



Notfallversorgung

Die G-BA-Richtlinie zur neuen Struktur der Notfallversorgung

Von Karin Jabs

Im Jahr 2016 wurde sie erstmalig angekündigt: die G-BA-Richtlinie zur neuen Struktur der Notfallversorgung. Aber gut Ding will Weile haben und so wurde die verlässliche Garantie, zukünftig professionalisiert und deutlich optimiert Leben zu retten, auf April 2018 verschoben.

Die Schaffung von Strukturen, die transparent darstellt, welche Klinik für welchen Notfall welchen Facharzt und welche Geräte vorhält, wurde gleichzeitig mit der Einführung von Zu- und Abschlägen verknüpft. Wer also diese Mindestvorgaben erfüllt, wird mit einem Zuschlag belohnt und Krankenhäuser, die die Mindestanforderungen nicht erfüllen, werden von der Landkarte der Notfallversorgung verschwinden.

Die Checkliste wird zunächst von den Kliniken selbst ausgefüllt und im Rahmen der MD-Qualitätskontroll-Richtlinie in den Jahren 2021 bis 2025 vom Medizinischen Dienst geprüft.

Werden nun alle 1.914 Krankenhäuser Deutschlands geprüft (Quelle: Statista 2022), sind das 382,8 Prüfungen pro Jahr – wohl wissend, dass nicht alle Krankenhäuser an der gestuften Notfallversorgung teilnehmen. Für jede Prüfung werden im Vorlauf Mitarbeiter gebunden, die Unterlagen für diese Prüfungen zusammenstellen:

- Dienstpläne
- Qualifikationen und Weiterbildungsnachweise
- Bescheide
- Kooperationsverträge uvm.

Am Tag der Prüfung werden weitere zusätzliche Klinikmitarbeiter gebunden, die gemeinsam mit den Prüfern des Medizinischen Dienstes die Räumlichkeiten begutachten und die vorbereiteten Unterlagen prüfen. Das geschieht nur stichprobenartig für einen zufälligen Zeitraum, der bestenfalls optimal verläuft, aber keinesfalls für eine allgemeine Aussage der Versorgungsqualität hergenommen werden kann. Im Nachgang wird ein Prüfbericht erstellt. Dieser Bericht ist jedoch kein Bescheid, sondern ein Status Quo, den die Kostenträger für ihre finale Entscheidung zur Grundlage nehmen.

Es ist eine Prüfung auf Einhaltung von Regeln, über deren Sinnhaftigkeit diskutiert werden kann. Es ist eine Prüfung auf Einhaltung von Regeln, die letztendlich nichts über die Versorgung des Einzelfalls aussagt.

Und doch scheint auch diese Richtlinie das Maß aller Dinge zu sein. Denn mit dieser wird über die Versorgung der Bürger im ganzen Land durch Krankenhäuser entschieden.

Aber natürlich geht es nicht nur um die Versorgung der Bürger in den Kliniken, sondern auch um die

Schnittstelle zur ambulanten Versorgung. Dass die ambulante Versorgung in den nächsten Jahren weiter zunehmen soll und zunehmen wird, steht sicher außer Frage. Aber wer soll nun welchen Teil vom Kuchen bekommen? Und lässt sich diese Sektorengrenze tatsächlich durch eine G-BA-Richtlinie zur strukturierteren Notfallversorgung festlegen?

Die Verknüpfung zwischen dem ambulanten und dem stationären Sektor soll über ein Integriertes Notfallzentrum (INZ) erfolgen. Dieses INZ soll als eigenständige wirtschaftliche Einheit am Krankenhaus gemeinsam von Krankenhaus und kassenärztlicher Vereinigung betrieben und geleitet werden. Die Finanzierung soll extrabudgetär und die Umsetzung schrittweise erfolgen – soweit der Wunsch des Sachverständigenrates zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen (SVR) bereits im Jahr 2017. Die weiteren Diskussionen haben jedoch ergeben, dass die Einrichtung eines erweiterten Landesausschusses – unter Beteiligung des Landes, der Landeskrankenhausesgesellschaft, KVen und Krankenkassen – als Kompetenzverlust für die Länder angesehen wurde. Damit wäre die Landeskrankenhausesplanung nicht mehr in der alleinigen Hoheit der Länder.

