

»Reform der Notfall- und Akutversorgung in Deutschland – Integrierte Notfallzentren und Integrierte Leitstellen«

Kurzbewertung der Vorschläge der Regierungskommission

Neben vielen durchaus sinnvollen Detailvorschlägen (Personalbemessung in den Ambulanzen, Facharztstandard, Facharzt für Notfallmedizin, Qualitätsmindeststandards, telemedizinische Beratung, elektronische Patientenakte, Terminbuchungssystem für die Weiterbehandlung) umfasst die 4. Stellungnahme der Regierungskommission Empfehlungen zu 3 großen Themengebieten: Integrierte Leitstellen, Integrierte Notfallzentren, Finanzierung

Integrierte Leitstellen (ILS)

Es »sind flächendeckend integrierte Leitstellen (ILS) aufzubauen. Die beiden Notrufnummern 112 und 116117 sind zu erhalten, da sie in der Bevölkerung gut bekannt sind (112 besser als 116117) und da bereits bislang ein großer Teil der Anrufenden sich selbst richtig einem hochgradig dringlichen (112) oder weniger dringlichen (116117) Hilfebedarf zuordnet. »Integriert« bedeutet, dass Anrufe bei beiden Nummern entweder in der gleichen Leitstelle einlaufen (digital gesteuert könnten die beiden Nummern mit unterschiedlicher Priorität bedient werden) oder dass getrennte Leitstellen (112 und 116117) durch feste Strukturen miteinander verbunden sind, (...)

Eine unmittelbare Erreichbarkeit beider Notfallnummern rund um die Uhr muss sichergestellt sein. Für Anrufe bei 112 bedeutet dies sofort, für Anrufe bei 116117 maximal drei Minuten für > 75 % aller Anrufe und maximal zehn Minuten für > 95 % aller Anrufe. (...)

Mit standardisierten, wissenschaftlich validierten, softwaregestützten und qualitätsgesicherten Ersteinstrumenten sind in den Leitstellen durch medizinisch qualifizierte Fachkräfte Dringlichkeit und unmittelbarer Handlungsbedarf transparent zu ermitteln.« (S.12)

- ▶ Der Begriff »integriert« ist irreführend. Im Kern kann nach den Vorstellungen der Kommission alles bleiben, wie es ist. Lediglich die Telefonleitungen sollen über »feste Strukturen« die Zentren verbinden. Die Zusammenlegung der Zentren wird nicht verbindlich vorgeben. Auch die Beibehaltung zweier Nummern ist halbherzig. Genau das (ein Zentrum, eine Nummer) wäre aber notwendig, wenn sich die Versorgung verbessern soll und das System der Zuweisung zu den geeigneten Notfallstrukturen effizienter gestaltet werden soll.
- ▶ Was der Vorteil der Doppelvorhaltung sein soll, bleibt im Dunkeln. Vermutlich sollen Erbhöfe nicht angetastet werden. Wenn die Rettungsleitstellen und die KV-Leitstellen erhalten bleiben können, ist



das gerade keine integrierte Versorgung. Es besteht auch die Gefahr, dass in den unterschiedlichen Zentren unterschiedliche Prioritäten der Zuweisung angewendet werden.

- ▶ In der Realität sind die Leitstellen der KV völlig überlastet und funktionieren nicht. Es gibt zum Teil stundelange Wartezeiten in der Telefonschleife. Was der Effekt von unterschiedlichen Vorgaben für die Wartezeiten sein soll, erschließt sich ebenfalls nicht. Die (verständliche) Reaktion von Patienten wird sein, dass sie die »schnellere« Nummer anrufen. Sie erreichen dann aber nicht ein gut organisiertes »integriertes« Zentrum, sondern ein völlig überlastetes der alten Art.
- ▶ Voraussetzung für ein gutes Funktionieren eines solchen einheitlichen Zentrums ist eine gute personelle Ausstattung, damit nicht wieder inakzeptable Wartezeiten auftreten.
- ▶ Die Unterstützung von geeigneter Software bei der Entscheidungsfindung ist sinnvoll. Solche Software-Lösungen und Algorithmen bergen aber die Gefahr, dass man sich (schon aus Absicherungsgründen) zu sehr auf ihre »Vorschläge« einlässt. Die Software darf aber nicht an die Stelle der persönlichen, fachlichen Einschätzung treten. Im Zweifelsfall ist immer die sichere Zuweisungsvariante zu wählen. Auch die Einbindung von Ärzten/Fachärzten bei solchen Entscheidungen ist klar zu regeln.
- ▶ **Fazit: Es muss flächendeckend (Aufgabe der Landesplanung) personell und technisch gut ausgestattete einheitliche ILS mit einer Telefonnummer geben.**

