

Dr. Bernd Metzinger, MPH

# Notfallstrukturen in Krankenhäusern: Lösungen für ein gestuftes System

*Für ein gestuftes System von Notfallzuschlägen muss der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) in Krankenhäusern ein gestuftes System schaffen, das die derzeitige Notfallversorgung in Kategorien eingeteilt abbildet. Schon bei den ersten Verhandlungen im G-BA zeigt sich, dass die Kassenseite mit ihren überbordenden Forderungen zum Nulltarif die bestehende, qualitativ hochwertige stationäre Notfallversorgung der Bevölkerung ernsthaft gefährdet.*

## Gesetzliche Vorgaben

Mit dem KHSG werden die Vertragspartner auf der Bundesebene in § 9 Absatz 1 a Nr. 5 KHEntgG (neu) beauftragt, bis zum 30. Juni 2017 die Höhe und die nähere Ausgestaltung der Zu- und Abschläge für eine Teilnahme oder Nichtteilnahme von Krankenhäusern an der Notfallversorgung zu vereinbaren. Die Zu- und Abschläge müssen sich auf ein Stufensystem zu den Mindestvoraussetzungen für eine Teilnahme an der Notfallversorgung beziehen, das gemäß § 136 c Absatz 4 SGB V (neu) vom G-BA zu entwickeln ist. Dazu soll der Gemeinsame Bundesausschuss bis zum 31. Dezember 2016 ein gestuftes System von Notfallstrukturen in Krankenhäusern beschließen, einschließlich einer Stufe für die Nichtteilnahme an der Notfallversorgung. 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 Notfalleleistungen differenziert festzulegen. In der Begründung wird konkretisiert, dass damit zum Beispiel die Art und Anzahl bestimmter vorzuhaltender Abteilungen, die Anzahl von Intensivbetten und die vorhandene medizintechnische Ausstattung sowie Vorgaben zur Anzahl und Qualifikation des vorzuhaltenden Personals gemeint sind. Zudem ist zu berücksichtigen, ob eine Rund-um-die-Uhr-Bereitschaft an allen Tagen besteht.

Die Stufen können laut Gesetzesbegründung auch Differenzierungen nach Indikationsbereichen vorsehen. Die unterste Stufe ist unter Berücksichtigung der Vorgaben für die beim Sicherstellungszuschlag für die Versorgung notwendiger Leistungen der Notfallversorgung festzulegen. Die höchste Stufe ist zum Beispiel für eine umfassende Notfallversorgung in Universitätskliniken oder Kliniken der Maximalversorgung vorzusehen. Der Gemeinsame Bundesausschuss muss bei diesen Festlegungen auch planungsrelevante Qualitätsindikatoren berücksichtigen, soweit diese für die Notfallversorgung von Bedeutung sind. Dies kommt laut KHSG-Begründung insbesondere bei Indikatoren zur Strukturqualität für Leistungs-

bereiche in Betracht, die in die Notfallversorgung einbezogen werden sollen.

Der Beschluss des G-BA hat normsetzenden Charakter. Die betroffenen medizinischen Fachgesellschaften werden im Vorfeld beteiligt, indem sie Gelegenheit zur Stellungnahme erhalten, die der G-BA bei der Beschlussfassung zu berücksichtigen hat. Die Kompetenzen des G-BA, auf der Grundlage von § 136 Absatz 1 SGB V Regelungen zur Qualitätssicherung der ambulanten Notfallversorgung und zur Stärkung der sektorenübergreifenden Notfallversorgung zu treffen, bleiben unberührt.

In Abhängigkeit der als Mindestvoraussetzungen für differenzierte Stufen festgelegten strukturellen Voraussetzungen sollen Krankenhäuser zukünftig der Höhe nach gestaffelte Zuschläge für ihre Beteiligung an der Notfallversorgung erhalten, die nach § 9 Absatz 1 a Nr. 5 KHEntgG von den Vertragspartnern auf Bundesebene bis zum 30. Juni 2017 zu vereinbaren sind. Bei einer Nichtbeteiligung an der Notfallversorgung sind – wie bisher – verbindlich Abschläge zu erheben. Insgesamt kommt es durch die Zuschläge leider nicht zu einer Vermehrung des zu verteilenden Geldes, da zusätzliche Zuschläge zu Lasten der Landesbasisfallwerte gehen. Es handelt sich also um eine reine Umverteilung zwischen den Krankenhäusern.

