehmend weniger funktioniert und er auch eine unnötige Doppelung darstellt. Hierzu näher bei den Integrierten Notfallzentren.
- ▶ Voraussetzung für ein gutes Funktionieren eines solchen einheitlichen Zentrums ist eine gute personelle Ausstattung, damit das von der Kommission vorgeschlagene Leistungsangebot auch tatsächlich sinnvoll eingesetzt werden kann.
- ▶ Ein weiterer Punkt erscheint uns wichtig: Die Unterstützung von geeigneter Software bei der Entscheidungsfindung ist sinnvoll. Solche Software-Lösungen und Algorithmen bergen aber die Gefahr, dass man sich (schon aus Absicherungsgründen) zu sehr auf ihre »Vorschläge« einlässt. Die Software darf aber nicht an die Stelle der persönlichen, fachlichen Einschätzung treten. Im Zweifelsfall ist immer die sichere Zuweisungsvariante zu wählen. Auch die Einbindung von Ärzten/Fachärzten bei solchen Entscheidungen ist klar zu regeln.
- ▶ **Zusammenfassend sind wir der Meinung, dass es flächendeckend (Aufgabe der Landesplanung) personell und technisch gut ausgestattete einheitliche ILS mit einer Telefonnummer geben muss.**

Integrierte Notfallzentren (INZ/KINZ)

Die Kommission schreibt:

»Integrierte Notfallzentren (INZ) sind in allen Krankenhäusern der erweiterten Notfallversorgung (Stufe 2; gut 260 Krankenhäuser in Deutschland) und umfassenden Notfallversorgung (Stufe 3; gut 160) aufzubauen. Wo regional erforderlich, wird ein integriertes Notfallzentrum auch an Krankenhäusern der Basisnotfallversorgung (...) eingerichtet, alternativ ein 24/7-MVZ mit telemedizinischer Anbindung an ein INZ.

Ein INZ besteht aus der Notaufnahme des Krankenhauses, einer KV-Notdienstpraxis im oder direkt am Krankenhaus und einer zentralen Ersteinschätzungsstelle (»Tresen«). Der Notaufnahme des Krankenhauses stehen bei Bedarf alle diagnostischen Möglichkeiten des Krankenhauses im Rahmen der Notfallversorgung zur Verfügung.

In Pädiatrien sollen entsprechende INZ für Kinder und Jugendliche (KINZ) eingerichtet werden, wenn sie die Voraussetzungen des Moduls Notfallversorgung des GBA erfüllen und die Krankenhäuser mindestens zur Basisnotfallversorgung zugelassen sind. Das sind ca. 290 Standorte.

»Die KV-Notdienstpraxen in den INZ sind in Krankenhäusern der Notfallstufe 2 mindestens wie folgt zu öffnen: mo. bis fr. 14 bis 22 Uhr; sa., so., feiertags 9 bis 21 Uhr. In den Krankenhäusern der Notfallstufe 3

sind die KV-Notdienstpraxen in der Regel 24/7 zu betreiben. Für die verbindliche Planung der Öffnungszeiten an INZ und KINZ ist ein regionales Gremium einzurichten, an dem neben Vertreterinnen und Vertretern der beteiligten Ärzte und Ärztinnen, der KV und des Krankenhauses auch Vertreterinnen und Vertreter der Länder oder der kommunalen Planungsbehörden beteiligt sind.» (S. 16)

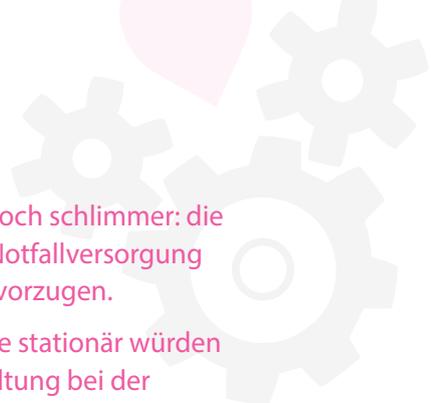
Für die Einrichtung der KV-Notdienstpraxen soll es eine »Investitionskostenunterstützung« geben.

