



Stellungnahme der Bundesärztekammer

gem. § 91 Abs. 5 SGB V
zum Beschlussentwurf über die Erstfassung der
Regelungen zu einem gestuften System von Notfallstrukturen in
Krankenhäusern gemäß § 136c Absatz 4 SGB V

Berlin, 16.11.2016

Bundesärztekammer
Herbert-Lewin-Platz 1
10623 Berlin

Hintergrund

Die Bundesärztekammer wurde mit Schreiben vom 17. und 19.10.2016 durch den Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) zur Stellungnahme gemäß § 91 Abs. 5 SGB V bezüglich eines Beschlussentwurfs über die Erstfassung der Regelungen zu einem gestuften System von Notfallstrukturen in Krankenhäusern gemäß § 136c Absatz 4 SGB V aufgefordert.

Danach hat der G-BA bis zum 31.12.2016 ein gestuftes System von Notfallstrukturen in Krankenhäusern, einschließlich einer Stufe für die Nichtteilnahme an der Notfallversorgung, zu beschließen. Hierbei sind für jede Stufe der Notfallversorgung insbesondere Mindestvorgaben zur Art und Anzahl von Fachabteilungen, zur Anzahl und Qualifikation des vorzuhaltenden Fachpersonals sowie zum zeitlichen Umfang der Bereitstellung von Notfallleistungen differenziert festzulegen. Der G-BA soll bei diesen Festlegungen planungsrelevante Qualitätsindikatoren nach Absatz 1 Satz 1 berücksichtigen, soweit diese für die Notfallversorgung von Bedeutung sind.

Durch das Gesetz zur Weiterentwicklung der Versorgung und der Vergütung für psychiatrische und psychosomatische Leistungen (PsychVVG) vom 10.11.2016 wurde der G-BA nun verpflichtet, vor einem Beschluss zu einem gestuften System von Notfallstrukturen zunächst eine aussagekräftige Folgenabschätzung durchzuführen. Um diese Folgenabschätzung zu ermöglichen, wurden die geltenden gesetzlichen Fristen um ein Jahr verlängert.

Die Bundesärztekammer nimmt zum Beschlusseentwurf wie folgt Stellung:

Die Bundesärztekammer hatte sich bereits im Rahmen ihrer Stellungnahme vom 19.06.2015 zum Krankenhausstrukturgesetz (KHSG) kritisch zu § 136c Absatz 4 SGB V und der darin enthaltenen Absicht, ein bundesweit einheitliches Stufen-System von Notfallstrukturen in Krankenhäusern durch den G-BA definieren zu lassen, geäußert. Durch eine bundeseinheitliche Regelung würde in diesem sensiblen Bereich der Patientenversorgung die notwendige Gestaltungsautonomie auf regionaler Ebene weitgehend unterbunden und Kompetenzen des Bundes zu Lasten der Landeshoheiten überschritten. Als problematisch hatte die Bundesärztekammer auch den angestrebten Detaillierungsgrad der bundesweiten Regelung eingestuft. Durch den nun vorgelegten Beschlusseentwurf sieht sich die Bundesärztekammer in ihrer Skepsis bestätigt.

Aus den zahlreichen, überwiegend im Dissens vorgebrachten Regelungsvorschlägen ergibt sich kein stimmiges, realistisches Gesamtkonzept zur zukünftigen Ausgestaltung der stationären Notfallstrukturen. Für fast alle Paragraphen liegen mehrere Formulierungen vor, zum Teil sogar vier unterschiedliche Beschlussempfehlungen. Nur in wenigen Fragen besteht Einvernehmen. Hierbei handelt es sich zumeist um inhaltliche Vorgaben, die sich aus dem Gesetzestext oder der Gesetzesbegründung ergeben. Grundsätzlich stellt sich daher die Frage, inwieweit der vorgelegte Beschlusseentwurf überhaupt abstimmsreif ist. Auch für die nun durch das PsychVVG geforderte aussagekräftige Folgenabschätzung besteht die Notwendigkeit festzulegen, auf welcher Grundlage diese Folgenabschätzung durchgeführt werden soll.

Ohnehin stellt sich der Bundesärztekammer die Frage, inwieweit es Aufgabe des G-BA ist, die stationäre Notfallversorgung grundlegend neu zu strukturieren. Laut der Gesetzesbegründung zum KHSG hatte der Gesetzgeber nicht die Absicht, neue, weiterreichende Vorgaben für die Teilnahme an der Notfallversorgung festzulegen. Der G-BA sollte vielmehr (nur) die Grundlage für eine differenziertere und aufwandsgerechtere Vereinbarung von Notfallzu- und -abschlägen erarbeiten. Von daher verursache der Beschluss

des G-BA laut Gesetzgeber auch keine zusätzlichen Kosten bei den Krankenhäusern. Hintergrund der gesetzlichen Neuregelung durch das KHSG war die Überlegung der Regierungskoalition, inwieweit die Vorhaltekosten der Krankenhäuser, insbesondere für die Notfallversorgung, aktuell ausreichend finanziert werden (Koalitionsvertrag zwischen CDU, CSU und SPD). Mit dem vorliegenden Beschlussentwurf hat sich der G-BA von diesen Vorgaben deutlich entfernt.

