Verband der Krankenhausdirektoren Deutschlands e. V.

Verband der Krankenhausdirektoren Deutschlands (VKD)
Stellungnahme zum Referentenentwurf eines Notfallgesetzes

Ein Notfallgesetz ist seit etlichen Jahren zwingend. Daher begrüßt der VKD dieses Vorhaben. Angesichts der hohen Belastung, die viele Notaufnahmen der Krankenhäuser seit langem zu bewältigen haben, fordert der VKD schon seit etlichen Jahren eine Reform der Notfallversorgung sowie eine Reform des Rettungsdienstes. Das war und ist für uns sowohl angesichts der notwendigen Verlässlichkeit für die Patienten mit akutem Behandlungsbedarf und gleichermaßen für eine bessere Patientensteuerung zur Entlastung der Notaufnahmen bedeutsam. Es ist darüber hinaus aber auch wegen der nicht auskömmlichen und fairen Finanzierung für die Leistungen der Krankenhäuser in der ambulanten Notfallversorgung wirtschaftlich wichtig.

Das Notfallgesetz betrifft einen für die Versorgung wichtigen verbindenden Bereich zwischen ambulanter und stationärer Gesundheitsversorgung. Es muss daher mit beiden Bereichen organisatorisch, strukturell und von den technischen Gegebenheiten sowie in der Qualitätssicherung mit den anderen Bereichen der Gesundheitsversorgung, vor allem dem stationären und ambulanten Sektor, kompatibel sein, um die gewollten Vernetzungen und damit die angestrebten Ziele zu erreichen. Das ist leider nicht in jedem Fall mit dem vorliegenden Entwurf umsetzbar. Ein wesentlicher Grund dafür ist, dass es nicht, wie es logisch gewesen wäre, gemeinsam mit dem KHVVG erarbeitet wurde. Was den ambulanten Bereich betrifft, so ist für diesen bisher keine Strukturreform vorgesehen. Das steht aus unserer Sicht für die Zukunft noch aus.

Notfallversorgung ist aktuell durch mangelnde Steuerung der Patientenflüsse und hohe Belastung der Krankenhaus-Notaufnahmen gekennzeichnet. Daher spricht sich der VKD für Integrierte Notfallzentren von Krankenhäusern in Kooperation mit ambulanten Strukturen aus. Während aus Sicht des VKD die Krankenhäuser die Anker der Gesundheitsversorgung sind, agieren die INZ der Krankenhäuser in diesem Sinne als Anker der Notfallversorgung.

Im Folgenden sind die uns besonders wichtigen Aspekte aufgeführt:

Mehr Stringenz und Übersicht notwendig

Da der Referentenentwurf versucht, alles sehr kleinteilig zu regeln, ist die Folge, dass ein klarer Überblick für die Beteiligten sowie deren Verantwortlichkeiten auch bei der Umsetzung später schwierig ist und zudem an verschiedenen Stellen Doppelstrukturen vorgesehen sind. Das wird in der Kooperation aller Bereiche, die ja ein Ziel ist, zu Irritationen führen. Hier ist eine Entkernung für mehr Stringenz und Übersichtlichkeit sinnvoll.

Finanzierung der Notfallversorgung bleibt weiterhin defizitär für die Kliniken

Die Finanzierung der Notfallversorgung wird auch in der neuen Struktur durch INZ weiterhin defizitär bleiben, zumal ein INZ noch deutlich höhere Kosten verursachen wird, als es bisher der Fall ist. Verschiedene Studien zeigen derzeit eine Einnahmelücke von bis zu 100,00 Euro je ambulantem Patienten. Damit tragen die unzureichenden Vergütungen im Bereich der Notaufnahmen weiterhin zu den erheblichen Defiziten der Häuser bei.

Wesentlich für die Neugestaltung der Notfallversorgung ist daher ein stimmiges und faires Finanzierungskonzept, das den Krankenhäusern ermöglicht, kostendeckend ihre Leistungen zu erbringen. Dafür ist ein von der Finanzierung des Krankenhauses getrenntes Budget notwendig, das Sach- und Personalkosten sowie Vorhaltekosten beinhaltet.