## Aufgabe des G-BA

Die Aufgabe des G-BA wurde von dessen Trägern zunächst unterschiedlich interpretiert. Während die DKG die Festlegung der Stufen von vornherein als Mittel für den Zweck der Erarbeitung gestufter Zuschläge für die Notfallversorgung betrachtete, sahen der GKV-Spitzenverband, die Kassenärztliche Bundesvereinigung, die Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung und die Patientenvertreter in der gesetzlichen Regelung eine willkommene Gelegenheit, die Notfallversorgung insgesamt völlig neu zu regeln. Folgerichtig wurde im G-BA dann auch gegen die Stimmen der DKG beschlossen, das Stimmrecht für diese Fragen auf der Leistungserbringerseite nicht allein der DKG,

sondern allen Leistungserbringern zuzuschreiben. Erst die Beanstandung durch das BMG als Rechtsaufsicht mit der Klarstellung des Zweckes im Sinne der DKG und mit der Maßgabe, allein der DKG das Stimmrecht der Leistungserbringer zuzuordnen, konnte den G-BA dann überzeugen, dass der Satz des Gesetzgebers „Die Kompetenzen des G-BA, auf der Grundlage von § 136 Absatz 1 SGB V Regelungen zur Qualitätssicherung der ambulanten Notfallversorgung und zur Stärkung der sektorenübergreifenden Notfallversorgung zu treffen, bleiben unberührt.“ ernst gemeint war.

Dennoch ist festzustellen, dass die GKV und die Patientenvertreter in der Arbeitsgruppe des G-BA, die sich mit der Thematik befassen, durch die Stufenbildung auch eine weitere Verbesserung der Qualität der Notfallversorgung erreichen wollen. Doch muss gleichzeitig die Notfallversorgung auch weiterhin flächendeckend auf hohem Niveau gewährleistet bleiben. Dazu dürfen die Vorgaben zur Struktur insbesondere in der untersten Stufe nicht überzogen werden.

Interessant ist auch, dass die Krankenhausplanungsbehörden der Länder höchst interessiert sind an den Arbeitsergebnissen der AG. Einige der Landeskrankenhauspläne enthalten ja bereits heute Vorgaben für eine gestufte Notfallversorgung (beispielsweise Berlin). In anderen Bundesländern wurde eine Stufung der Teilnahme an der Notfallversorgung bewusst nicht vorgesehen (etwa Hamburg). Dem Vernehmen nach befassen sich die Länder auch schon mit der Frage, ob sie die G-BA-Vorgaben für die Notfallstrukturen angesichts ihrer dafür nicht ausgelegten Personalkapazitäten überhaupt überprüfen können. Dies ist aber gar nicht notwendig, denn eine Stufenregelung für Zuschläge ist von den Landeskrankenhausplänen zunächst völlig unabhängig. Die Krankenhausplanung ist alleinige Hoheit der Länder, nicht des G-BA. Es gibt keinen automatischen Eingang der vom G-BA festzulegenden Notfallstrukturen in die Landeskrankenhausplanung. Die Länder müssen nur das prüfen, was sie selbst aktiv in die Landeskrankenhauspläne hineinschreiben. Solange sie die vom G-BA zu beschließenden Notfallstufen nicht aktiv in ihre Krankenhauspläne übernehmen, ist eine Prüfung durch die Länder daher nicht erforderlich.

Nach Einschätzung der DKG ist es Aufgabe des G-BA, die real vorhandene Situation der Notfallversorgung in gestuften Kategorien abzubilden. GKV und Patientenvertreter wollen dagegen die Gelegenheit nutzen, normativ eine Idealsituation vorzugeben, die dann in die Realität umgesetzt werden soll. Da kein zusätzliches Geld der GKV dabei fließen wird, werden die Forderungen der GKV und der Patientenvertreter aller Voraussicht nach überbordend sein. Das entspricht aber nicht der offensichtlichen Intention des Gesetzgebers.

