



Stellungnahme der Bundesärztekammer

zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) über
eine Änderung der Regelungen zu einem gestuften System von
Notfallstrukturen in Krankenhäusern gemäß § 136c Absatz 4 des Fünften
Buches Sozialgesetzbuch (SGB V)

Berlin, 20.08.2024

Korrespondenzadresse:

Bundesärztekammer
Herbert-Lewin-Platz 1
10623 Berlin

Hintergrund

Die Bundesärztekammer wurde mit Schreiben vom 16.07.2024 durch den Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) zur Stellungnahme gemäß § 91 Abs. 5 SGB V bezüglich eines Beschlussentwurfs über eine Änderung der Regelungen zu einem gestuften System von Notfallstrukturen in Krankenhäusern gemäß § 136c Absatz 4 SGB V aufgefordert.

Die Änderungen erfolgen laut dem Spitzenverband der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-SV) aufgrund von „Rückmeldungen aus der Praxis - sowohl auf Seiten der Krankenhäuser als auch auf Seiten der Medizinischen Dienste zu Umsetzungsschwierigkeiten bei der Auslegung der Notfallstufen-Regelungen“ bzw. laut Deutscher Krankenhausgesellschaft (DKG) aufgrund von „unterschiedlichen Interpretationen der bestehenden Regelungen und verschiedenen Hinweisen aus den Prüfungen durch den Medizinischen Dienst und den einschlägigen Fachgesellschaften“.

Der Beschlussentwurf liegt aufgrund erheblicher Dissense der Bänke des G-BA überwiegend in tabellarischer Form vor.

Die wichtigsten Änderungen und Regelungsvorschläge betreffen unter anderem den zeitlichen Rahmen einer Verfügbarkeit von Fachärztinnen und Fachärzten der für die jeweilige Stufe vorgeschriebenen Fachabteilungen in der Zentralen Notaufnahme (ZNA), Anzahl, Qualifikation und zeitliche Verfügbarkeit des vorzuhaltenden Fachpersonals, insbesondere für Leitung und Stellvertretung der ZNA, und die Regelungen der weiteren Module der Notfallversorgung. Zudem will der G-BA erstmals Regelungen für den Fall der Nichteinhaltung seiner Anforderungen treffen, auch hierzu herrscht wenig Einigkeit.

Die Bundesärztekammer nimmt zu dem Beschlussentwurf wie folgt Stellung:

Grundsätzliche Anmerkungen

Die Bundesärztekammer hält es, trotz der Umsetzungsschwierigkeiten und unterschiedlichen Interpretationen bei der Auslegung der Regelungen durch den Medizinischen Dienst, für wenig sinnvoll, zum jetzigen Zeitpunkt die Regelungen zu einem gestuften System von Notfallstrukturen in Krankenhäusern maßgeblich zu überarbeiten.

Angesichts der parallellaufenden und weder untereinander noch mit dieser Richtlinie abgestimmten Reformbemühungen des Bundesministeriums für Gesundheit (BMG) zur Notfallversorgung scheint derzeit vollkommen unklar, welche Auswirkungen sich auf das gestufte System von Notfallstrukturen ergeben werden. Aus der Gemengelage von zugewiesener Leistungsgruppe „Notfallmedizin“ gemäß Krankenhausversorgungsverbesserungsgesetz (KHVVVG), Standortfestlegung als Integriertes Notfallzentrum (INZ) durch die erweiterten Landesausschüsse gemäß Notfallgesetz (NotfallG) und Stufenzuteilung im Rahmen dieser Richtlinie des G-BA lässt sich aktuell kein konsistentes Konzept ableiten.

Im Jahr 2022 nahmen gemäß dem Statistischen Bundesamt 1.130 Krankenhäuser an der gestuften stationären Notfallversorgung teil, hierbei 649 in Stufe I, 301 in Stufe II und 180 in Stufe III. Der Gesetzentwurf zur Notfallreform benennt eine erforderliche Anzahl von rund 700 INZ-Standorten. Danach würde es eine Reihe von Krankenhäusern geben, denen zwar bislang eine Notfallstufe zugeordnet wurde, die aber kein INZ-Standort werden sollen. Gleichzeitig sollen für die Leistungsgruppe 65 (Notfallmedizin) Qualitätskriterien, einschließlich der Qualifikationen der dort tätigen Ärztinnen und Ärzte, vorgegeben werden, ohne deren Erfüllung die Leistungsgruppe Notfallmedizin nicht vergeben werden kann und die die Qualitätsanforderungen der Notfallstufen des G-BA übertreffen.