Integrierte Notfallzentren (INZ/KINZ)

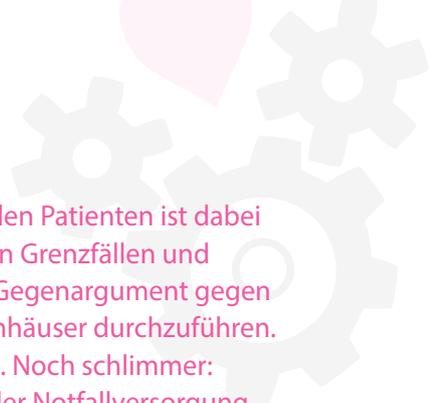
»Integrierte Notfallzentren (INZ) sind in allen Krankenhäusern der erweiterten Notfallversorgung (Stufe 2; gut 260 Krankenhäuser in Deutschland) und umfassenden Notfallversorgung (Stufe 3; gut 160) aufzubauen. Wo regional erforderlich, wird ein integriertes Notfallzentrum auch an Krankenhäusern der Basisnotfallversorgung (...) eingerichtet, alternativ ein 24/7-MVZ mit telemedizinischer Anbindung an ein INZ.

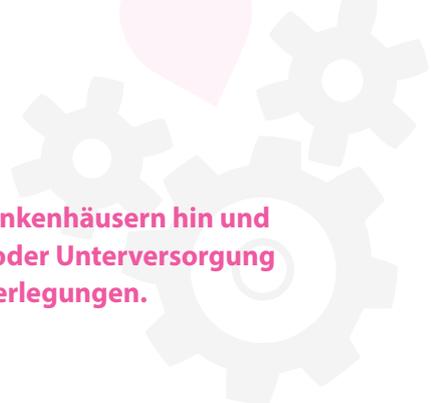
Ein INZ besteht aus der Notaufnahme des Krankenhauses, einer KV-Notdienstpraxis im oder direkt am Krankenhaus und einer zentralen Ersteinschätzungsstelle (»Tresen«). (...)

»Die KV-Notdienstpraxen in den INZ sind in Krankenhäusern der Notfallstufe 2 mindestens wie folgt zu öffnen: mo. bis fr. 14 bis 22 Uhr; sa., so., feiertags 9 bis 21 Uhr. In den Krankenhäusern der Notfallstufe 3 sind die KV-Notdienstpraxen in der Regel 24/7 zu betreiben. (...)

»Über die Leitung der integrierten Notfallzentren führen zuständige KV und Krankenhaus eine Einigung herbei. Kommt keine Einigung zustande, leitet das Krankenhaus das INZ. Die INZ-Leitung entscheidet, durch wen die Ersteinschätzung durchgeführt wird und wer über die weitere Versorgung der Hilfesuchenden entscheidet, einschließlich der Zuweisung in die KV-Notdienstpraxis oder in die Notaufnahme. Diese Ersteinschätzung muss durch qualifiziertes Personal und unter Verwendung eines standardisierten Algorithmus/Ersteinschätzungsinstruments durchgeführt werden. Da derzeit kein Ersteinschätzungsinstrument für die Zuordnung von Patienten und Patientinnen in die beiden Bereiche validiert ist, wird – bis ein derartiges validiertes Instrument vorliegt – die Entscheidung durch das qualifizierte Personal und soweit erforderlich unter Hinzuziehung eines Arztes/einer Ärztin nach medizinischen Kriterien getroffen.« (S. 16-17)

- ▶ Auch dieser Kommissionvorschlag ist keine »Revolution«. Er belässt im Wesentlichen die doppelten Strukturen und vor allem die sektorale Trennung. Zusätzlich holt er niedergelassene Ärzte als integralen Bestandteil in die Räume des Krankenhauses, anstatt die Krankenhäuser für die ambulante Versorgung zu öffnen.
- ▶ Dabei ist natürlich von wesentlicher Bedeutung, wer am »Tresen« entscheidet, ob der Patient im niedergelassenen Sektor bleibt, oder ob er in die Notfallambulanz des Krankenhauses kommt. Zumindest schlägt die Kommission vor, dass bei Nichteinigung das Klinikum entscheidet, wer die Leitung hat. Hiergegen werden die KVen im Gesetzgebungsverfahren (vermutlich erfolgreich) Sturm laufen.