## Anzahl und Ausgestaltung der Stufen

Der Gesetzgeber lässt neben einer Nichtteilnahme die Anzahl der Stufen für eine Teilnahme an der Notfallversorgung prinzipiell offen, er beschreibt aber eine unterste Stufe, „für die beim Sicherstellungszuschlag für die Versorgung notwendige Leistungen der Notfallversorgung“ zu berücksichtigen sind, und

eine höchste Stufe „zum Beispiel für eine umfassende Notfallversorgung in Universitätskliniken oder Kliniken der Maximalversorgung“. Dies legt nahe, dass zwischen diesen beiden Stufen noch (mindestens) eine weitere Stufe liegt, die den größten Teil der Notfälle eigenständig versorgen kann. Dies entspricht auch der Realität, ebenso der Einteilung im „Weißbuch Schwerverletztenversorgung“<sup>(1)</sup> sowie dem aktuellen wissenschaftlichen Stand in der Notfallversorgung, der im „Positionspapier für eine Reform der medizinischen Notfallversorgung in Deutschland“<sup>(2)</sup> beschrieben wird. Ein höherdifferenziertes Stufenmodell würde eine größere Zahl von zu definierenden Schnittstellen mit sich bringen, die zwischen den Stufen abzugrenzen wären, was zu erheblichen Diskussionen vor Ort über die Einstufungsfrage führen würde. Das „Keep-it-simple“-Prinzip mit drei Versorgungsstufen bietet sich daher aus mehreren Gründen an.

Die drei Stufen der Notfallversorgung der Krankenhäuser sollten in Anlehnung an die vorgenannten Quellen unter Weiterentwicklung für die Zwecke des § 136 a Absatz 4 SGB V etwa folgendermaßen ausgestaltet werden:

### Basisnotfallversorgung

Krankenhäuser der Basisnotfallversorgung (= unterste Stufe) dienen der flächendeckenden Versorgung der häufigsten Erkrankungen und Einzelverletzungen. Ihre wichtigen Aufgaben sind eine adäquate Behandlung von Notfallpatienten vor Ort und – soweit die Versorgung in der Klinik der Basisnotfallversorgung nicht in ausreichendem Umfang gewährleistet werden kann – die zielgerichtete Weiterleitung des Notfallpatienten, ggf. nach Herstellung der Transportfähigkeit. Für die Versorgung von Patienten mit besonders schweren Erkrankungen oder Erkrankungen, die einer spezialisierten Versorgung bedürfen, und für die Schwerverletztenversorgung müssen sie als initiale Anlaufstellen dienen können, wenn ein direkter Transport in eine Klinik einer höheren Versorgungsstufe nicht stattfindet.<sup>(3)</sup>

### Erweiterte Notfallversorgung

Krankenhäuser der erweiterten Notfallversorgung sollen die Mehrzahl aller Erkrankungen und Verletzungen definitiv versorgen können. Sie halten ausreichende Intensiv- und Operationskapazitäten vor. Die apparativen und personellen Ressourcen umfassen regelhaft den Einbezug mehrerer Fachdisziplinen und eine diesem Versorgungsniveau angepasste diagnostische und therapeutisch-operative Ausstattung. Die neurologische und neurotraumatologische Notfallversorgung muss in Krankenhäusern der erweiterten Notfallversorgung regelhaft und uneingeschränkt gewährleistet sein. Für Krankenhäuser ohne eigene neurologische oder neurochirurgische Fachabteilung ist die Versorgung durch geeignete Kooperationen sicherzustellen. Krankenhäuser der erweiterten Notfallversorgung unterscheiden sich von Krankenhäusern der umfassenden Notfallversorgung durch eine eingeschränkte Aufnahmekapazität für zeitlich parallele Notfälle und durch ihre eingeschränk-

te Kompetenz in der Behandlung besonders komplexer Erkrankungen und Verletzungen.

