STATIONÄR 01.06.2017

Positionspapier zu Regelungen eines gestuften Systems von Notfallstrukturen in Krankenhäusern gemäß § 136c Absatz 4 SGB V



Durch das Krankenhausstrukturgesetz (KHSG) wurde in Absatz 4 des § 136c SGB V festgelegt, dass der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) bis zum 31.12.2016 ein gestuftes System von Notfallstrukturen in Krankenhäusern beschließt, einschließlich einer Stufe für die Nichtteilnahme an der Notfallversorgung.

Hierbei sollen für jede Stufe insbesondere Mindestvorgaben zur Art und Anzahl von Fachabteilungen, zur Anzahl und Qualifikation des vorzuhaltenden Fachpersonals sowie zum zeitlichen Umfang der Bereitstellung von Notfallleistungen differenziert festgelegt werden.

Vor diesem Hintergrund hat das Bundesministerium für Gesundheit (BMG) durch eine im Rahmen des „Gesetzes zur Weiterentwicklung der Versorgung und der Vergütung für psychiatrische und psychosomatische Leistungen“ erfolgte Änderung des § 136c Absatz 4 SGB V die Frist zur Vorlage des Stufenkonzeptes durch den G-BA um ein Jahr bis zum 31.12.2017 verlängert und den G-BA gleichzeitig zur Erarbeitung einer Folgenabschätzung dieses Konzeptes und zur Berücksichtigung der darin ausgewiesenen Ergebnisse verpflichtet.

Der G-BA hat am 19.10.2016 einen Beschlussvorschlag zu der Erstfassung der Regelungen der Notfallstrukturen in Krankenhäusern vorgelegt. In diesem Beschlussvorschlag sind im Wesentlichen die zu dieser Thematik vorliegenden Positionierungen des GKV-Spitzenverbandes (GKV-SV) und der Deutsche Krankenhausgesellschaft e.V. (DKG) synoptisch gegenübergestellt worden. Hierzu haben dann die betroffenen Fachgesellschaften und Verbände fristgerecht gegenüber dem G-BA Stellungnahmen abgegeben.

Das Konzept geht von drei Stufen aus:

Stufe 1 = Basisnotfallversorgung,

Stufe 2 = erweiterte Notfallversorgung und

Stufe 3 = umfassende Notfallversorgung.

Krankenhäuser, die keiner dieser Stufen zuzuordnen sind und auch nicht eine „spezielle Notfallversorgung“ vorhalten, nehmen nicht an der Notfallversorgung im entgeltrechtlichen Sinne teil.

Erwartungsgemäß fallen die Positionierungen des GKV-SV und der DKG hierzu entsprechend der jeweiligen Interessenlage unterschiedlich aus: Der GKV-Spitzenverband plädiert für sehr hohe personelle und medizinisch-technische Voraussetzungen in dem vorgesehenen dreistufigen Konzept, die nach Auffassung der DKG hunderten von Krankenhäusern die Notfallversorgungseigenschaft absprechen würden.

Positionierung zur Neuordnung der Notfallstrukturen in Krankenhäusern

Grundsätzliche Anmerkungen

- Die Verbände halten eine Reform der bestehenden stationären Notfallstrukturen in organisatorischer und finanzieller Hinsicht für notwendig. Sie unterstützen deshalb grundsätzlich die vom Gesetzgeber durch die Neuregelung des § 136c Absatz 4 SGB V vorgesehene Schaffung eines nach personellen und medizinisch-technischen Anforderungskriterien gestuften Systems von Notfallstrukturen in Krankenhäusern.

- Allerdings ist nach Auffassung der Verbände die Beschränkung der angedachten Reform der Notfallversorgung auf den stationären Bereich zu kurz gegriffen: Die Strukturierung der Notfallversorgung muss insgesamt neu gestaltet werden vor dem Hintergrund festzustellender Mehrbelastungen der Krankenhausambulanzen.
- Bei der Erarbeitung dieses Stufensystems sind nach Auffassung der vorgenannten Verbände nachfolgende Punkte unabdingbar zu beachten:

    1. Das zu findende sektorübergreifende gestufte System von Notfallstrukturen muss sich am Patientennutzen orientieren und darf nicht als Hilfsinstrument der Bedarfsplanung zur Flurbereinigung der Versorgungslandschaft missbraucht werden. Der G-BA darf nicht direkt oder indirekt in die Planungskompetenz der Bundesländer eingreifen.
    2. Das zu findende Stufensystem muss gewährleisten, dass jeder Notfallpatient in einer der medizinischen Notwendigkeit angemessenen Zeitspanne die für ihn sachgerechte und umfassende stationäre Notfallversorgung erhält.
    3. Die Anforderungskriterien für die einzelnen Versorgungsstufen müssen realistisch, realisierbar und mit geltendem Recht kompatibel sein. Die Finanzierbarkeit muss gesichert sein.
    4. Die für die Teilnahme der Krankenhäuser an der Notfallversorgung vorgesehenen Zuschläge dürfen nicht zu Kürzungen der finanziellen Mittel für die „normale“ Patientenversorgung der Krankenhäuser führen.
    5. Nichtteilnahmeberechtigten Krankenhäusern muss bei zukünftiger Inanspruchnahme durch Notfälle ein Entgelt ohne Zuschläge zustehen.

Ausgewählte Einzelaspekte

Ergänzend zu den aufgeführten grundsätzlichen Anmerkungen der Verbände zu einem abgestuften Notfallversorgungssystem bedarf es noch weiterer Anmerkungen zu zwei im Beschlussentwurf des G-BA aufgeführten Punkten:

Gemäß § 6 des Beschlussvorschlags gehört zu den allgemeinen Anforderungen an alle Stufen des Systems von Notfallstrukturen eine **Zentrale Notaufnahme (ZNA)**, in der die Notfallversorgung der Notfallpatienten stattfindet. Diese ZNA soll laut GKV-SV-Entwurf eine räumlich abgetrennte, fachübergreifende Einheit mit fachlich unabhängiger Leitung sein.

Aus Sicht der Verbände kann die Einrichtung einer solchen ZNA je nach Krankenhausstruktur im Einzelfall hilfreich sein, muss aber keine zwingende Voraussetzung für eine hochwertige Notfallversorgung sein. Wie auch von den betroffenen Fachgesellschaften festgestellt, kann es z. B. im Falle von Schlaganfällen oder Herzinfarkten durch eine ZNA zu Verzögerungen bei der raschen definitiven Versorgung kommen, was in diesem Bereich zur Entwicklung des Konzeptes der Stroke Units und der Chest Pain Units (CPU) führte. Dies hat nachweislich deutlich bessere Ergebnisse gezeitigt. Gleiches gilt für die zügige Versorgung Unfallverletzter und anderer eindeutig fachspezifischer Notfälle.
Somit sollte jeder Klinik die Entscheidung überlassen werden, ob bei den gegebenen Strukturen die Einrichtung einer ZNA sinnvoll ist. Die strukturelle und organisatorische Gestaltung muss dem jeweiligen Krankenhausträger überlassen bleiben.
Sollte eine zwingende Vorgabe zur Einrichtung einer Zentralen Notaufnahme in das letztlich vom Bundesgesundheitsministerium zu genehmigende Konzept aufgenommen werden, muss der Bund die dafür nötigen Investitionsmittel bereitstellen. Hier muss das Konnexitätsprinzip gelten: „Wer bestellt, muss auch bezahlen“. Bereits für ein Krankenhaus der Regelversorgung muss hier von einem etwa zweistelligen Millionenbetrag pro Krankenhaus ausgegangen werden.
Gemäß § 9 Ziffer 3 des G-BA-Beschlussentwurfs soll zu den Anforderungen des vorzuhaltenden Fachpersonals in der Basisnotfallversorgung u. a. auch jeweils ein **Facharzt** im Bereich Innere Medizin, Chirurgie und Anästhesie, der **innerhalb von maximal 30 Minuten** am Patienten verfügbar sein muss, gehören.
Diese im Entwurf vorgesehenen Anforderungen des G-BA, die für alle drei Versorgungsstufen gelten sollen, gingen erneut an der Versorgungsrealität vorbei. Bereits bei der Qualitätssicherungsrichtlinie des G-BA für Früh- und Reifgeborene aus dem Jahre 2013 wurde für die Eins-zu-Eins-Besetzung der Pflege in Perinatalzentren Level I der Fehler gemacht, eine Strukturqualität zu definieren, die aufgrund des Fehlens neonatologisch Intensivpflegender auf dem Arbeitsmarkt in über 90 Prozent der Perinatalzentren nicht umsetzbar war und 2016 somit zu einer Verlängerung der Übergangsphase geführt hat. Jetzt wird für die Vorhaltung des ärztlichen Fachpersonals in der Notfallversorgung eine ähnliche Fehlentscheidung vorbereitet. Die weit überwiegende Mehrzahl der aktuell an der Notfallversorgung teilnehmenden Krankenhäuser wird diese Strukturvorgabe mit dem derzeitigen Personalbestand nicht erfüllen können.
Die geplanten Vorgaben hebeln für den Bereich der Notfallversorgung das bewährte System der Rufbereitschaft aus und machen das System „Bereitschaftsdienst“ für diesen Bereich zwingend:
Wird der Aufenthaltsort des Arztes nicht konkret bestimmt, aber eine Zeit vorgegeben, innerhalb derer der Arzt seinen Dienst im Krankenhaus aufnehmen können muss, liegt Bereitschaftsdienst vor.
Bereitschaftsdienst ist in vollem Umfang als Arbeitszeit zu werten. Dies hätte ganz erhebliche finanzielle Konsequenzen für den Personalkostenbereich der Krankenhäuser.
Wie auch von verschiedenen Fachgesellschaften ausgeführt, gibt es kein über alle Krankheiten und Fachgebiete gleichgehaltenes, notwendiges Zeitfenster der Notfallversorgung. Jeder Notfall muss unverzüglich behandelt werden, die mögliche Zeit dafür richtet sich nach Krankheitsbild und Ausmaß der Gefährdung. Dies geschieht derzeit über ein gestuftes System aus Ärzten der betroffenen Abteilungen nach Facharztstandard und einem Facharzt, ggfs. mit Schwerpunkt im Hintergrund. Wenn dies entsprechend den Vorgaben aus dem G-BA-Beschlussvorschlag in Zukunft im Bereitschaftsdienst wahrgenommen werden sollte, wäre dies abgesehen von den immensen Personalkosten auch nicht durchführbar, da die hierdurch benötigte zusätzliche Anzahl von Fachärzten, wie weiter oben ausgeführt, auf dem Arbeitsmarkt derzeit nicht verfügbar ist.

