

Klinikverbände positionieren sich gegen Rechtsextremismus

DKG: Ohne Menschen mit Migrationsgeschichte kollabiert die Versorgung

Große Klinikverbände wie die Deutsche Krankenhausgesellschaft (DKG) und der Verband der Universitätsklinika (VUD) haben sich hinter die zahlreichen Demonstrationen gegen Rechtsextremismus in Deutschland gestellt. Anlass für die Kundgebungen waren die durch das Recherchenetzwerk „Correctiv“ bekannt gewordenen Pläne von Rechtsextremisten, Menschen mit Migrationsgeschichte aus Deutschland zu vertreiben.

Dazu sagte der Vorstandsvorsitzende der Deutschen Krankenhausgesellschaft (DKG) **Dr. Gerald Gaß**: „Gerade das Gesundheitswesen könnte ohne die Menschen, die die Rechtsextremen aus der Potsdamer Villa deportieren möchten, nicht existieren. Wer in den vergangenen Jahren auch nur einmal in einem Krankenhaus behandelt werden musste, kann sich leicht ausrechnen, was passiert, wenn sich die rechten Hirnspinnweben von ethnischer Reinheit und Deportationen durchsetzen: Die medizinische und pflegerische Versorgung würde ohne Ärztinnen, Ärzte und Pflegekräfte mit Migrationsgeschichte kollabieren. Das gilt genauso für den niedergelassenen Bereich, für die Langzeitpflege, für die gesamte soziale Versorgung und letztlich für die gesamte Wirtschaft.“

Nach den Enthüllungen über das Treffen sei es Zeit, Distanz und falsche Neutralität abzulegen. „Auch angesichts unserer Geschichte müssen wir sehr wachsam sein, dass sich nicht erneut faschistisches und rassistisches Denken in unserem Land breit machen“, betonte Gaß. Daher begrüße und unterstütze die DKG die zahlreichen Proteste, Demonstrationen und Kundgebungen gegen zunehmenden Rassismus, Fremdenfeindlichkeit und Autoritarismus.

Auch die Deutsche Hochschulmedizin stellt sich entschieden gegen Rechtsextremismus und setzt sich für Demokratie und Vielfalt ein, so der VUD in einer Mitteilung. „Wir reagieren auf die jüngsten Entwicklungen und senden das Signal: Wir wollen in einem vielfältigen und weltoffenen Umfeld lehren, forschen und heilen – ungeachtet ethnischer Herkunft, Nationalität, Geschlecht oder sexueller Identität, Religion oder Weltanschauung. In der Universitätsmedizin leisten Menschen aus mehr als 100 Nationen einen wichtigen Beitrag in Forschung, Lehre und Krankenversorgung – sie sind uns willkommen. Für eine offene Gesellschaft, in der sich Talente zum Wohle der Allgemeinheit entfalten können, stellen wir uns jeder Form von Hass, Ausgrenzung und Extremismus entgegen“, betonte **Prof. Dr. Jens Scholz**, 1. Vorsitzender des Verbandes der Universitätsklinika Deutschlands.

„Internationale Kooperation und der Austausch über Grenzen hinweg sind in der Versorgung und vor allem Wissenschaft elementar und wesentliche Voraussetzungen für eine nachhaltige Sicherung des Wissenschaftsstandorts Deutschland. Nur durch die Zusammenarbeit mit und das Lernen von den Besten sowie die Weitergabe des Wissens bleiben wir in Deutschland zukunftsfähig und können weiterhin einen Beitrag zu den gesellschaftlichen Herausforderungen leisten“, ergänzte **Prof. Dr. Matthias Frosch**, Präsident des Medizinischen Fakultätentages.

Auch die Präsidentin des Deutschen Berufsverbands für Pflegeberufe (DBfK), **Christel Bienstein**, ruft zu einer „klaren Haltung für eine offene Gesellschaft“ auf und ihre Berufsgruppe zum Zusammenhalt. Sie bittet alle Kolleginnen und Kollegen, ihre Haltung für Vielfalt und Menschenwürde auch öffentlich zu zeigen.