»Über die Leitung der integrierten Notfallzentren führen zuständige KV und Krankenhaus eine Einigung herbei. Kommt keine Einigung zustande, leitet das Krankenhaus das INZ. Die INZ-Leitung entscheidet, durch wen die Ersteinschätzung durchgeführt wird und wer über die weitere Versorgung der Hilfesuchenden entscheidet, einschließlich der Zuweisung in die KV-Notdienstpraxis oder in die Notaufnahme. Diese Ersteinschätzung muss durch qualifiziertes Personal und unter Verwendung eines standardisierten Algorithmus/Ersteinschätzungsinstruments durchgeführt werden. Da derzeit kein Ersteinschätzungsinstrument für die Zuordnung von Patienten und Patientinnen in die beiden Bereiche validiert ist, wird – bis ein derartiges validiertes Instrument vorliegt – die Entscheidung durch das qualifizierte Personal und soweit erforderlich unter Hinzuziehung eines Arztes/einer Ärztin nach medizinischen Kriterien getroffen.« (S. 17)

Es soll Qualitätsmindeststandards (z.B. Facharztstandard, Mindestpersonalausstattung für Pflegeberufe) und ein Qualitätsmonitoring sowie telemedizinische 24/7Angebote für die kollegiale Beratung durch INZ von Krankenhäusern der Notfallstufe 3 geben.

Zur Mindestpersonalausstattung wird allerdings einschränkend ausgeführt: »Zugleich dürfen starre Personal-Patienten-Schlüssel nicht die Versorgung der Bevölkerung gefährden, etwa wenn diese aufgrund eines starken Anfalls von Notfallpatienten oder aufgrund von Fachkräftemangel nicht eingehalten werden können.« (S. 18)

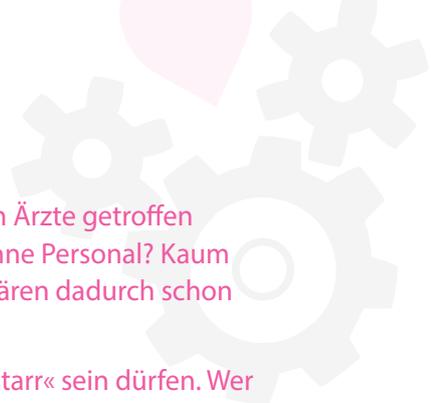
- ▶ Zur Vorgeschichte: Seit 2016 gibt es im SGB 5 (§ 75) die Soll-Vorschrift: »Die Kassenärztlichen Vereinigungen sollen den Notdienst auch durch Kooperation und eine organisatorische Verknüpfung mit zugelassenen Krankenhäusern sicherstellen; hierzu sollen sie entweder Notdienstpraxen in oder an Krankenhäusern einrichten oder Notfallambulanzen der Krankenhäuser unmittelbar in den Notdienst einbinden« Diese Vorgaben wurden nur zu einem kleinen Teil umgesetzt. 2018 erfolgte ein erneuter Vorstoß des BMG solche Strukturen einzuführen (Eckpunktepapier) und 2020 gab es sogar den Referentenentwurf für ein »Gesetz zur Reform der Notfallversorgung«. Auch diese Vorstöße scheiterten am Widerstand der Kassen/Krankenversicherungen und der Länder. Hauptstreitpunkte waren: Wer leitet die INZ, wer hat das Sagen am »Tresen«, wie ist die Finanzierung. Auch hier soll der Kommissionsvorschlag die bestehenden Widersprüche »einhegen«.
- ▶ Auch dieser Kommissionsvorschlag ist keine »Revolution«. Er belässt im Wesentlichen die doppelten Strukturen und vor allem die sektorale Trennung. Zusätzlich holt er niedergelassene Ärzte als integraler Bestandteil in die Räume des Krankenhauses, anstatt die Krankenhäuser für die ambulante Versorgung zu öffnen.
- ▶ Dabei ist natürlich von entscheidender Bedeutung wer am »Tresen« den Hut auf hat, wer also entscheidet, ob der Patient im niedergelassenen Sektor bleibt, oder in die Notfallambulanz des Krankenhauses kommt. Zumindest schlägt die Kommission vor, dass bei Nichteinigung das Klinikum entscheidet, wer die Leitung hat. Hiergegen werden die KVen im Gesetzgebungsverfahren (vermutlich erfolgreich) Sturm laufen.
- ▶ Problematischer als diese Frage ist aber: Wer glaubt hier spielen wirtschaftliche Interessen keine Rolle, irrt gewaltig. Die beste Versorgung für den Patienten spielt dabei – wie immer bei finanziellen Anreizsystemen – eine untergeordnete Rolle – zumindest in allen Grenzfällen und Grauzonen. Das gilt natürlich auch für die Krankenhausseite. Dies ist aber kein Gegenargument gegen die Forderung, die Notfallversorgung durch die Notfallambulanzen der Krankenhäuser durchzuführen. Es ist ein