Zu berücksichtigen ist dabei, dass hochqualifiziertes Personal weder unbegrenzt noch gleichmäßig und flächendeckend über Deutschland verteilt zur Verfügung steht. Eine Verschärfung der Vorgaben in Bezug auf die Qualifikationsanforderungen der Ärztinnen und Ärzte, wie sie derzeit im KHVVG für die Leistungsgruppe Notfallmedizin vorgesehen sind, ist, zumindest ohne lange Übergangsfristen, insbesondere in ländlichen und strukturschwachen Regionen, nach aktuellem Stand nicht realistisch.

Interessant wird zudem sein, wie die Leistungsgruppe Notfallmedizin überhaupt ausgestaltet werden soll, also zum Beispiel welche Leistungen dieser Leistungsgruppe zugeordnet werden und wie eine Abgrenzung zu anderen Leistungsgruppen erfolgen soll. Auch dies wird ggf. Einfluss auf die Notfallstufen haben.

Die Bundesärztekammer betont in diesem Zusammenhang, dass es dem Gesetzgeber lediglich obliegt, Rahmenvorgaben vorzugeben, die dann sachgerecht von der Selbstverwaltung – unter der Kenntnis von Praxis und regionalen Gegebenheiten – auszugestalten sind. Insbesondere auch im Gesundheitsbereich hat sich der Gesetzgeber dazu entschieden, Versorgungsentscheidungen nicht durch Politik und Staat treffen zu lassen, sondern der gemeinsamen Selbstverwaltung zu übertragen. Daran sollte insgesamt festgehalten werden. Die Ärztekammern als landesgesetzlich legitimierte berufliche Vertretungen der Ärztinnen und Ärzte aus allen Versorgungsbereichen müssen dabei in die konkrete Umsetzung der Reformen eingebunden sein.

Die Stellungnahme der Bundesärztekammer zu den einzelnen Regelungsvorschlägen erfolgt damit unter Vorbehalt und mit der Empfehlung, auf eine umfassende Überarbeitung zum jetzigen Zeitpunkt zu verzichten.

Stellungnahme zu einzelnen Regelungsvorschlägen

§ 5 Grundlagen des Stufenmodells

Voraussetzungen für das Vorliegen einer Fachabteilung einschließlich der zeitlichen Verfügbarkeit von Fachärztinnen und Fachärzten der für die jeweilige Stufe vorgeschriebenen Fachabteilungen

A) Beabsichtigte Neuregelung

Eine der Voraussetzungen für das Vorliegen einer Fachabteilung ist nach aktuellem Regelungsstand, dass eine Fachärztin oder ein Facharzt zu jeder Zeit innerhalb von 30 Minuten am Patienten verfügbar ist. Die DKG spricht sich dafür aus, diese „starre Zeitvorgabe“ insofern zu flexibilisieren, dass eine Fachärztin oder ein Facharzt „unverzüglich für eine Situationseinschätzung und eine Beratung verfügbar“ ist, „z. B. durch Bereitschaftsdienst, Rufdienst oder telemedizinisch/telefonisch.“ In den tragenden Gründen wird ausgeführt, dass die unverzügliche Verfügbarkeit dabei der entsprechenden individuellen Notfallsituation des Patienten oder der Patientin angemessen sein solle.

B) Stellungnahme der Bundesärztekammer

Vorangestellt ist auch hier zu konstatieren, dass mit dem KHVVG die Definition einer Fachabteilung im Sinne dieser G-BA-Regelung obsolet werden dürfte, wenn zukünftig Leistungsgruppen definiert und auf Grundlage der Erfüllung von Qualitätsvorgaben zugewiesen werden.