„Es ist unfassbar, dass wir uns im Jahr 2024 wieder gegen rechtsnationale, menschenverachtende Positionen von Politikerinnen und Politikern und rechtsextremen Aktivistinnen und Aktivisten positionieren müssen, als hätte es die deutsche Geschichte nicht gegeben.“

Wer Menschen in beliebig definierte Gruppen einteilt, um sie zu diskriminieren, wer populistische Phrasen als Lösung komplexer Probleme verkauft, wer auf Spaltung setzt und Solidarität verunglimpft, wer Ängste schürt, um Stimmungen zu vergiften, hat mit Sicherheit nicht das Wohl der deutschen Gesellschaft im Sinn“, sagte Bienstein.

Dagegen müsse die Berufsgruppe Pflege auch öffentlich Haltung zeigen. Denn: Professionelle Pflege stehe für Solidarität mit den Schwächsten in der Gesellschaft, sie löse Probleme, auch wenn sie komplex seien, sie mache keine Unterschiede aufgrund von Merkmalen wie Hautfarbe oder Herkunft, Alter oder Geschlecht. Pflegenden achte die Würde aller Menschen. Diese Haltung drücke sich im ICN-Ethikkodex aus, dem sich Pflegenden weltweit verpflichtet hätten. „Rund 20 % unserer Kolleg:innen in der professionellen Pflege haben eine ausländische Staatsangehörigkeit und sie sind hier sehr willkommen. Und das nicht bloß, weil ohne sie die Gesundheitsversorgung in Deutschland zusammenbrechen würde, sondern weil sie Menschen, Kolleginnen und Kollegen, Freundinnen und Freunde sind“, sagte die Präsidentin des Deutschen Berufsverbands für Pflegeberufe. Die Berufsgruppe müsse zusammenstehen und den Kolleginnen und Kollegen mit Migrationshintergrund gerade jetzt noch deutlicher zeigen, wie wertvoll sie seien. ■

Reform der Psychiatrie und Psychosomatik

Kliniken legen Positionen zur psychiatrischen und psychosomatischen Versorgung vor

Anlässlich der Expertenanhörung im Gesundheitsausschuss des Bundestags am 17. Januar hat die Deutsche Krankenhausgesellschaft (DKG) Positionen zur Reform der psychiatrischen und psychosomatischen Versorgung in Deutschland veröffentlicht. Zentrale Leitidee für eine Weiterentwicklung der psychiatrischen und psychosomatischen Versorgung in Deutschland ist die Förderung regionaler Versorgungsnetzwerke, die fließende Übergänge zwischen vollstationärer, teilstationärer, stationsäquivalenter und ambulanter Behandlung ermöglichen. Bereits heute sind psychiatrische und psychosomatische Krankenhäuser Koordinationsplattformen der Versorgung in den Regionen und elementarer Bestandteil der Daseinsvorsorge. Die Forderungen bestehen dabei aus sechs Kernpunkten: Etablierung sektorenübergreifender Versorgungsnetzwerke, Weiterentwicklung des Vergütungssystems, patientenorientierte Weiterentwicklung der Personalanforderungen, Abbau von Dokumentationsbürokratie, Aufbau digitaler Infrastruktur und Ausbau und

Sicherstellung der Versorgung von Kindern und Jugendlichen. „Die Diskussionen um die Krankenhausreform haben immer die Somatik im Mittelpunkt. Dabei wird die psychiatrische Versorgung in unseren Krankenhäusern immer wichtiger und darf nicht vergessen werden. Wie wichtig die Psychiatrie und Psychosomatik ist, ist nicht zuletzt während und nach der Coronapandemie mit ihren psychischen Folgen deutlich geworden. Die Psychiatrien leiden ebenso wie die anderen Bereiche der stationären Versorgung unter mangelhafter Finanzierung, Personalmangel, Überbürokratisierung, fehlender Digitalisierung und vielem mehr. 2024 muss endlich das Jahr der Krankenhausreform werden. Der Bundesgesundheitsminister muss Klartext reden, was die Krankenhäuser erwartet, und mit seinen Amtskolleginnen und -kollegen in den Ländern kooperieren. Wir erwarten, dass die Psychiatrie und Psychosomatik dabei angemessen berücksichtigt wird“, erklärt der Vorstandsvorsitzende der DKG, **Dr. Gerald Gaß**. ■