Auch im Koalitionsvertrag 2021 bis 2025 zwischen der SPD, BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN und der FDP wird der Reformbedarf der Notfallversor-

„Im Jahr 2016 wurde sie erstmalig angekündigt: die G-BA-Richtlinie zur neuen Struktur der Notfallversorgung. Aber gut Ding will Weile haben und so wurde die verlässliche Garantie, zukünftig professionalisiert und deutlich optimiert Leben zu retten, auf April 2018 verschoben.“

gung aufgegriffen. So soll eine enge Zusammenarbeit zwischen kassenärztlichen Vereinigungen (KV) und den Krankenhäusern erfolgen. Durch die Verschränkung der Rettungsleitstellen mit den KV-Leitstellen und standardisierten Einschätzungssystemen soll eine bedarfsgerechtere Steuerung erreicht werden.

Bis eine flächendeckende Einführung der INZ erfolgt, werden die Pa-

tienten eine eigene, Einzelfall bezogene Entscheidung treffen. Denn genau sie entscheiden darüber, ob sie im Notfall den Facharzt in der Klinik – unter Umständen auch zur Unzeit – aufsuchen oder ob sie lieber auf das ambulante System zurückgreifen – vorausgesetzt, es gibt eine für das Krankheitsbild entsprechend erforderliche ambulante Versorgung in zumutbarer räumlicher und zeitlicher Entfernung. ■

Karin Jabs
Stellvertretende Vorsitzende
des Regionalverbands Südwest der DGfM



Karin Jabs

Digitalisierung statt Papierstau

Deutsche Gesellschaft für Medizincontrolling fordert Papiersteuer

Was sich auf den ersten Blick wie ein verfrühter Aprilscherz liest ist eine Bankrotterklärung im Konsens der gesundheitspolitischen Akteure: Eine Impflpflicht kann nicht umgesetzt werden, weil wir dafür Unmengen an Papier bräuchten, das den Krankenkassen fehlt.

Das bringt eine traurige Wahrheit auf den Punkt: Man hat im Gesundheitswesen gar nicht mehr das Ziel, den Anschluss an eine digitale und für die Patienten und Kunden komfortable Welt zu finden.

Dabei zeigten die vergangenen zwei Jahre die große Bereitschaft der Bevölkerung und vieler kleiner Akteure wie z.B. zehntausender von Testzentren, dass digitale Tools wie Videokonferenzen und digitale Terminbuchung mit größter Selbstverständlichkeit genutzt und zu Verfügung gestellt werden können. Ein idealer Zeitpunkt, um das Momentum zu nutzen und digitale Instrumente auch in der „echten“ Patientenversorgung und -verwaltung zu etablieren. Selbst die ältesten Bevölkerungsgruppen - deren fehlende digitale Kompetenz gern als Vor-

wand für ausbleibende digitale Angebote angeführt wird – gehen damit ganz selbstverständlich um.

Für die großen Organisationen im Gesundheitswesen scheint hingegen nichts wichtiger als der Weg zurück zur alten Normalität. Um auch hier den nötigen Anreiz zur Digitalisierung zu schaffen, schlagen wir vor, den Papiermangel durch eine Papiersteuer zu verschärfen. Mit einem Euro pro Kilogramm Papier – der zweckgebunden für Digitalisierungsprojekte zu verwenden ist, welche einen direkten Patienten-

nutzung im Sinne eines einfacheren und zuverlässigeren Zugangs zum Gesundheitswesen ermöglichen. Und wo wir gerade dabei sind: Auch das Relikt der Faxkommunikation scheint sich nur mit finanziellen Anreizen durch moderne Kommunikationsmittel ersetzen zu lassen....

Dr. Nikolai v. Schroeders

Prof. Dr. Erika Raab

Vorstandsvorsitzende der Deutschen Gesellschaft für Medizincontrolling

„Was sich auf den ersten Blick wie ein verfrühter Aprilscherz liest ist eine Bankrotterklärung im Konsens der gesundheitspolitischen Akteure: Eine Impflpflicht kann nicht umgesetzt werden, weil wir dafür Unmengen an Papier bräuchten, das den Krankenkassen fehlt.“

Das bringt eine traurige Wahrheit auf den Punkt.“