### Umfassende Notfallversorgung

Die umfassende Notfallversorgung wird von Kliniken der Maximalversorgung durchgeführt. Sie haben spezifische Kompetenzen zur umfassenden Behandlung aller schwer Erkrankten und Verletzten, insbesondere solcher mit außergewöhnlich komplexen oder seltenen Erkrankungen oder Verletzungen.

Neben einer zeitlich lückenlosen und jederzeit aufnahmebereiten Vorhaltung von Intensiv- und Operationskapazitäten muss die zeitgerechte Verfügbarkeit aller für die Versorgung notwendigen Fachdisziplinen im Sinne eines interdisziplinären Behandlungsansatzes gewährleistet sein.

In Kliniken der umfassenden Notfallversorgung muss täglich 24 Stunden lang eine personelle Ausstattung vorgehalten werden, die geeignet ist, alle Arten von Erkrankungen und Verletzungen sowohl als Notfall als auch im weiteren Verlauf definitiv versorgen zu können. Eventuelle Ausnahmen bilden Erkrankungen und Verletzungen, die in speziellen Behandlungszentren behandelt werden (beispielsweise Verbrennungspatienten oder querschnittgelähmte Patienten). Schriftliche Regelungen für die Bewältigung eines Massenfalls von Erkrankten oder Verletzten müssen vorliegen.

Die in dieser Versorgungsstufe möglichst zentral organisierte Notaufnahme muss täglich 24 Stunden verfügbar, gut ausgestattet und rollstuhlgerecht erreichbar sein.

Neben den obligaten Fachabteilungen Innere Medizin, Chirurgie, Anästhesie, Radiologie, Neurologie und Neurochirurgie müssen weitere Fachabteilungen zur Behandlung häufig vorkommender Notfälle vorhanden sein, beispielsweise Gynäkologie und Geburtshilfe, Urologie, Kinder- und Jugendmedizin oder Psychiatrie.

Für die Personalstruktur ist jederzeit Facharztstandard aller vorhandenen Fachabteilungen zu gewährleisten, es müssen Hinzuziehungsregeln für alle vorhandenen Fachabteilungen bestehen, und für eine ständige OP-Bereitschaft muss ein komplettes OP-Team einschließlich Anästhesie bereitstehen.

Als medizinische Ausstattung müssen eine Notaufnahme mit zwei Schockräumen für traumatologische und nichttraumatologische Notfälle, ein Computertomograph und ein MRT (möglichst in unmittelbarer Nähe zum Aufnahmebereich), ein aseptischer und ein septischer OP, ein Herzkatheterlabor mit Interventionsmöglichkeit innerhalb von 60 Minuten, eine radiologische Interventionsmöglichkeit und eine Stroke-Unit mit der Möglichkeit zur Reperfusionstherapie jederzeit verfügbar sein. Natürlich müssen auch hier Endoskopie, Röntgen, eine Sonographie, ein EKG und ein Notfalllabor einschließlich einer Blutgasanalyse jederzeit durchgeführt werden können. Auch in dieser höchsten Versorgungsstufe muss die Intensivstation so ausgestattet sein, dass beatmungspflichtige Intensivpatienten innerhalb von 60 Minuten auf die Intensivstation aufgenommen werden können. Darüber hi-

naus ist in dieser Versorgungsstufe ein Hubschrauber-Landepplatz obligat.

### Besonderheiten

Auf der Basis eines solchen dreistufigen Systems von Notfallstrukturen können dann weitere Versorgungsaspekte geregelt werden. So sind vielerorts auch Fachkliniken und spezialisierte Kliniken in die Notfallversorgung mit einbezogen. Beispielhaft genannt seien hier die BG-Kliniken, die eine Maximalversorgung von Unfallopfern durchführen. Auch für diese Kliniken sollten Zuschläge die Aufwendungen der notwendigen Vorhaltung refinanzieren können.

Ein besonderer Bereich ist auch die Versorgung von Kindernotfällen. Hier könnte sich ein ähnlich dreistufiges System wie oben beschrieben anbieten, das allerdings speziell auf die Notwendigkeiten bei der Versorgung von Kindern ausgerichtet ist.