Fazit

BDC, BDI, VKD und VLK begrüßen die erfolgte Fristverlängerung für die Vorlage des vom G-BA zu erstellenden Stufenkonzeptes von Notfallstrukturen in Krankenhäusern. Sie sehen darin und in der Auflage, die Ergebnisse einer Folgenabschätzung in dieses Konzept einzubeziehen, die Chance, ein mit Augenmaß gestaltetes Stufensystem der Notfallversorgung zu erarbeiten, das im Sinne der Versicherten auf eine lückenlose, flächendeckende und qualitativ hochstehende Notfallversorgung abzielt und nicht durch überhöhte Anforderungskriterien zu einer unverantwortlichen Ausdünnung der Notfallversorgungslandschaft führt.

Die Verschiebung der Beschlussfassung des G-BA sollte als Chance gesehen werden, ein Konzept der stationären Notfallversorgung zu erarbeiten, das der Versorgungsrealität mehr entspricht und die vorhandenen Defizite insbesondere der getrennten sektoral ausgerichteten Notfallversorgung behebt. Den Kostenträgern muss dabei

klar sein, dass vor allem ihre stringente Budgetierungspolitik in den beiden Versorgungsebenen die allseits beklagten Versorgungsdefizite wesentlich mit verursacht.

Autor:innen des Artikels

<samp>Prof. Dr. med. </samp><samp>Dr. med. h.c. Hans-Joachim Meyer </samp><samp>Präsident des Berufsverbandes der Deutschen Chirurgen e.V. (BDC) </samp>

<samp>Dr. Hans-Friedrich Spies </samp><samp>Präsident des Berufsverbandes Deutscher Internisten e.V. (BDI)</samp>

<samp>Dr. Josef Düllings </samp><samp>Präsident des Verbandes der Krankenhausdirektoren Deutschlands e.V. (VKD)</samp>

<samp>Prof. Dr. Hans-Fred Weiser </samp><samp>Präsident des Verbandes der Leitenden Krankenhausärzte Deutschlands e.V. (VLK)</samp>

Meyer H.-J. / Spies H.-F. / Düllings J. / Weiser H.-F. Positionspapier zu Regelungen eines gestuften Systems von Notfallstrukturen in Krankenhäusern gemäß § 136c Absatz 4 SGB V. Passion Chirurgie. 2017 Juni, 7(06): Artikel 05_01.