Im Hinblick auf die möglichen Auswirkungen eines solchen Stufenkonzeptes sieht es die Bundesärztekammer als kritisch an, wenn es offenbar für möglich gehalten wird, binnen kurzer Frist fast ein Drittel der Krankenhäuser entgeltrechtlich von der stationären Notfallversorgung auszunehmen. Mit Blick auf die zentrale Bedeutung der stationären Notfallversorgung erscheint es sehr riskant, diese weitgehenden und schwer kalkulierbaren Veränderungen in einem so sensiblen Versorgungsbereich ohne fundierte Folgenabschätzung und ohne vorherige regionale Erprobung umsetzen zu wollen. Von daher begrüßt die Bundesärztekammer die von Gesetzgeber nun vorgesehene Folgenabschätzung ausdrücklich, sieht aber die Notwendigkeit einer grundsätzlichen Neuausrichtung bei der Erarbeitung eines solchen Stufenkonzeptes.

In Erinnerung rufen möchte die Bundesärztekammer ferner, dass der Versorgungsauftrag eines Krankenhauses durch das Bundesland im Rahmen der Landeskrankenhausplanung festgelegt wird. Dies gilt auch für die Frage, ob und mit welchen Maßgaben ein Krankenhaus an der stationären Notfallversorgung teilnimmt.

Für Nordrhein-Westfalen ist beispielsweise in § 2 Krankenhausgestaltungsgesetz NRW (KHGG NRW) geregelt, dass jedes Krankenhaus im Rahmen seines Versorgungsauftrags zur Teilnahme an der Notfallversorgung verpflichtet ist. Diese Pflicht wird im Krankenhausplan NRW an vielen Stellen bekräftigt und zugleich weiter konkretisiert. Leitend ist dabei der Gedanke, dass ein Krankenhaus für dasjenige Behandlungsspektrum, das sich aus seinem Versorgungsauftrag für elektive Behandlungen ergibt, auch zur Behandlung von Notfällen verpflichtet ist. Sofern die definitive Versorgung nicht zum Versorgungsauftrag des Krankenhauses gehört, ist das Krankenhaus verpflichtet, nach Übernahme einer Patientin oder eines Patienten aus dem Rettungsdienst eine erste erweiterte Sichtung durchzuführen und eine weitere Stabilisierung der Transportfähigkeit vorzunehmen, um den sicheren Weitertransport in das nächste geeignete Krankenhaus zu ermöglichen. Diese landesrechtlichen Verpflichtungen gelten unabhängig von der Frage, ob das Krankenhaus künftig einer der G-BA-Stufen zugeordnet wird und auch dann, wenn das Krankenhaus der Stufe „Nicht-Teilnahme“ zugeordnet würde. Von daher sollten vor allem die Anforderungen an die Basisnotfallversorgung realistisch gefasst sein.

Im Folgenden wird auf ausgewählte Regelungsvorschläge eingegangen:

Fachabteilung

Vor dem Hintergrund, dass gemäß § 136c SGB V für jede Stufe Mindestvorgaben zur Art und Anzahl von Fachabteilungen zu machen sind, schlagen GKV-SV und KBV in § 5 Abs. 2 eine Fachabteilungsdefinition vor. Die Bundesärztekammer verweist darauf, dass die Krankenhauspläne der Länder bereits Vorgaben zur Abgrenzung von Fachabteilungen enthalten. Hier stellt sich die Frage, in welchem Verhältnis die verschiedenen Definitionsansätze zueinander stehen.

Inhaltlich ist zu dem vorliegenden Definitionsversuch anzumerken, dass ein wesentliches Kriterium fehlt. Krankenhausabteilungen zeichnen sich dadurch aus, dass der Träger des Krankenhauses für jede Abteilung mindestens einen Abteilungsarzt zu bestellen hat, der

nicht weisungsgebunden ist und auch nicht durch anderweitige vertragliche Anreize in der Unabhängigkeit der medizinischen Entscheidung beeinträchtigt wird.

Rettungsdienst

In § 6 Abs. 1 des Vorschlags der KBV ist vorgesehen, dass die Krankenhäuser, die an der stationären Notfallversorgung teilnehmen, zu jeder Zeit in den Rettungsdienst eingebunden sind. Für die beiden Stufen „Basisnotfallversorgung“ und „Erweiterte Notfallversorgung“ werden Ausnahmen bestimmt. Durch diese Vorgaben wird ebenfalls in landesrechtliche Kompetenzen eingegriffen.