In der Gesetzesbegründung wird auch eine indikationsbezogene Einstufung der Notfallversorgung angesprochen. Dies kann sinnvoll sein, wenn S-3-Leitlinien bestimmte Versorgungsformen als vorteilhaft vorgeben. Ein Beispiel könnte die Schlaganfallversorgung sein. So könnte einem Krankenhaus der Basisversorgung, das aber über eine Stroke-Unit verfügt, für Schlaganfallpatienten eine höhere Versorgungsstufe zuerkannt werden.

Die Einbeziehung planungsrelevanter Qualitätsindikatoren kommt zum jetzigen Zeitpunkt noch nicht in Frage, da solche Indikatoren zurzeit vom IQTIG erst entwickelt werden.

Es bleibt abzuwarten, ob für alle Besonderheiten in der Kürze der zur Verfügung stehenden Zeit angemessene Lösungen gefunden werden können. Die DKG wird dies aktiv vorantreiben.

### Forderungen der Kassen

GKV-Spitzenverband und Patientenvertreter stellen Forderungen zur Ausstattung der Krankenhäuser in den einzelnen Stufen auf, die mit dem Status quo nicht in Einklang zu bringen sind. Die Lücke zwischen den utopischen Vorstellungen der GKV und dem Status quo zu überbrücken, würde teure

— Anzeige —



**Bachelor-Studiengänge**

- Physician Assistance (B.Sc.)
- Gesundheits- und Krankenpflege (B.Sc.)
- Gesundheit und Management für Gesundheitsberufe (B.Sc.)
- Medizinpädagogik (B.A.) in Akkreditierung

**Master-Studiengänge**

- Führung und Management im Gesundheits- und Sozialwesen (M.A.)
- Interdisziplinäre Therapie in der Pädiatrie (M.Sc.)
- Naturheilkunde & komplementäre Medizin (M.Sc.)

Mit Standorten in:

- Frankfurt
- Hamburg
- Idstein
- Köln
- München


[www.carl-remigius.de](http://www.carl-remigius.de)  
 0 61 26/5 50 36-49 · [beratung@carl-remigius.de](mailto:beratung@carl-remigius.de)

Investitionen erfordern: Geld, das die Kliniken selbst nicht besitzen. Die GKV zieht sich darauf zurück, dass neue Mittel für die Zuschläge vom Gesetzgeber nicht vorgesehen sind. Zudem gibt das Gesetz dem G-BA die Aufgabe, einen Beschluss zu tätigen, nicht eine Richtlinie. Das ist insofern bedeutsam, als zusätzliche Kosten durch Beschlüsse des G-BA nur dann von den Krankenkassen vergütet werden müssen, wenn sie in Richtlinien verankert werden. Von der GKV sind daher keine Mittel zu erwarten.

Viele der Forderungen machen auch bauliche Maßnahmen erforderlich. Ein Hubschrauberlandeplatz oder eine barrierefreie zentrale Notaufnahme machen erhebliche Baumaßnahmen auch schon in der Basisnotfallversorgungsstufe notwendig. Auch die Länder sehen sich aber nicht in der Lage, ihrer finanziellen Verantwortung zu deren Finanzierung nachzukommen.

Im Klartext: Die GKV bestellt Leistungen, die sie nicht zu bezahlen gewillt ist. Gleiches gilt für die Länder. In anderen Regelungsbereichen nennt man das Zechprellerei.

Nach eigenen Berechnungen der GKV mit Hilfe der Abrechnungsdaten würden ihre Forderungen mehr als ein Drittel aller Kliniken bereits von der Notfallversorgung in der Basisstufe ausschließen. Dabei basieren diese Berechnungen ausschließlich auf den Vorstellungen der GKV zu den in den einzelnen Stufen vorzuhaltenden Fachabteilungen, die weiteren Forderungen sind in die Berechnung nicht einbezogen. In der Konsequenz müsste laut GKV mehr als ein Drittel aller Krankenhäuser Deutschlands aus der Notfallversorgung ausscheiden. Dies geht massiv zu Lasten der flächendeckenden Versorgung von Notfallpatienten und ist für die DKG völlig inakzeptabel, auch weil diese Kliniken einen Abschlag wegen Nichtteilnahme an der Notfallversorgung hinnehmen müssten. Weniger als 25 Prozent der Krankenhäuser könnten die GKV-Vorstellungen für eine erweiterte Notfallversorgung erfüllen, und deutlich weniger als 10 Prozent der Kliniken würden in die umfassende Notfallversorgungsstufe fallen. Alle weiteren Forderungen sind in diesen Berechnungen der GKV nicht berücksichtigt, weil dazu keine Daten vorliegen, so dass die tatsächliche Zahl der in den einzelnen Stufen verfügbaren Kliniken noch weit niedriger liegen dürfte.