- 
- ▶ Natürlich geht es hier um wirtschaftliche Interessen. Die beste Versorgung für den Patienten ist dabei (wie immer bei finanziellen Anreizsystemen) untergeordnet – zumindest in allen Grenzfällen und Grauzonen. Das gilt natürlich auch für die Krankenseite. Dies ist aber kein Gegenargument gegen die Forderung, die Notfallversorgung durch die Notfallambulanzen der Krankenhäuser durchzuführen. Es ist ein Argument gegen die DRGs und andere finanzielle Steuerungssysteme. Noch schlimmer: Die DRGs führen dazu, dass manche Krankenhäuser überhaupt nicht mehr an der Notfallversorgung (zumindest nicht an schweren Fällen) interessiert sind und elektive Eingriffe bevorzugen.
 - ▶ Gäbe es die Selbstkostendeckung und alle notwendigen Kosten – ambulant wie stationär – würden korrekt vergütet, spräche überhaupt nichts mehr für die gesamte Doppelvorhaltung bei der Notfallversorgung.
 - ▶ Überhaupt ist auch hier wieder der bürokratische und logistische Aufwand durch solche Doppelvorhaltungen beträchtlich: Da braucht es regionale Gremien zur Klärung der Öffnungszeiten, Koordinationsgremien innerhalb des Krankenhauses, detaillierte Dokumentationsanforderungen, Abrechnungsaufwand zwischen den KVen und den Krankenhäusern usw.
 - ▶ Dass die KV-Praxen in den Krankenhäusern nur einen Teil des Tages und der Woche geöffnet sein sollen, grenzt ans Absurde. Wir fragen uns: Wenn die Notfallambulanz des Krankenhauses nachts und am Wochenende die Arbeit übernehmen soll, warum dann nicht auch tags? Bei all dem ist es natürlich zwingend notwendig, die Krankenhausambulanzen sowohl räumlich, technisch, und vor allem personell deutlich aufzurüsten.
 - ▶ INZs sollen nur in ca. 420 Häusern eingerichtet werden. Die Häuser der Basisnotfallversorgung (außer in Einzelfällen) wären außen vor. Das korreliert mit den »dritten Vorschlägen« der Kommission zur »grundlegenden Reform der Krankenhausvergütung. Auch danach soll ein großer Teil der Level II Krankenhäuser überflüssig gemacht bzw. abgewertet werden, weil sie die Anforderungen von Level II Krankenhäusern nicht erfüllen.
 - ▶ In welche Richtung der Vorschlag zielt, wird auch dadurch deutlich, dass alternativ vorgeschlagen wird, statt eines Basisversorgungs-Krankenhauses ein MVZ-INZ zu betreiben. Auch das ist eine Form Ausgliederung und Privatisierung und ein weiterer Schritt zu Schließungen.
 - ▶ Letztlich ist der Vorschlag die Krankenhäuser, die bisher die Basisnotfallversorgung gemacht haben, nicht mit INZ auszustatten, ein Frontalangriff auf diese kleineren Häuser. Werden die Leitzentralen diese Häuser überhaupt noch empfehlen (dürfen)? Werden sie vergütet, wenn sie behandeln. Was rechtfertigt ihre Existenz, wenn sie offensichtlich zurückgestuft werden? Wie wirkt sich das auf die insgesamt Attraktivität für Patienten aus? Steht am Ende ein Notfallbehandlungsverbot für Häuser ohne INZ? Geht man nach der Begründung des Vorschlags (Verbesserung der Versorgung durch ILZ und INZ), müsste dies so sein.
 - ▶ Ein weiterer Aspekt kommt hinzu: Wenn ein großer Teil der bisherigen Notfallversorgung wegfällt, müssten ja logischerweise die Kapazitäten (ambulant wie stationär) der anderen Krankenhäuser deutlich ausgebaut werden. Hiervon steht nichts im Kommissionsvorschlag. Vermutlich kommt auch hier die »vorgegebene Ambulantisierungsquote« (siehe 3. Gutachten) zum Einsatz.
 - ▶ Bedenklich stimmt die Aussage, dass Ärzte und qualifiziertes Personal nur »so lange« die Entscheidung über die Zuweisung zum KV-Bereich oder zum Krankenhaus treffen sollen, bis eine validierte Software vorhanden ist. Meint das im Ernst Entscheidungen über die Zuweisung durch Computer – ohne Personal? Kaum vorstellbar, dass das ernst gemeint ist. Aber maximale Einsparungen wären dadurch schon erreichbar ...
 - ▶ **Letztlich handelt sich bei dem vorgeschlagenen INZ-Modell um einen faulen Kompromiss zwischen den KVen und der Krankenseite und gerade nicht um eine Überwindung der Sektorengrenzen. Für die Patienten besteht die große Gefahr, dass sich die Versorgung nicht ver-**