Die sechs Kernforderungen der DKG

Für eine konsequente Weiterentwicklung der psychiatrischen und psychosomatischen Versorgung in Deutschland fordern die Krankenhäuser:

1. Etablierung starker sektorenübergreifender regionaler Versorgungsnetzwerke in der Psychiatrie und Psychosomatik
 - Entwicklung von flexiblen Versorgungsmöglichkeiten
 - Abbau von Barrieren für die teilstationäre, stationsäquivalente und ambulante Behandlung
 - Etablierung von sektorenübergreifenden Versorgungsstrukturen
2. Weiterentwicklung des Vergütungssystems
 - Überführung von Modellvorhaben nach § 64b SGB V als Optionsmodell in die Regelversorgung
 - Weiterentwicklung bestehender Regelfinanzierung zur Erreichung eines konsistenten Vergütungssystems
 - Abbau unnötiger bürokratischer Aufwände
3. Weiterentwicklung der Personalanforderungen des G-BA
 - grundsätzliche Überarbeitung der Personalausstattung Psychiatrie und Psychosomatik-Richtlinie (PPP-RL) orientiert an Patientenbedarfen und mit höherer Flexibilität beim Personaleinsatz
 - Differenzierung zwischen Personalbemessung und Mindestvorgaben
 - Auflösung starrer Berufsgruppen- und Regelaufgabenzuordnungen und limitierter Anrechnungsmöglichkeiten
 - Etablierung stufenweiser und verhältnismäßiger Sanktionen
 - vollständige Finanzierung der erforderlichen Personalausstattung
4. Abbau nicht notwendiger Dokumentations- und Nachweispflichten
 - Reduzierung bürokratischer Belastungen resultierend aus der PPP-RL, dem PEPP-System, des Psych-Personalnachweises und des Psych-Krankenhausvergleiches, den Struktur- und Abrechnungsprüfungen sowie den Qualitätskontrollen des Medizinischen Dienstes
 - Anpassung von Dokumentationspflichten mit Reduktion auf das notwendige Mindestmaß
5. Nutzen der Digitalisierung für die Psychiatrie und Psychosomatik
 - Schaffung einer belastbaren und sicheren digitalen Infrastruktur
 - Ausbau von E-Health und Telemedizin für eine verbesserte Versorgung befördern
6. Besondere Berücksichtigung der Versorgung von Kindern und Jugendlichen
 - Verhinderung eines Abbaus stationärer Versorgungsstrukturen
 - Sicherstellung der kinder- und jugendpsychiatrischen Akutversorgung
 - Unterstützung bei der Etablierung neuer Versorgungsmodelle, der Bekämpfung des Fachkräftemangels, dem Ausbau der Ausbildungs- und Studienkapazitäten sowie der Förderung der Psychiatrischen Institutsambulanzen und digitaler Angebote in der Versorgung von Kindern und Jugendlichen.



UNSER GESUNDHEITS- MANAGEMENT BRAUCHT MUTIGE HERZEN.

FÜR DIE LÖSUNGEN VON MORGEN.