Digitale Infrastruktur erst der zweite Schritt?

Grundsätzlich muss darauf hingewiesen werden, dass die Ziele der Reform nur zu erreichen sind, wenn alle Beteiligten über eine gemeinsame digitale Infrastruktur verfügen, um die Kommunikation, die notwendig sein wird, zu ermöglichen. Davon sind wir trotz elektronischer Patientenakte und Teildigitalisierungen der Krankenhäuser bisher noch weit entfernt, auch wenn der Bund hierfür Fördermittel bereitstellt.

Unklar bleibt für uns, wie und in welchen Schritten diese notwendige Digitalisierung umgesetzt werden soll. Im Referentenentwurf wird die Digitalisierung, wie wir das verstehen, erst dann erfolgen, wenn die neuen Strukturen bereits angelegt sind. *(„Ein weiterer wichtiger Baustein ist die Digitalisierung und die digitale Vernetzung* ***der nunmehr geschaffenen*** *Leistungserbringer der medizinischen Notfallrettung mit den anderen Akteuren…“* Digitalisierung ist derzeit allerdings in allen beteiligten Bereichen nur lückenhaft vorhanden.

Die Vorstellung, später alles parallel zu implementieren, ist praxisfremd und widerspricht allen Erfahrungen in diesem Bereich. Zu beachten ist zudem, dass es beim Aufbau der digitalen Infrastruktur nicht nur um die Finanzierung geht, sondern auch um die Möglichkeiten der zu beauftragenden Firmen. Es gibt zudem erhebliche Engpässe im IT-Bereich der meisten Krankenhäuser.

Dieser Aufbau einer digitalen Infrastruktur, die für die komplexe und vernetzte Notfallstruktur eine Grundvoraussetzung ist, wird im Notfallgesetz nicht klar definiert. Die Vorstellung, alles parallel oder erst später zu implementieren, ist praxisfremd und widerspricht allen Erfahrungen in diesem Bereich.

INZ-Standorte – Festlegungen ausschließlich durch die Länder

Dass die erweiterten Landesausschüsse die Standorte der INZ festlegen sollen und erst dann, wenn man sich dort nicht einigt, die Krankenhäuser entscheiden dürfen, konterkariert die Verantwortung der Länder für die Krankenhausplanung, damit auch für die Festlegung von INZ-Standorten. Das verlängert die Entscheidungsfindung zudem unnötig. Unklar ist auch die Regelung, nach welchen Kriterien konkret die Standorte festgelegt werden sollen. Dass es sich dabei um für die Notfallmedizin relevante Fachabteilungen handeln soll, ist unkonkret und Auslegungssache. Positiv ist, dass immerhin die Psychiatrie dabei sein muss – eine Forderung der Fachgruppe Psychiatrische Einrichtungen des VKD.

KV-Sicherstellungsauftrag praxisfern

Der Sicherstellungsauftrag für die KV wurde für die Umsetzung des Notfallgesetzes deutlicher definiert und auch erheblich erweitert. Skeptisch sieht der VKD allerdings, dass die dafür notwendigen personellen Ressourcen der Ärzte im niedergelassenen Bereich nicht ausreichend zur Verfügung stehen werden - u. a. die Einrichtung von Notdienstpraxen an Krankenhausstandorten mit INZ, mobile Dienste vor allem für Pflegeheime 24 Stunden / 7 Tage die Woche, Einbindung von Vertragsärzten und MVZ für die Versorgung im Umkreis von Klinikstandorten, aufsuchende Versorgung, Aufbau einer Akutleitstelle durch die KVen usw. Ein Problem, das sich nicht auf die Schnelle lösen lässt, so dass die damit verbundenen Aufgaben am Ende doch wieder von den Krankenhäusern zu leisten wären.