Denn bei ihren Forderungen weisen die Kassen auf das Wort „insbesondere“ vor der Aufzählung der Mindestvorgaben im Gesetzestext hin und fordern im Sinne einer nicht abschließenden gesetzlichen Aufzählung, zusätzlich u. a. die Einbindung in den Rettungsdienst, Strukturen und Prozesse der Notaufnahme und die Einbindung der kassenärztlichen Notfallversorgung in den einzelnen Stufen zu regeln. Dem hat die DKG eine klare Absage erteilt. Die Einbindung in den Rettungsdienst wird nicht von den Krankenhäusern geregelt, die Strukturen und Prozesse der Notaufnahme liegen in der Organisationshoheit der Kliniken selbst, und die Einbindung der KV-Notfallversorgung hat einen politisch-organisatorischen, nicht aber einen die Versorgungsqualität betreffenden Hintergrund. Zudem gilt für letzteres, dass der Gesetzgeber die ambulante Versorgung von Notfällen explizit nicht als Gegenstand des KHSG sieht.

### Beispiel: Zentrale Notaufnahme

Beispielhaft seien hier die Forderungen der GKV für eine Notaufnahme in allen drei Teilnahmestufen der Notfallversorgung angeführt:

- Es muss eine fachlich unabhängige, räumlich eigenständige und organisatorisch abgegrenzte Notfallversorgung am Krankenhaus mit Benennung eines verantwortlichen Arztes, sobald verfügbar für klinische Notfall- und Akutmedizin, sowie einer Pflegekraft, sobald verfügbar für Notfallpflege, eingerichtet sein.
- Die Notfallversorgung des überwiegenden Anteils der Notfallpatienten muss in einer zentralen Notaufnahme stattfinden. Alle Notfallpatienten des Krankenhauses müssen spätestens 10 Minuten nach Eintreffen in der zentralen Notaufnahme eine Einschätzung der Behandlungspriorität anhand eines strukturierten und validierten Systems zur Behandlungspriorisierung von Notfallpatienten mit mindestens vier Stufen erhalten. Ferner muss die Notaufnahme schriftliche Standards für den Umgang mit den häufigsten Symptomen haben. Die Notaufnahme muss zudem über Isolationsbereiche verfügen mit geeigneten Zugangsmöglichkeiten für Patienten, die einer Kontaktisolation bedürfen.
- Sogar in die Dokumentation will die GKV sich einmischen: Die Patientenversorgung muss aussagekräftig dokumentiert werden und sich an den Minimalvorgaben zum Beispiel des Kerndatensatzes Notaufnahme der DIVI orientieren. Die Dokumentation muss regelmäßig spätestens bei der Entlassung oder Verlegung des Patienten vorliegen.
- Die GKV will ein Verlegungskonzept und schriftliche Kooperationsvereinbarungen mit Notfallkrankenhäusern und -zentren im Rahmen der Notfallversorgung vorschreiben. In die Regelungen zu Verlegungskonzepten müssen die Rettungsleitstellen und Rettungsdienststräger einbezogen sein.
- Für Fachgebiete, die im Rahmen der Notfallversorgung angeboten werden, müssen fachgebietsspezifische telemedizinische Netzwerke zur Verfügung gestellt werden. Für Fachgebiete, die nicht im Rahmen der Notfallversorgung angeboten werden, müssen fachgebietsspezifische telemedizinische und/oder teleradiologische Netzwerke genutzt werden.