Gegenargument gegen die DRGs und andere finanzielle Steuerungssysteme. Noch schlimmer: die DRGs führen dazu, dass manche Krankenhäuser überhaupt nicht mehr an der Notfallversorgung (zumindest nicht an schweren Fällen) interessiert sind und elektive Eingriffe bevorzugen.

- ▶ Gäbe es die Selbstkostendeckung und alle notwendigen Kosten – ambulant wie stationär würden korrekt vergütet, spräche überhaupt nichts mehr für die gesamte Doppelvorhaltung bei der Notfallversorgung.²
- ▶ Überhaupt ist auch hier wieder der bürokratische und logistische Aufwand durch solche Doppelvorhaltungen beträchtlich. Da braucht es regionale Gremien zur Klärung der Öffnungszeiten, Koordinationsgremien innerhalb des Krankenhauses, detaillierte Dokumentationsanforderungen, Abrechnungsaufwand zwischen den KVen und den Krankenhäusern usw.
- ▶ Dass die KV-Praxen in den Krankenhäusern nur einen Teil des Tages und der Woche geöffnet sein sollen, grenzt ans Absurde. Wir fragen uns: Wenn die Notfallambulanz des Krankenhauses nachts und am Wochenende die Arbeit übernehmen soll, warum dann nicht auch tags? Grundsätzliche Erwägungen können da ja wohl nicht ursächlich sein. Bei all dem ist natürlich zwingend notwendig, die Krankenhausambulanzen sowohl räumlich, technisch, und vor allem personell deutlich aufzurüsten.
- ▶ INZs sollen nur in ca. 420 Häusern eingerichtet werden. Die Häuser der Basisnotfallversorgung (außer in Einzelfällen) wären außen vor. Das korreliert mit den »dritten Vorschlägen« der Kommission zur »grundlegenden Reform der Krankenhausvergütung. Auch danach soll ein großer Teil der Level I Krankenhäuser überflüssig gemacht werden, bzw. abgewertet werden, weil sie die Anforderungen von Level II Krankenhäusern nicht erfüllen. Prof. Augurzki hat im Auftrag der Kassenärztlichen Vereinigung 2018 berechnet, dass zwischen 337 (Modell »grüne Wiese« und 736 (Modell »reale Standorte«) Häuser reichen würden. Die Kommission bleibt noch unter den »realen« Zahlen.
- ▶ In welche Richtung der Vorschlag zielt, wird auch dadurch deutlich, dass alternativ vorgeschlagen wird, statt eines Basisversorgungs-Krankenhauses ein MVZ-INZ zu betreiben. Auch das ist eine Form Ausgliederung und Privatisierung und ein weiterer Schritt zu Schließungen.
- ▶ Letztlich ist der Vorschlag die Krankenhäuser, die bisher die Basisnotfallversorgung gemacht haben, nicht mit INZ auszustatten, ein Frontalangriff auf diese kleineren Häuser. Werden die Leitzentralen diese Häuser überhaupt noch empfehlen (dürfen)? Werden sie vergütet, wenn sie behandeln. Was rechtfertigt ihre Existenz, wenn sie offensichtlich zurückgestuft werden? Wie wirkt sich das auf die insgesamt Attraktivität für Patienten aus? Steht am Ende ein Notfallbehandlungsverbot für Häuser ohne INZ? Geht man nach der Begründung des Vorschlags (Verbesserung der Versorgung durch ILZ und INZ), müsste dies so sein.
- ▶ Ein weiterer Aspekt kommt hinzu: Wenn ein großer Teil der bisherigen Notfallversorgung wegfällt, müssten ja logischerweise die Kapazitäten (ambulant wie stationär) der anderen Krankenhäuser deutlich ausgebaut werden. Hiervon steht nichts im Kommissionvorschlag. Vermutlich kommt auch hier die »vorgegebene Ambulantisierungsquote« (siehe 3. Gutachten) zum Einsatz. Eine Verbesserung der Notfallversorgung könnte aber auch das (eigentlich gewünschte) Ergebnis haben, dass mehr Patienten lebend das Krankenhaus erreichen und dort behandelt werden können.
- ▶ Bedenklich stimmt die Aussage, dass Ärzte und qualifiziertes Personal nur so lange die Entscheidung über die Zuweisung zum KV-Bereich oder zum Krankenhaus treffen sollen, bis eine validierte Software