Die Bundesärztekammer hat schon in ihrer „Stellungnahme zum Beschlussentwurf über die Erstfassung der Regelungen zu einem gestuften System von Notfallstufen in Krankenhäusern“ vom 14.02.2018, darauf hingewiesen, dass eine Verfügbarkeit von

Fachärzten am Patienten innerhalb von 30 Minuten nur bei Anwesenheit der Ärztin oder des Arztes am Standort gewährleistet werden kann, was gerade für kleine Fachabteilungen kaum umsetzbar und für das Krankenhaus mit hohen Kosten verbunden wäre. Aus diesem Grund hatten wir damals schon einen Regelungsvorschlag der DKG befürwortet, nach dem für die Basisnotfallversorgung eine Dienstbereitschaft im Präsenzdienst, Bereitschaftsdienst oder Rufdienst zulässig gewesen wäre. Diese Auffassung vertreten wir auch weiterhin. Die durchgehende Anwesenheit am Standort ist auch aufgrund des Fachkräftemangels nicht sinnvoll. Die Kolleginnen und Kollegen stehen am Folgetag nicht für die Patientenversorgung zur Verfügung. Alternativ hatten wir damals eine Formulierung befürwortet, die einen beschränkten Spielraum zuließe, z. B. „in der Regel innerhalb von 30 Minuten“. Den Einsatz von Telemedizin hält die Bundesärztekammer insbesondere bei Spezialkonsultationen für sinnvoll.

§ 9 Anzahl und Qualifikation des vorzuhaltenden Fachpersonals in der Basisnotfallversorgung: Leitung und Stellvertretung

Verantwortliche Ärztin/Verantwortlicher Arzt und verantwortliche Pflegekraft

A) Beabsichtigte Neuregelung

- Nach **aktueller Regelung** „sind jeweils ein für die Notfallversorgung verantwortlicher Arzt und eine Pflegekraft benannt, die fachlich, räumlich und organisatorisch eindeutig der Versorgung von Notfällen zugeordnet sind und im Bedarfsfall in der Zentralen Notaufnahme verfügbar sind“. Dieser Satz wird unterschiedlich interpretiert, dies wird aus den nachfolgenden Formulierungsvorschlägen ersichtlich.
- Nach Ansicht des **GKV-SV** sollen jederzeit 24/7 (also in jeder Schicht) entsprechend verantwortliche Personen anwesend sein müssen, der Bedarfsfall wird als akuter notfallmäßiger Behandlungsbedarf gedeutet. Die so definierten Personen sollen über die ZWB Klinische Akut- und Notfallmedizin bzw. die Zusatzqualifikation Notfallpflege verfügen, also pro Schicht mind. ein Arzt und eine Pflegekraft. Die genannten Ärzte müssten innerhalb von 30 Minuten am Patienten verfügbar sein.
- Nach Ansicht der **DKG** handelt es sich hier hingegen um zwei Personen pro ZNA, die ärztlich bzw. pflegerisch die ZNA leiten und entsprechend nicht zu jeder Zeit in Präsenz verfügbar sind. Der genannte Bedarfsfall betrifft nach dieser Interpretation Leitungsaufgaben. Zusätzlich zur Zusatz-Weiterbildung „Klinische Akut- und Notfallmedizin“ soll auch die Zusatz-Weiterbildung „Notfallmedizin“ für diese Personen zulässig sein. Die 30-Minuten-Regel soll entsprechend der vorgeschlagenen Änderung in § 5 (s. o.) angepasst werden.
- Die **Ländervertretung und die Patientenvertretung** fordern, die Qualifikationsanforderungen für Ärztinnen und Ärzte bereits jetzt schon an die Anforderungen der Leistungsgruppe 65 Notfallmedizin des KHVVG anzupassen.

B) Stellungnahme der Bundesärztekammer

Schon anhand der für die Erstfassung des Beschlusses gewählten Formulierung der Überschrift (Leitung und Stellvertretung) erscheint fraglich, wie daraus eine 24/7 Verfügbarkeit von Ärztinnen und Ärzten mit einer für die Leitung erforderlichen Qualifikation abgeleitet werden kann. Aktuell sind 2.008 Ärztinnen und Ärzte bei den Landesärztekammern mit der Zusatz-Weiterbildung „Klinische Akut- und Notfallmedizin“ registriert, wobei nur 1.787 hauptsächlich stationär tätig sind. Diese Zahlen spiegeln jedoch lediglich die Anzahl der Ärztinnen und Ärzte wider, nicht jedoch die tatsächlich verfügbare