Angesichts der zunehmenden Lücken in der bisherigen Umsetzung des Sicherstellungsauftrags durch die Kassenärztlichen Vereinigungen sollte im neuen Notfallgesetz der Sicherstellungsauftrag für die ambulante Notfallversorgung den Ländern übertragen und die Krankenkassen verpflichtet werden, diese Leistungen, die dann von Krankenhäusern und deren MVZ erbracht werden, auch vollständig zu finanzieren.

Vergütung nach EBM für die INZ-Leistungen kritisch

Vorgesehen wird dagegen im Referentenentwurf auch weiterhin eine Vergütung nach EBM. Neu sind lediglich Zuschläge für eine gegebenenfalls aufwändigere Betreuung von Patienten, die im EBM festgelegt werden. Basis dafür sollen offenbar die schon im EBM geltenden Zuschläge für ambulante Notfallbehandlungen sein. Diese berücksichtigen aber die im Krankenhaus / INZ bereitgehaltene und dann für diese aufwändigeren Fälle nutzbare technische und personelle Infrastruktur nicht. Daher werden sie ebenfalls für das INZ nicht auskömmlich sein und sind von uns daher abzulehnen.

Praxisferne Regelungen auf dem Rücken der INZ / Kliniken

Praxisfern ist auch die Regelung, dass die KVen in den INZ-Notdienstpraxen ein breites Versorgungsangebot vorhalten sollen. Als Ausweichmöglichkeit sieht der Entwurf – weil das in der Praxis angesichts der personellen Möglichkeiten der KVen kaum möglich sein wird - die von den Klinikträgern betriebenen MVZ oder Partnerpraxen in INZ-Nähe. Letzteres ist auch bisher schon möglich, doch die Bereitschaft der dort tätigen Ärzte hat sich als sehr gering herausgestellt. Schlussendlich wird das wieder auf dem Rücken der Krankenhäuser organisiert werden müssen. Auch hier spielt der Sicherstellungsauftrag hinein.

Terminorganisation durch INZ nicht leistbar

Eine Zusatzaufgabe wird den INZ dadurch übertragen, dass KVen den INZ die Möglichkeit einräumen, Termine im vertragsärztlichen Bereich zu organisieren. Das sehen wir nicht als Ermöglichung, sondern als eine aus dieser Übertragung resultierenden Pflicht, die in jedem Fall von den KVen organisiert werden muss. Die INZ / Krankenhäuser hätten damit eine Pflicht, für die extra eine Struktur zu schaffen wäre. Das wird von uns abgelehnt. Eine Terminvermittlung sollte nach telefonischer Ersteinschätzung bereits vor der Steuerung in die Notaufnahme erfolgen.

Rahmenvereinbarung für Abläufe im INZ, positiv: Entscheidungen vor Ort

Eine dreiseitige Rahmenvereinbarung soll die Abläufe im INZ sowie die Zusammenarbeit der Beteiligten regeln. Auch hier soll der G-BA eine Richtlinie erarbeiten. Wie das konkret aussehen soll, ist nicht definiert. Positiv ist daher, dass die Regeln dieser Zusammenarbeit die Beteiligten vor Ort festlegen können.

Vergütung für Ersteinschätzung in Kliniken ohne INZ

Dass Krankenhäuser ohne eine INZ auch weiterhin Notfälle behandeln dürfen, entspricht sicher der generellen Pflicht, Patienten nicht abzuweisen. Eine Leistungsvergütung dafür wird in diesen Fällen mit einer verpflichtenden Ersteinschätzung verbunden, die feststellt, dass der Patient zumutbar nicht an eine INZ in der Nähe verwiesen werden kann. Die Ersteinschätzung soll in jedem Fall vergütet werden. Die Kriterien dafür soll der ergänzte Bewertungsausschuss auf Basis von Vorgaben durch den G-BA festlegen. Hier ist abzuwarten, ob diese Vergütung auskömmlich sein wird. Das ist aus unserer Sicht auch zu fordern, denn es wäre die einzige Möglichkeit, auch kurzfristige Schließung von Notfallzentren zu kompensieren.