2 Selbstkostendeckung ist kein Selbstbedienungsladen. Es werden die notwendigen Kosten ersetzt, um eine gute Versorgung zu gewährleisten. Gewinne und Verluste sind nicht möglich. Die Wirtschaftlichkeit wird dadurch gewährleistet, dass es Vorgaben für das notwendige Personal gibt (in Anlehnung an die PPR 2.0), die notwendige Ausstattung gibt und dass die Krankenkassen das Recht haben die Wirtschaftlichkeit zu prüfen. Näheres siehe Factsheet Kostendeckung 2.0 von Krankenhaus statt Fabrik unter <https://www.krankenhaus-statt-fabrik.de/53215>



vorhanden ist.³ Problematisch ist schon, dass diese Entscheidungen nicht durch Ärzte getroffen werden sollen. Aber Entscheidungen über die Zuweisung durch Computer – ohne Personal? Kaum vorstellbar, dass das wirklich ernst gemeint ist. Aber maximale Einsparungen wären dadurch schon erreichbar ...

- ▶ Ebenfalls abzulehnen ist, dass die Vorgaben zur Personalbemessung nicht zu »starr« sein dürfen. Wer einmal in einer Notfallambulanz gearbeitet hat, weiß, dass dort faktisch immer Land unter ist. Verbesserung der Arbeits- und Vergütungsbedingungen und volle Refinanzierung der Kosten durch die Kassen sind das Mittel, um die Ambulanzen arbeitsfähig zu halten und nicht Ausnahmeregelungen von der Personalbesetzung. Das macht alles noch schlimmer, insbesondere auch für die Patienten.
- ▶ **Letztlich handelt sich bei dem vorgeschlagenen INZ-Modell um einen faulen Kompromiss zwischen den KVen und der Krankenseite und gerade nicht um eine Überwindung der Sektorengrenzen. Für die Patienten besteht die große Gefahr, dass sich die Versorgung nicht verbessert, sondern dass sie weiterhin zwischen dem KV-Bereich und den Krankenhäusern hin und her geschoben werden, zweimal warten müssen und am Ende Über- oder Unterversorgung steht – jedenfalls nicht eine sachgerechte Versorgung ohne finanzielle Überlegungen.**

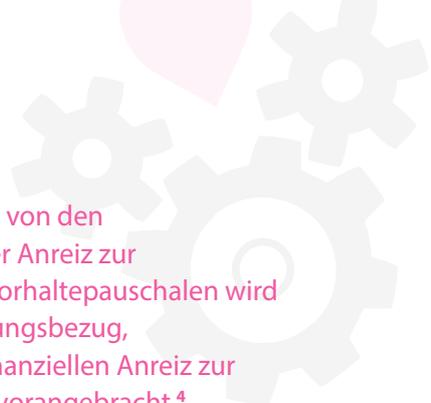
Finanzierung

Hier werden 2 Varianten vorgestellt:

»Nach Variante 1 werden KV-Praxen und Notaufnahmen innerhalb der jeweils bestehenden Systeme vergütet. Die Vergütung der KV-Notdienstpraxen ist somit als Teil des Sicherstellungsauftrags aus den KV-Mitteln zu realisieren. Die Vergütung des beteiligten Personals regelt die zuständige KV. Aufgrund der schlecht vorhersagbaren Zahl der zu behandelnden Personen erscheint es sinnvoll, dass die KVen mit den Ärztinnen und Ärzten eine Vorhaltepauschale und eine leistungsbezogene Vergütung vereinbaren. Die Vergütung der Notaufnahmen setzt sich in Übereinstimmung mit den Empfehlungen der Regierungskommission zu einer grundlegenden Reform der Krankenhausvergütung zukünftig aus einer 60-prozentigen Vorhaltepauschale und einer fallbezogenen Pauschale zusammen.« (S. 20)