bessert, sondern dass sie weiterhin zwischen dem KV-Bereich und den Krankenhäusern hin und her geschoben werden, zweimal warten müssen und dass am Ende Über- oder Unterversorgung steht – jedenfalls nicht eine sachgerechte Versorgung ohne finanzielle Überlegungen.

Finanzierung

Hier werden 2 Varianten vorgestellt:

»Nach Variante 1 werden KV-Praxen und Notaufnahmen innerhalb der jeweils bestehenden Systeme vergütet. Die Vergütung der KV-Notdienstpraxen ist somit als Teil des Sicherstellungsauftrags aus den KV-Mitteln zu realisieren. Die Vergütung des beteiligten Personals regelt die zuständige KV. Aufgrund der schlecht vorhersagbaren Zahl der zu behandelnden Personen erscheint es sinnvoll, dass die KVen mit den Ärztinnen und Ärzten eine Vorhaltepauschale und eine leistungsbezogene Vergütung vereinbaren. Die Vergütung der Notaufnahmen setzt sich in Übereinstimmung mit den Empfehlungen der Regierungskommission zu einer grundlegenden Reform der Krankenhausvergütung zukünftig aus einer 60-prozentigen Vorhaltepauschale und einer fallbezogenen Pauschale zusammen.« (S. 20)

- ▶ Für den niedergelassenen Bereich bleibt grundsätzlich alles beim Alten. Ob es auch hier eine Vorhaltepauschale gibt, regelt die KV im Innenverhältnis; wie sie sich berechnet, wird nicht ausgeführt. Grundsätzlich gilt: Auch bei Pauschalen sind Gewinne und Verluste möglich, es lohnt sich also, z.B. die Kosten so weit wie möglich zu reduzieren – auch und gerade auf Kosten des Personals. Im niedergelassenen Bereich gibt es bisher schon die Einzelleistungsvergütung mit Budgetdeckelung. Auch das ist eine Form der finanziellen Steuerung mit ihren negativen Anreizen, die sowohl Personalkostendumping als grundsätzlich auch die Ausweitung der Leistungen implizieren – zumindest bis die Budgetgrenze erreicht ist und soweit sich das in der Notfallversorgung machen lässt. Patienten werden so tendenziell unnötig behandelt bzw. ihnen werden unnötige Leistungen aufgebürdet. Erreicht man die Budgetgrenzen besteht wiederum ein Anreiz, Behandlungen zu verschieben. Beide Anreize sind für Patienten gefährlich.
- ▶ Die Regelung für die Vergütung der Krankenhäuser ist zunächst und zuallererst eine Ausdehnung des Fallpauschalensystems mit all ihren negativen Folgen auf Bereiche, in denen es Fallpauschalen bisher nicht gab. Das mutet sonderbar an, für eine »Revolution«, die das DRG-System überwinden soll. Dass es zusätzlich Vorhaltepauschalen geben soll, macht die Sache nicht besser, weil von den Fallpauschalen – egal welches Finanzvolumen darüber verteilt wird – immer der Anreiz zur Mengenausdehnung und zum Kostendumping ausgeht. Zur Berechnung der Vorhaltepauschalen wird nichts ausgeführt. Zu vermuten ist, dass es nach denselben Kriterien (Bevölkerungsbezug, Qualitätsbezug, Mengenbezug) erfolgen soll. Damit hätte man wieder einen finanziellen Anreiz zur Mengenausdehnung und auch Pay for Performance wäre wieder einen Schritt vorangebracht.¹
- ▶ Die Rede ist von einer »60-prozentigen Vorhaltepauschale«. In der dritten Stellungnahme der Kommission hieß es noch 40% Vorhaltepauschale plus »Pflegebudget«. Das »Pflegebudget« (in Höhe von ca. 20% DRG-Volumen) wird also einfach rechnerisch integriert, obwohl es ganz andere Wirkungsmechanismen hat: Es ist kein Budget und keine Vorhaltepauschale, sondern Selbstkostendeckung für die Kosten der Pflege ohne Gewinn- und Verlustmöglichkeit. Ob die Ambulanzpflegekräfte dann wenigstens in das »Pflegebudget« aufgenommen werden sollen (was in jedem Fall sinnvoll wäre), ist unklar.