Der Gesundheitsmanagementkongress 2024 | 26.-28. Juni | hub27 | Messe Berlin
Jetzt Tickets sichern: hauptstadtkongress.de/tickets



Kampf gegen überfüllte Notaufnahmen

Bundesgesundheitsminister Karl Lauterbach plant „große Reform“

Bundesgesundheitsminister **Karl Lauterbach (SPD)** hat die zentralen Eckpunkte seiner Notfallreform vorgelegt. Ziel seiner großangelegten Notfallreform soll es sein, dass Hilfesuchende bereits am Telefon oder vor Ort im Krankenhaus verstärkt in eine nahe Praxis geschickt werden. Viel stärker als bisher sollen Patienten auch direkt telemedizinisch betreut werden. Bei einem gemeinsamen Pressegespräch am 16. Januar in den Räumen der Kassenärztlichen Vereinigung (KV) Berlin gemeinsam mit dem Vorsitzenden der KV Berlin, **Dr. Burkhard Ruppert**, präsentierte Lauterbach seine Pläne.

Patientinnen und Patienten mit akuten Beschwerden sollten demnach künftig seltener in der Notaufnahme eines Krankenhauses behandelt werden. Zudem sollen die KVen mehr mit den Rettungsleitstellen vernetzt werden und wie „kommunizierende Röhren“ zusammenarbeiten.

Die Notaufnahmen sollen künftig in neue Integrierte Notfallzentren (INZ) aufgehen. Pro 400 000 Einwohner solle es ein Zentrum geben, kündigte Lauterbach an. Zu diesen Zentren

soll auch je eine ambulante Notdienstpraxis in unmittelbarer Nähe gehören. Die Einschätzung, wo die Patienten versorgt werden sollen, soll an einem gemeinsamen Tresen stattfinden.

Hausarztpraxis statt Notaufnahme

Im Kern zielt die Reform darauf ab, dass die Patienten dort behandelt werden, wo es am besten und schnellsten gehe, so Lauterbach. „Das muss nicht immer das Krankenhaus sein“, sagte der SPD-Politiker. „In vielen Fällen ist die notdienstliche Akutversorgung sehr viel sinnvoller.“ Häufig genüge auch der Besuch der Hausarztpraxis am nächsten Tag.

Lauterbach kündigte mit der Notfallreform „eine große Reform“ an, mit der Geld gespart und gleichzeitig die Versorgung verbessert werden könne. Denn 25 bis 30 % der Fälle, die in den Kliniken landeten, gehörten dort nicht hin, sagte Lauterbach.

In Kürze solle dazu ein Referentenentwurf der Bundesregierung vorgelegt werden. Das Gesetz solle im Januar 2025 in Kraft treten.