- ▶ Für den niedergelassenen Bereich bleibt grundsätzlich alles beim Alten. Ob es auch hier eine Vorhaltepauschale gibt, regelt die KV im Innenverhältnis. Wie die angesprochene Vorhaltepauschale aussehen soll und wie sie sich berechnet, wird nicht ausgeführt. Grundsätzlich gilt: auch bei Pauschalen sind Gewinne und Verluste möglich, es lohnt sich also z.B. die Kosten so weit wie möglich zu reduzieren – auch und gerade auf Kosten des Personals. Im niedergelassenen Bereich gilt bisher schon die Einzelleistungsvergütung mit Budgetdeckelung. Auch das ist eine Form der finanziellen Steuerung mit ihren negativen Anreizen. So ist sowohl Personalkostendumping als grundsätzlich auch die Ausweitung der Leistungen sinnvoll – zumindest bis die Budgetgrenze erreicht ist und soweit sich das in der Notfallversorgung machen lässt. Patienten werden so tendenziell unnötig behandelt bzw. ihnen werden unnötige Leistungen aufgebürdet. Erreicht man die Budgetgrenzen besteht ein Anreiz Behandlungen zu verschieben und damit Patienten zu gefährden.
- ▶ Die Regelung für die Vergütung der Krankenhäuser ist zunächst und zuallererst eine Ausdehnung des Fallpauschalensystems mit all ihren negativen Folgen auf Bereiche, in denen es Fallpauschalen bisher nicht gab. Das mutet sonderbar an, für eine »Revolution«, die das DRG-System überwinden soll. Dass

3 Wie problematisch die Einführung solcher Algorithmen ist, zeigt die Tatsache, dass der Marburger Bund aus dem gemeinsamen Projekt mit der KV zur »strukturierten medizinischen Ersteinschätzung« (SmED) ausgestiegen ist, weil die vorgesehene Software weder geeignet noch evaluiert sei und weil vorgesehen sei, ohne Arztkontakt Entscheidungen über die Zuweisung zu bestimmten Versorgungsstrukturen zu treffen.



es zusätzlich Vorhaltepauschalen geben soll, macht die Sache nicht besser, weil von den Fallpauschalen – egal welches Finanzvolumen darüber verteilt wird – immer der Anreiz zur Mengenausdehnung und zum Kostendumping ausgeht. Zur Berechnung der Vorhaltepauschalen wird nichts ausgeführt. Zu vermuten ist, dass es nach denselben Kriterien (Bevölkerungsbezug, Qualitätsbezug, Mengenbezug) erfolgen soll. Damit hätte man wieder einen finanziellen Anreiz zur Mengenausdehnung und auch pay for Performance wäre wieder einen Schritt vorangebracht.⁴

- ▶ Die Rede ist von einer »60-prozentigen Vorhaltepauschale«. In der dritten Stellungnahme der Kommission hieß es noch 40% Vorhaltepauschale plus »Pflegebudget«. Das »Pflegebudget« wird also gleich integriert, obwohl es ganz andere Wirkungsmechanismen hat: Es ist kein Budget und keine Vorhaltepauschale, sondern Selbstkostendeckung für die Kosten der Pflege ohne Gewinn- und Verlustmöglichkeit. Ob die Ambulanzpflegekräfte dann wenigstens in das »Pflegebudget« aufgenommen werden sollen (was in jedem Fall sinnvoll wäre), ist unklar.

»Nach Variante 2 werden im Rahmen einer grundlegenden Reform des Vergütungssystems sowohl KV-Praxen als auch Notaufnahmen aus einem gemeinsamen Finanzierungstopf nach einheitlichen Kriterien vergütet. Der Finanzierungstopf speist sich sowohl aus Geldern, die bislang den KVen zur Verfügung stehen, als auch aus Geldern, die bislang den Krankenhäusern zur Vergütung stehen. Es gilt das Prinzip »Gleiches Geld für gleiche Leistung«, wobei hierbei zu berücksichtigen ist, dass sich Schwere und Komplexität der zu behandelnden Notfälle aufgrund der besseren Steuerung der Patientinnen und Patienten zwischen KV-Praxen und Notaufnahmen unterscheiden und dass Praxen und Krankenhäuser unterschiedliche Vorhalteleistungen erbringen.« (S.20)