»Nach Variante 2 werden im Rahmen einer grundlegenden Reform des Vergütungssystems sowohl KV-Praxen als auch Notaufnahmen aus einem gemeinsamen Finanzierungstopf nach einheitlichen Kriterien

¹ Näheres zu unserer Kritik der Vorhaltepauschalen siehe Krankenhaus statt Fabrik: Bewertung der Vorschläge der Regierungskommission »Grundlegende Reform der Krankenhausvergütung«, in: <https://www.krankenhaus-statt-fabrik.de/53227>

vergütet. Der Finanzierungstopf speist sich sowohl aus Geldern, die bislang den KVen zur Verfügung stehen, als auch aus Geldern, die bislang den Krankenhäusern zur Vergütung stehen. (...)*« (S. 20)*

- ▶ Zunächst ist festzuhalten, dass es – in beiden Varianten – nicht mehr Geld geben soll, obwohl die Kommission ja selbst festgestellt hat, dass die Ambulanzen der Krankenhäuser massiv unterfinanziert sind. Bei der Finanzierung aus einem gemeinsamen Topf könnte es bestenfalls also zu Umverteilungen kommen, was die konsequente Beteiligung an der (eh schon ungeliebten) Notfallversorgung für die Niedergelassenen nicht attraktiver machen würde. In Variante 2 wird zwar etwas zur Herkunft der Gelder, aber nichts zur Verteilung gesagt. Es ist zu vermuten, dass die Verteilung genauso erfolgen soll, wie bei Variante 1.
- ▶ Bemerkenswert erscheint uns auch, dass alle diese Verrenkungen, die gemacht werden, um finanzielle Steuerung und die Beteiligung der KVen aufrecht zu erhalten, eine weitere ungeheure Bürokratiewelle auslösen werden, die wiederum von den Beschäftigten zu bewältigen ist und in aller Regel von den Behandlungszeiten abgeht.

Quintessenz

Die Stellungnahme bleibt bei den großen Fragen (Sektorentrennung, ambulante Versorgung durch Krankenhäuser, Sicherstellungsauftrag für die KV, ILS INZ, Finanzierung) erschreckend zahnlos bzw. verfestigt bestehende schlechte Strukturen und Finanzierungsformen. Eine Revolution ist das nicht. Eine wirkliche Verbesserung der Versorgung ist so nicht zu erwarten.

Es wäre alles deutlich einfacher, wenn man wirklich eine echte Reform der Notfallversorgung und ihrer Finanzierung anstreben würde. Kernelemente wären:

- Die Rückführung des Sicherstellungsauftrags für die KVen an die Länder und Versorgungsregionen
- Die einheitliche Planung der ambulanten und stationären Versorgung in den Versorgungsregionen unter demokratischer Beteiligung aller Betroffenen
- Die Öffnung der Krankenhäuser für die ambulante Versorgung
- Eine einheitliche Rettungsleitstelle für alle Notfälle unter einer einheitlichen Telefonnummer, die die sachgerechte Verteilung der Patienten gewährleistet
- Eine einheitliche Notfallversorgung aller Notfallpatienten durch die Ambulanzen der Krankenhäuser bzw. durch ambulante Notfallzentren der Krankenhäuser
- Die Einführung einer kostendeckenden Finanzierung aller notwendigen Kosten (Selbstkostendeckung/Kostendeckung 2.0) der ambulanten Notfallversorgung und der Rettungsleitstellen
- Sachgerechte Personalschlüssel für alle an der Notfallversorgung beteiligten Berufsgruppen

Bündnis Krankenhaus statt Fabrik

V.i.S.d.P. Dr. Nadja Rakowitz

Mobil: 0172 – 185 8023

www.krankenhaus-statt-fabrik.de

Twitter: @KHstattFabrik

KRANKEN HAUS
STATT **FABRIK**
bedarfsgerecht · gemeinwohlorientiert