Zentrale Notaufnahme

In § 6 Abs. 2 sieht der Vorschlag des GKV-SV und der PatV vor, dass die Notfallversorgung in allen Stufen in einer Zentralen Notaufnahme mit eigenständiger fachlich unabhängiger Leitung stattfindet. Gemäß § 28 muss diese Vorgabe spätestens drei Jahr nach Inkrafttreten der Regelung umgesetzt sein. Sofern Krankenhäuser derzeit nicht über eine Zentrale Notaufnahme verfügen, bedeutet dies bauliche Veränderungen möglicherweise größeren Ausmaßes. Ob eine Bauzeit von drei Jahren realisierbar ist, hängt sicherlich auch von der Größe des Bauprojektes ab. Zudem kann diese Vorgabe möglicherweise aus baulichen Gründen nicht an allen Standorten realisiert werden. Zudem setzt die Umsetzung voraus, dass die Bundesländer die notwendigen Investitionsmittel zur Verfügung stellen.

Krankenhäuser haben nach Einschätzung der Bundesärztekammer ein hohes Eigeninteresse an der Etablierung Zentraler Notaufnahmen. Dort, wo dies jedoch z. B. aus baulichen Gründen nicht realisierbar ist, sollte das Krankenhaus – zumindest in der Basisnotfallversorgung – die Möglichkeit haben, die notwendige Abstimmung und Koordination auf andere Weise zu realisieren.

Notdienstpraxis / Kooperationsvereinbarung gemäß § 75 Abs. 1b S. 2 SGB V

Die Forderung, dass alle Krankenhäuser, die an einer Stufe der stationären Notfallversorgung teilnehmen, „zu jeder Zeit“ über eine Notdienstpraxis verfügen oder über eine Kooperationsvereinbarung gemäß § 75 Abs. 1b SGB V in den vertragsärztlichen Notdienst eingebunden sein müssen (§ 6), ist schon deshalb problematisch, weil die Erfüllung dieser Bedingung nicht von den Krankenhäusern allein umgesetzt werden kann. Faktisch würden damit die Kassenärztlichen Vereinigungen in die Bedarfsplanung im stationären Bereich einbezogen. Es stellt sich auch die Frage, ob die Zahl der für die stationäre Notfallversorgung erforderlichen Standorte der Zahl der erforderlichen Notdienstpraxen entspricht.

Die Vorgabe sollte daher so formuliert sein, dass alle Krankenhäuser, die an der stationären Notfallversorgung teilnehmen, eine Kooperation und Abstimmung mit den Strukturen der ambulanten ärztlichen Notfallversorgung nachweislich anzustreben haben.

Zusatz-Weiterbildung „Klinische Notfall- und Akutmedizin“

Der Vorschlag des GKV-SV sieht in § 9 Abs. 2 vor, dass ein Arzt mit der Zusatz-Weiterbildung „Klinische Notfall- und Akutmedizin“ als für die Notfallversorgung Verant-

wortlicher benannt wird. Ein Arzt mit der Zusatzbezeichnung „Notfallmedizin“ muss zu jeder Zeit am Standort verfügbar sein (Abs. 4). Im Unterschied zu der Zusatz-Weiterbildung „Notfallmedizin“, die in der (Muster-)Weiterbildungsordnung (MWBO) geregelt ist, ist die Zusatz-Weiterbildung „Klinische Notfall- und Akutmedizin“ keine Bezeichnung nach der MWBO und derzeit lediglich in einem Kammerbereich bzw. Bundesland (Berlin) erwerbar.

Die Vorgaben des G-BA zur ärztlichen Qualifikation sollten die gültige (Muster-)Weiterbildungsordnung beachten.

Strukturen und Prozesse der Notfallaufnahme in der Basisversorgung

In § 12 formulieren GKV-SV, KBV und LV sehr detaillierte, wenngleich unterschiedliche Regelungen zu den Strukturen und Prozessen der Notfallaufnahme in der Basisversorgung. Zu den vorgeschlagenen Regelungen gehört, dass alle Notfallpatienten zehn Minuten nach Eintreffen in der Notaufnahme eine Einschätzung ihrer Behandlungsriorität erhalten und dass die Behandlungsriorisierung anhand von mindestens vier Stufen zu erfolgen hat. In den tragenden Gründen führt der GKV-SV aus, dass die Normierung der Behandlungsriorisierung den Vorstellungen der relevanten Fachgesellschaften entspricht. Angesichts der Auswirkungen, die entsprechende Vorgaben auf die Organisation der Notfallversorgung haben, aber auch eine (temporäre) möglich Nicht-Erfüllung der Zeitvorgabe von 10 Minuten haben können (z. B. Haftung), wäre eine fundierte Begründung auch unter Angabe der Quellen hier wünschenswert.

Fazit:

Die gewährte Fristverlängerung sollte im Sinne einer versorgungsorientierten Lösung für eine Neuausrichtung der Beratungen im G-BA genutzt werden. Die Bundesärztekammer bietet hierbei ihre Unterstützung an.

Berlin, 16.11.2016



Dipl.-Ökonomin Britta Susen, LL.M.
Stv. Leiterin Dezernat 1