Aus Sicht der DKG sind diese Anforderungen in der Mehrzahl der Krankenhäuser insgesamt nicht zu erfüllen. Nicht nur kleine Krankenhäuser sondern auch viele große Universitätskliniken dürften damit aus der Notfallversorgung herauskatapultiert werden, da sie diese bereits für die Basisstufe vorgesehenen Vorgaben nicht vollständig umsetzen können. Gerade für Kliniken mit sehr großem oder fachlich differenziertem Campus ist die Zentralisierung der Notaufnahme an einer Stelle nicht immer sinnvoll und möglich. Und für die Isolation kontagiöser Patienten bestehen auch andere Möglichkeiten als die direkte Außentür des Infektionsbereiches, etwa solche am Patienten selbst.

Kooperationspartner für schriftliche Kooperationsvereinbarungen mit Notfallkrankenhäusern und -zentren im Rahmen

der Notfallversorgung könnten für viele Kliniken schwer zu finden sein. Schließlich sind die Kliniken von der Politik in einen Wettbewerb unter einander geschickt worden. Insofern ist die Nachbarklinik mit dem geeigneten Versorgungspotential zu einer Vereinbarung aufgrund anderer sich überschneidender Versorgungsfelder nicht immer bereit. Dagegen wäre beispielsweise die weit entfernte geeignete Klinik desselben Trägers einem Kooperationsvertrag sicher zugeneigt. Dies könnte – auch unter Einbeziehung des Rettungsdienstes – dazu führen, dass die Verlegung von Patienten in geeignetere Krankenhäuser mit weiteren Transportwegen und dadurch bedingten Zeitverzögerungen in der Versorgung verbunden wären. Ob das für Patienten sinnvoll ist, muss bezweifelt werden. All diese Vorgaben sind auch vor dem Hintergrund zu betrachten, dass der Medizinische Dienst der Krankenkassen künftig vorgegebene Strukturen auch außerhalb von Einzelfallprüfungen kontrollieren kann und wird. Da ist es ein Leichtes, nach der Außentür des Isolationsbereiches zu schauen oder sich die Dokumentation von Notfällen oder einen Kooperationsvertrag für irgendeinen seltenen Notfall vorlegen zu lassen. Auch die Frage, ob die Notfallambulanz tatsächlich fachlich unabhängig und organisatorisch abgegrenzt ist oder doch von einem Oberarzt aus einer der vorhandenen Abteilungen geleitet wird, dürfte leicht zu klären sein. Und die Nutzung telemedizinischer Netzwerke für in der Notfallversorgung nicht angebotene Fachgebiete (das können sehr viele sein!) ist ebenfalls leicht zu überprüfen. Jede Nichterfüllung dieser Vorgaben führt dann sofort dazu, dass die Klinik aus den 3 Notfallversorgungsstufen herausfällt und ein Notfallabschlag für alle von der Klinik abgerechneten Behandlungsfälle erhoben wird (zurzeit 50 € pro Fall). Inwiefern die Klinik dann unter diesen Umständen überhaupt weiterhin die Notfallversorgung übernehmen kann, hängt von den Landesplanungsbehörden ab. Inwiefern die Klinik trotz eines Abschlags weiterhin Notfallpatienten behandeln will, entscheidet die Klinik.

Alle diese und viele weitere Aspekte sind in die ersten Berechnungen der GKV nicht eingegangen. Nach Einschätzung der DKG werden die von der GKV nicht mit einbezogenen Forderungen schon für die Basisversorgung von den meisten Krankenhäusern nicht erfüllt. Dabei muss man sich vor Augen führen, dass die notfallmedizinische Versorgung in Deutschland heute auf einem im internationalen Vergleich sehr hohen Niveau erfolgt. Natürlich gibt es auch auf diesem hohen Niveau noch weiteres Verbesserungspotential. Die GKV muss sich aber darüber klar sein, dass sie sich mit ihren Forderungen im Grenznutzenbereich befindet. Beharrt sie auf ihren Forderungen, so droht der Zusammenbruch der flächendeckenden Notfallversorgung der Bevölkerung in unserem Lande.