- ▶ Zunächst ist festzuhalten, dass es – in beiden Varianten – nicht mehr Geld geben soll, obwohl die Kommission ja selbst festgestellt hat, dass die Ambulanzen der Krankenhäuser massiv unterfinanziert sind. Bei der Finanzierung aus einem gemeinsamen Topf könnte es bestenfalls also zu Umverteilungen kommen, was die konsequente Beteiligung an der (eh schon ungeliebten) Notfallversorgung für die Niedergelassenen nicht attraktiver machen würde. Man muss kein Prophet sein, um vorherzusagen, welche Lobbystürme das auslösen würde und wie die Regierung und insbesondere die FDP darauf reagieren würden. In Variante 2 wird zwar etwas zur Herkunft der Gelder, aber nichts zur Verteilung gesagt. Es ist zu vermuten, dass die Verteilung genauso erfolgen soll, wie bei Variante 1.

Zusätzlich wird vorgeschlagen, dass Ausgleichszahlungen für die KV fällig werden, wenn KV-Ärzte nicht zum Dienst antreten bzw. Patienten nicht versorgt werden. Umgekehrt müssen Krankenhäuser an die KV zahlen, wenn die Facharztreichbarkeit nicht gewährleistet ist, bzw. die Ambulanz abgemeldet wird.

- ▶ Einmal abgesehen davon, dass das Abmelden eines Krankenhauses in der Regel völlig andere Gründe hat als das Nichterscheinen eines Niedergelassenen, scheinen uns weiter Bestrafungsregelungen nicht zielführend, weil Zwangssysteme in aller Regel zu Umgehungsmechanismen führen und nicht zur besseren Versorgung.
- ▶ Bemerkenswert erscheint uns auch, dass alle diese Verrenkungen, die gemacht werden, um finanzielle Steuerung und die Beteiligung der KVen aufrecht zu erhalten eine weitere ungeheure Bürokratiwelle auslösen werden, die wiederum von den Beschäftigten zu bewältigen ist und in aller Regel von den Behandlungszeiten abgeht.

⁴ Näheres zu unserer Kritik der Vorhaltepauschalen siehe Krankenhaus statt Fabrik: Bewertung der Vorschläge der Regierungskommission »Grundlegende Reform der Krankenhausvergütung«

Quintessenz

Insgesamt weist die Stellungnahme viele richtige Ansätze im Detail auf. Bei den großen Fragen (Sektorentrennung, ambulante Versorgung durch Krankenhäuser, Sicherstellungsauftrag für die KV, ILS INZ, Finanzierung) bleibt sie jedoch erschreckend zahnlos bzw. verfestigt bestehende schlechte Strukturen und Finanzierungsformen. Eine Revolution ist das nicht. Eine wirkliche Verbesserung der Versorgung ist so nicht zu erwarten. Es wäre alles deutlich einfacher, wenn man wirklich eine echte Reform der Notfallversorgung und ihrer Finanzierung anstreben würde. Kernelemente wären:

- Die Rückführung des Sicherstellungsauftrags für die KVen an die Länder und Versorgungsregionen
- Die einheitliche Planung der ambulanten und stationären Versorgung in den Versorgungsregionen unter demokratischer Beteiligung aller Betroffenen
- Die Öffnung der Krankenhäuser für die ambulante Versorgung
- Eine einheitliche Rettungsleitstelle für alle Notfälle unter einer einheitlichen Telefonnummer, die die sachgerechte Verteilung der Patienten gewährleistet
- Eine einheitliche Notfallversorgung aller Notfallpatienten durch die Ambulanzen der Krankenhäuser bzw. durch ambulante Notfallzentren der Krankenhäuser
- Die Einführung einer kostendeckenden Finanzierung aller notwendigen Kosten (Selbstkostendeckung/Kostendeckung 2.0) der ambulanten Notfallversorgung und der Rettungsleitstellen
- Sachgerechte Personalschlüssel für alle an der Notfallversorgung beteiligten Berufsgruppen

Bündnis Krankenhaus statt Fabrik

V.i.S.d.P. Dr. Nadja Rakowitz

Mobil: 0172 – 185 8023

www.krankenhaus-statt-fabrik.de

Twitter: @KHstattFabrik

KRANKEN HAUS
STATT **FABRIK**
bedarfsgerecht · gemeinwohlorientiert