Arbeitszeit, wodurch Rückschlüsse auf Vollzeitäquivalente nicht möglich sind. Da die Möglichkeiten des Erwerbs der Zusatz-Weiterbildung z. B. auch aufgrund der Verteilung der Weiterbildungsbefugten auf die Klinikstandorte begrenzt ist und die Weiterbildungszeit darüber hinaus 24 Monate beträgt, wird die flächendeckende Verfügbarkeit von Fachärztinnen und Fachärzten mit dieser Zusatz-Weiterbildung auch in absehbarer Zukunft und insbesondere in ländlichen Regionen problematisch bleiben. Aufgabe des Leitungspersonals in der Basisnotfallversorgung ist, die Behandlung in der ZNA zu koordinieren und so die Versorgung zu optimieren, nicht die Mitversorgung aller Patientinnen und Patienten. Die Bundesärztekammer schließt sich daher den Regelungsvorschlägen der DKG an.

Eine Anpassung der Qualifikationsanforderungen von Ärztinnen und Ärzten an die Regelungen im KHVVG ist nicht nur unrealistisch, sondern zum jetzigen Zeitpunkt vollkommen verfrüht.

§ 14 Anzahl und Qualifikation des vorzuhaltenden Fachpersonals in der erweiterten Notfallversorgung und § 19 Anzahl und Qualifikation des vorzuhaltenden Fachpersonals in der umfassenden Notfallversorgung

Qualifikation der Ärztinnen und Ärzte in der erweiterten und der umfassenden Notfallversorgung

A) Beabsichtigte Neuregelung

Während der GKV-SV bereits in der Basisnotfallversorgung für jede Schicht (24/7) die Verfügbarkeit einer Ärztin oder eines Arztes mit der ZWB „Klinische Akut- und Notfallmedizin“ fordert, schlägt der Unparteiische Vorsitzende (UPV) eine Regelung vor, nach der dies nur für die erweiterte und umfassende Notfallversorgung gelten soll. Indirekt wird damit anerkannt, dass es in der Basisnotfallversorgung ausreicht, wenn lediglich die Leitung der ZNA eine entsprechende Qualifikation aufweist.

B) Stellungnahme der Bundesärztekammer

Die Bundesärztekammer stimmt dem Vorschlag des UPV zu.

§ 24 Modul „Schwerverletztenversorgung“, § 26 Modul „Spezialversorgung“, § 27 Modul „Schlaganfallversorgung“

Anforderungen an Krankenhäuser mit Spezialmodulen der Notfallversorgung

A) Beabsichtigte Neuregelung

- Die Bänke planen eine Transferierung der relevanten Textpassagen des „Weissbuch Schwerverletzten-Versorgung“, auf das in den Regelungen bislang lediglich verwiesen wurde, in den Beschlusstext. Der GKV-SV hält es für erforderlich, dabei auch die Regelungen der Deutschen Interdisziplinären Vereinigung für Intensiv- und Notfallmedizin (DIVI) zur intensivmedizinischen Versorgung und den Anforderungen an eine Intensivstation als Regelungstext zu übernehmen, auf die wiederum im Weissbuch Bezug genommen wird. Der GKV-SV scheint dabei Formulierungen sowohl aus der Weissbuch-Fassung von 2012 als auch aus 2019 zu übernehmen und die Inhalte teilweise zu verschärfen - das Ergebnis ist ein sehr langer und kleinteiliger Regelungstext.

- Der GKV-SV sieht eine Streichung des Moduls Spezialversorgung vor, bzw. – sollte dies nicht geschehen – zumindest eine Spezifizierung konkreter Anforderungen vor. Die DKG möchte das Modul unverändert erhalten.
- Zum Modul Schlaganfallversorgung hatte der MD Bund Änderungsbedarf angemeldet, da der Begriff „Stroke Unit“ bislang nicht ausreichend definiert sei. Einigkeit besteht wohl, dass die Definition anhand von OPS-Codes erfolgen soll, dies wird jedoch unterschiedlich umgesetzt. Die DKG verweist auf Strukturanforderungen für 4 relevante OPS-Codes, der GKV-SV fordert jährlich mindestens 10 Fälle mit dem OPS-Kode: 8-981.3 - ‘Neurologische Komplexbehandlung des akuten Schlaganfalls auf einer Schlaganfalleinheit mit Möglichkeit zur Durchführung von Thrombektomien und intrakraniellen Eingriffen’ am Standort (GKV-SV). Dies könnten voraussichtlich lediglich Maximalversorger erfüllen.