## Fazit

Das vom Gesetzgeber vorgesehene Tempo der Beschlussfassungen im G-BA bis zum 31. Dezember 2016 und in der Selbstverwaltung bis zum 31. Juni 2017 für ein gestuftes System von Notfallzuschlägen lässt eine gründliche Beratung für ein gestuftes System von Notfallstrukturen der Krankenhäuser

kaum zu. Daher kann es nur darum gehen, in einem möglichst einfachen System von Notfallstufen eng am Gesetzestext arbeitend klare Abgrenzungen vorzunehmen, die dann mit differenzierten Notfallzuschlägen ausgestattet werden können. Hier würde sich – neben der Nichtteilnahme an der Notfallversorgung – ein dreistufiges System aus Basisversorgung, erweiterter Notfallversorgung und umfassender Notfallversorgung anbieten. Hinzukommen müssten weitere Regelungen für Spezialversorgungen. Insgesamt darf die Ausgestaltung des Stufensystems die bestehende flächendeckende und qualitativ sehr hochwertige Notfallversorgung, die ja auch einen Teil der Daseinsfürsorge des Staates für die Bevölkerung ausmacht, nicht in Frage stellen.

Insgesamt zeigen die Forderungen der Krankenkassen, dass eine realistische Abbildung des Status Quo in der Notfallversorgung von ihnen nicht beabsichtigt ist. Stattdessen wollen sie einen radikalen Abbau der Notfallversorgung unter Inkaufnahme einer lückenhaften Flächendeckung herbeiführen. Man kann im Interesse der Notfallpatienten nur hoffen, dass die Kassen für dieses Ansinnen im Gemeinsamen Bundesausschuss keine Stimmenmehrheit herbeiführen können.

Die vertragsärztliche Notfallversorgung wird von all diesen Regelungen nicht tangiert. Bedauerlich ist, dass das neue System gestufter Notfallzuschläge keine zusätzlichen Finanzmittel ins System bringt, sondern lediglich zu einer Umverteilung zwischen den Krankenhäusern führen kann, da Mehrausgaben zu Lasten des Landesbasisfallwertes gehen.

## Anmerkungen

- 1) Deutsche Gesellschaft für Unfallchirurgie e. V. (Hrsg.), Weißbuch Schwerverletztenversorgung, 2., erweiterte Auflage, Supplement Orthopädie und Unfallchirurgie, Juni 2012, [http://www.dgu-online.de/fileadmin/published\\_content/5.Qualitaet\\_und\\_Sicherheit/PDF/20\\_07\\_2012\\_Weissbuch\\_Schwerverletztenversorgung\\_Auflage2.pdf](http://www.dgu-online.de/fileadmin/published_content/5.Qualitaet_und_Sicherheit/PDF/20_07_2012_Weissbuch_Schwerverletztenversorgung_Auflage2.pdf) abgerufen am 12. Juni 2016
- 2) Riessen, R. et al, Positionspapier für eine Reform der medizinischen Notfallversorgung in Deutschland, <http://www.divi.de/images/Dokumente/Empfehlungen/Notfallmedizin/Reform%20der%20medizinischen%20Notfallversorgung%20in%20Deutschland%2020141017.pdf> abgerufen am 12. Juni 2016
- 3) Dies ist explizit nicht als gleichwertige Alternative zu einem primären Transport eines schwer erkrankten oder schwer verletzten Patienten in eine zur Versorgung geeigneteren Versorgungsstufe gemeint. Die Klinik der Basisversorgung muss aber auch für die Erstversorgung dieser Patienten gerüstet sein, wenn diese zum Beispiel als Selbsteinweiser dort eintreffen.

## Anschrift des Verfassers

Dr. Bernd Metzinger, MPH, Leiter Dezernat Personalwesen und Krankenhausorganisation, DKG, Wegelystraße 3, 10623 Berlin

Anzeige

Ihre spezialisierten  
Berater und Prüfer für alle  
Fragen im Krankenhaus

[www.bpg-muenster.de](http://www.bpg-muenster.de)

Münster – Berlin – Bremen – Köln – Stuttgart