Die Eckpunkte der Notfallreform des BMG

- Patienten soll schneller ein Behandlungstermin vermittelt werden, indem Terminservicestellen der KVen ausgebaut werden und sich mit den Rettungsstellen vernetzen. Hierzu sollen die KVen mit den Rettungsleitstellen künftig zwingend kooperieren und eine Überleitung von Hilfesuchenden ermöglichen. Zur Förderung der Terminservicestellen sollen diese mit Geld der Krankenkassen ausgebaut werden. Wieviel Geld dafür zur Verfügung gestellt werden soll, konnte der Minister nicht sagen.
- Die notdienstliche Akutversorgung solle bundesweit vereinheitlicht werden. Dazu werde der Sicherstellungsauftrag der KVen konkretisiert. Sie müssten rund um die Uhr eine telemedizinische Versorgung sowie Hausbesuche insbesondere für immobile Patienten bereitstellen.
- Die KVen erhielten gesetzlich die Möglichkeit, für den aufsuchenden Dienst auch qualifiziertes nichtärztliches Personal einzubinden oder mit dem Rettungsdienst zu kooperieren (Gemeindenotfallsanitäter). Die ärztliche Kompetenz werde in diesen Fällen durch eine telemedizinische Anbindung dieser Dienste sichergestellt.
- Um Patientinnen und Patienten im Notfall gleich an die richtigen Strukturen zur Behandlung weiterzuleiten, sollen flächendeckend Integrierte Notfallzentren (INZ) sowie, dort, wo es die Kapazitäten zulassen, Integrierte Notfallzentren für Kinder und Jugendliche (KINZ) eingerichtet werden. INZ und KINZ bestehen aus der Notaufnahme eines Krankenhauses, einer zentralen Erstein-schätzungsstelle („gemeinsamer Tresen“) und einer KV-Notdienstpraxis in unmittelbarer Nähe.
- Die Kooperationspartner der INZ sollen sich zudem digital vernetzen, um Behandlungsdaten schnell austauschen zu können.
- Die Öffnungszeiten der INZ sollen gesetzlich festgelegt werden: (Wochenende/Feiertage: 9 Uhr bis 21 Uhr, Mittwoch/Freitag: 14 Uhr bis 21 Uhr und Montag, Dienstag und Donnerstag von 18 Uhr bis 21 Uhr). Abweichungen davon seien im Einzelfall möglich, wenn die notdienstliche Versorgung anderweitig sichergestellt werde.
- Durch eine Anbindung an eine Terminservicestelle sollen Patienten in INZ auch geeignete Termine für eine Weiterbehandlung angeboten werden können. Zudem soll auch die Abgabe von kurzfristig benötigten Arzneimitteln ermöglicht werden. Hierzu könnten die Integrierten Notfallzentren mit Apotheken in unmittelbarer Nähe Kooperationsvereinbarungen treffen.
- Damit Patienten nach Behandlung in einer Notdienstpraxis oder bei einem Hausbesuch nicht anschließend noch einmal in eine Hausarztpraxis gehen müssten, nur um eine Krankschreibung zu erhalten, soll auch den INZ sowie dem aufsuchenden Notdienst die Ausstellung der Krankschreibung ermöglicht werden.

Die Deutsche Gesellschaft für interdisziplinäre Notfall- und Akutmedizin (DGINA) begrüßte grundsätzlich die Reformvorschläge. „In das Eckpunktepapier sind viele Aspekte eingeflossen, die das belastete Notfallsystem deutlich verbessern können“, sagte DGINA-Präsident **Martin Pin**. Gleichzeitig mahnte er bei zentralen Punkten eine weitere Konkretisierung an. So fordert die Fachgesellschaft, dass bei der Patientensteuerung am Telefon die Notrufnummern stets erreichbar sein müssten. „Patienten mit einem akuten Gesundheitsproblem dürfen nicht gefährdet werden, weil sich eine Notfallbehandlung in einem solchen System möglicherweise verzögert“, sagte Pin. Daher drängt die DGINA auf festgelegte Reaktionszeiten und eine Qualitätssicherung des telefonischen Angebots.

Die Konkretisierung des Sicherstellungsauftrages der Kassenärztlichen Vereinigungen findet ebenfalls die Zustimmung der DGINA. Das werde „hoffentlich die jahrzehntelangen Diskussionen über den erforderlichen Leistungsumfang und die Qualifikation im Rahmen der Sicherstellung beenden“, sagte Pin.

Bezüglich der geplanten Integrierten Notfallzentren begrüßte die DGINA die verpflichtenden Mindestöffnungszeiten für Notdienstpraxen, forderte in Ballungsräumen aber längere Öffnungszeiten. Zur Weiterleitung von Patienten zu niedergelassenen Ärzten bei geschlossener Notdienstpraxis sagte Martin Pin: „Die Weiterleitung ist dann sinnvoll, wenn die Patienten in der Notaufnahme ambulant behandelt wurden und einen konkreten Arzttermin erhalten. Eine Weiterleitung nur aufgrund einer nicht wissenschaftlich validierten Ersteinschätzung ohne weitere ärztliche Behandlung lehnen wir weiterhin ab.“

In den Räumen der Berliner KV lobte Lauterbach das Notfallmodell, das die Berliner KV realisiert habe. Dieses wolle er als Blaupause zu 80 % für ganz Deutschland kopieren.