B) Stellungnahme der Bundesärztekammer

Angesichts der geplanten Krankenhausreform und der geplanten Umstellung auf Leistungsgruppen mit entsprechenden Qualitätskriterien erachtet die Bundesärztekammer eine Überarbeitung der Regelungen zum jetzigen Zeitpunkt als nicht zielführend. Sollte der G-BA an der Überarbeitung festhalten, spricht die Bundesärztekammer sich gegen eine Verschärfung aktueller Regelungsinhalte aus. Eine Konkretisierung der Anforderungen für das Modul „Spezialversorgung“ erscheint jedoch sinnvoll.

Anlage I: „Folgen der Nichteinhaltung der Anforderungen“

A) Beabsichtigte Neuregelung

§ 137 Abs. 1 ermächtigt den G-BA, Durchsetzungsmaßnahmen im Falle von Verstößen gegen wesentliche Qualitätsanforderungen nach den §§ 136 bis 136c zu formulieren. Hiervon soll im Zuge der Aktualisierung der bisherigen Regelungen zu einem gestuften System von Notfallstrukturen in Krankenhäusern umfassend Gebrauch gemacht werden. Die jeweiligen Vorstellungen der beteiligten Bänke weichen dabei teilweise deutlich voneinander ab.

B) Stellungnahme der Bundesärztekammer

Aus Sicht der Bundesärztekammer sollte das Instrumentarium der Sanktionsregelungen maßvoll und den Ansprüchen der jeweiligen Richtlinie oder Regelung angepasst gehandhabt werden. Mit der Zuweisung von Zu- oder Abschlägen in Abhängigkeit des Vorhaltens der geforderten strukturellen Voraussetzungen für eine Teilnahme an der Notfallversorgung ist bereits in der Regelung selbst ein wirksamer Steuerungsmechanismus vorhanden, so dass es eines zusätzlichen ausführlichen Regelungs-Anhangs, wie er jetzt vorgelegt wird, hierzu nichtbedarf.

Die Einführung zusätzlicher Sanktionsmaßnahmen löst zudem nicht das Problem unterschiedlicher Interpretationen der vorgefundenen Strukturen und Prozesse durch die Medizinischen Dienste (vgl. die Ausführungen in den tragenden Gründen unter Ziffer 2 „Eckpunkte der Entscheidung“), geht also an der eigentlichen Aufgabenstellung vorbei.

Darüber hinaus sind die vorgeschlagenen Sanktionsmaßnahmen im Einzelnen zu kritisieren. Das klinische Personal der Krankenhäuser durch Maßnahmen wie Qualitätszirkel, Audits, Fortbildungen, Fachgespräche etc. individuell in die Verantwortung nehmen zu wollen (vgl. § 3 bzw. § 4 Abs. 2 „Arten von Konsequenzen und entsprechende Maßnahmen“) für Umstände, die vielmehr in der Organisationsverantwortung des Krankenhausträgers liegen, ist nicht nur verfehlt, sondern geradezu kontraproduktiv. Das Personal würde in der

ohnehin schon eskalierenden Situation der Arbeitszeitverdichtung mit zusätzlichem Aufwand belastet werden. Zwangsweise angeordnete Maßnahmen aus dem Instrumentarium des Qualitätsmanagements, die unter normalen Umständen als hilfreich angesehen werden könnten, werden auf diese Weise negativ konnotiert. Das gilt insbesondere für eine verpflichtende Teilnahme an Peer Reviews, bei denen das Prinzip der Freiwilligkeit ein tragendes Kernelement ist. Das Anliegen von Qualitätsmanagement und Qualitätssicherung würde auf diese Weise noch weiter beschädigt werden, als es ohnehin durch eine allseits überbordende Regelungsdichte ohnehin schon ist.

Die Bundesärztekammer regt an, die Anlage I mit dem Ziel einer maßvolleren Gestaltung angedrohter Folgen der Nichteinhaltung von Anforderungen nochmals zu überarbeiten. (Was sich angesichts des großflächigen Dissenses ohnehin empfehlen würde.)