Denn nicht nur angesichts der Folgen aus der Umsetzung des KHVVG in Form von Krankenhaus- und Abteilungsschließungen durch die neue Krankenhausplanung, sondern vor allem auch angesichts der laufenden kalten Strukturveränderungen fallen Krankenhäuser oder auch „nur" Abteilungen, und damit Leistungsangebote aus der Versorgung heraus. Gerade die

dann nächstgelegenen INZ können sich so kurzfristig nur schwer auf die erhöhte Anzahl an Anfahrten des Rettungsdienstes einstellen. Und auch für den Rettungsdienst bedeutet ein ausgedünntes Netz an Notfallzentren längere Anfahrtswege und damit eine längere Bindungszeit der Rettungsmittel. Es bleiben dann nur die Kliniken ohne INZ.

Kapazitäten für Krisen fehlen

Nicht nur durch die laufenden kalten Strukturveränderungen werden Kapazitäten der stationären Versorgung immer weiter reduziert. Auch die Konzentration auf zentrale Standorte trägt dazu bei. Damit fehlen Kapazitäten für Katastrophen- und Großschadensfälle. Im KHVVG ist die Vorbereitung auf solche Szenarien nicht eingeplant. Kliniken sind verpflichtet, selbst entsprechende Vorkehrungen zu treffen. Dennoch ist die Forderung: Alle müssen auf Großschadensfälle besser als bisher vorbereitet sein. Das betrifft natürlich auch die Notfallversorgung in besonderem Maße und sollte im Notfallgesetz berücksichtigt werden.

Einbeziehung des Rettungsdienstes positiv

Dass der Rettungsdienst in das Notfallgesetz explizit einbezogen wird, ist positiv, da nur so ein funktionierendes Netzwerk der Notfallversorgung in der Zukunft umgesetzt werden kann. Zunächst einmal wird dieser Aufbau dadurch allerdings komplexer und wird mehr Zeit erfordern. Daher wäre eine Umsetzung Schritt für Schritt, beginnend bei den Integrierten Notfallzentren, eventuell sinnvoll, um zunächst die ambulante Notfallversorgung zu stabilisieren und die INZ stärker zu entlasten.

Bundeseinheitliche Standards sind hier sicher wünschenswert. Verantwortlich für die Rettungsdienste sind die Länder. Die aktuell rund 230 Leitstellen unterliegen unterschiedlichen Vorgaben. Dass hier das neue Gesetz stattdessen moderne Leitstellensysteme installieren will, scheint sinnvoll zu sein.

Positiv ist zudem, dass im SGB V ein einheitlicher Leistungsanspruch der Versicherten auf medizinische Notfallrettung definiert wird. Damit wird eindeutig geklärt, wann ein medizinischer Notfall vorliegt und welche Bereiche er umfasst – das wären Notfallmanagement, notfallmedizinische Versorgung und den Notfalltransport. Das ermöglicht dann auch, die Ansprüche der Versicherten auf die Kostenübernahme von Krankentransporten und Krankenfahrten präziser zu definieren. Dies ermöglicht wiederum, dass Gesundheitsleitsysteme auch Fahrten in ambulante Behandlungen disponieren können. Bagatellfälle werden dann nicht mehr, wie derzeit Praxis, generell in ein Krankenhaus gebracht.

Aktuell werden lediglich die Transportleistungen ins Krankenhaus von den Krankenkassen bezahlt. Auch dies beinhaltet nicht die in ernsten Fällen notwendigen Leistungen der Rettungssanitäter und Ärzte. Daher ist es richtig, den Rettungsdienst in das SGB V einzugliedern, damit auch diese Leistungen von den Krankenkassen bezahlt werden.

Umsetzungsfristen sind zu kurz

Grundsätzlich erscheinen die vorgesehenen Fristen, die Regelungen umzusetzen, als in der Regel deutlich zu kurz, zumal die dahinterstehenden Grundvoraussetzungen (IT-Strukturen, Standortfestlegungen, G-BA-Richtlinien)) vielfach noch nicht aufgebaut sind. Um nicht bereits daran zu scheitern, müssen diese Fristen verlängert werden.