In Berlin werden Patienten, die die 116117 anrufen, an die Leitstelle des Ärztlichen Bereitschaftsdienstes (ÄBD) weitergeleitet. Beschwerden werden mit einem standardisierten medizinischen Ersteinschätzungsverfahren bewertet, um die Patienten danach in die richtige Versorgung zu weiterzuleiten. „Das kann ein ärztliches Beratungsgespräch am Telefon sein, der Besuch einer KV-Notarztpraxis, ein Hausbesuch durch den fahrenden Dienst, ein Akuttermin in einer Praxis oder der Besuch einer Praxis an einem Folgetag“, so die KV.

Vorbild INZ-Modell

Allerdings kämpft die Berliner KV gerade selbst darum, ihren ÄBD wie gewohnt zu erhalten, der rund um die Uhr bei akuten Erkrankungen, die keinen Notfall darstellen, helfen soll. Der Grund: Sogenannte Poolärzte, die auf Honorarbasis arbeiten, dürfen nicht mehr eingesetzt werden. Auch die elf Notdienstpraxen der Berliner KV, die die Rettungsstellen der Kliniken entlasten sollen, sind davon betroffen. Ein anderes Problem, mit dem die KV kämpft: „Die ambulante Notfallversorgung ist seit Jahren defizitär und der Fachkräftemangel spitzt sich weiter zu“, so der KV-Chef.

Das geplante INZ-Modell werde in Berlin ebenfalls gelebt. Mit einem gemeinsamen Tresen von Klinik und KV-Praxis gebe es



Bundesgesundheitsminister Karl Lauterbach und der KV-Vorstandsvorsitzende Dr. Burkhard Ruppert vor einem Fahrzeug des Ärztlichen Bereitschaftsdienstes der KV Berlin. Foto: Kotlorz

sechs KV-Notdienstpraxen für Erwachsene und für Kinder und Jugendliche in der Hauptstadt, so die KV. Auch mit den Rettungsleitstellen der Feuerwehr stehe die KV im Austausch.

„Die Reform der Notfallversorgung geht grundsätzlich in die richtige Richtung“, kommentierte **Dr. Gerald Gaß**, Vorstandsvorsitzender der DKG, die Eckpunkte aus dem BMG. Das betreffe vor allem die geplanten Maßnahmen zur gezielten Patientensteuerung und zur Konzentration der Notfallversorgung in INZ und KINZ. „Diese können zu einer besseren Notfallversorgung der Patientinnen und Patienten und zur Entlastung unserer Notfallaufnahmen beitragen“, sagte der DKG-Vorsitzende. Eine abschließende Bewertung könne die DKG indes erst vornehmen, wenn der Referentenentwurf vorliege. Erst die Umsetzung werde zeigen, ob diese Reform tatsächlich wegweisenden Charakter haben könne. So bleibe bei den Öffnungszeiten für die KV-Notdienstpraxen offen, ob ab 21 Uhr dieses Modell regelhaft die Krankenhäuser in der Verantwortung sieht. Der Bundesgesundheitsminister schein den bisherigen Sicherstellungsauftrag der Kassenärztlichen Vereinigungen grundlegend begrenzen zu wollen. Zu klären sei zudem, so Dr. Gaß, ob die Krankenkassen für die ambulante Notfallversorgung nach 21 Uhr zusätzliche Finanzmittel bereitstellten oder das Budget der KVen bereinigt werde. Dazu müsse dann aber auch das klare Bekenntnis zur Öffnung der Krankenhäuser für ambulante Leistungen folgen. Wichtig sei, dass die Bundesländer in einer sektorübergreifenden Versorgungsplanung die Standorte der INZ an den Krankenhäusern bestimmen könnten.

Die DKG sieht ebenfalls dringenden Handlungsbedarf für eine Reform der ambulanten Notfallversorgung und hat bereits in der Vergangenheit Reformvorschläge unterbreitet.

Das Reformpapier der DKG steht unter: <https://www.dkgev.de/dkg/presse/details/bei-der-notfallreform-muessen-die-patienten-im-mittelpunkt-steinen/>

Tanja Kotlorz