

A paramedic in an orange uniform is attending to a patient on a stretcher inside an ambulance. The patient is lying on their back, and the paramedic is leaning over them, possibly providing medical care. The ambulance interior is visible, including medical equipment and storage compartments. The paramedic's uniform has a blue cross symbol on the sleeve. The patient is wearing a blue shirt and dark pants, and there are white tubes connected to them. The ambulance has a red and white exterior with a blue cross symbol on the side.

Die Notaufnahme sollte künftig auf jene Kliniken beschränkt werden, die sowohl Tresen als auch Notdienstpraxen vorhalten.

GKV zum Kommissionspapier Notfall Rettungsdienst

Die Aussicht auf eine Reform der Notfallversorgung ist angesichts des strapazierten Verhältnisses von Bund und Ländern trübe. Unser Autor führt aus, welche Impulse das neue Papier der Regierungskommission gibt und wie eine Reform aus Sicht der GKV umsetzbar wäre.

Von Dr. Wulf-Dietrich Leber

Der Reformbedarf bei Notaufnahme und Rettungsdienst ist unbestritten: Fallzahlen und Ausgaben steigen stärker als in allen anderen Bereichen. Aber ein Großteil der Rettungsfahrten und der Fälle, die in den Notaufnahmen der Krankenhäuser ankommen, sind keine „echten“ Notfälle. Ein bundesweiter Datenbestand, mit dem die Schwachstellen identifiziert und Strukturen weiterentwickelt werden könnten, existiert nicht. Die Informationstechnologie im Rettungsdienst ist ein Flickenteppich. Es gibt keinen Grund, stolz auf dieses kleinräumige Rettungswesen zu sein. Notfallaufnahme und Rettungswesen standen deshalb bereits in der letzten Legislaturperiode auf der Agenda. Am 18. Dezember 2018 hatte der damalige Gesundheitsminister in der ihm eigenen Art kraftvoll ein paar Eckpunkte zur Notfallreform hinausgeschleudert. Es folgten ein Diskussionsentwurf mit unklarem Status, schließlich ein Referentenentwurf, der sogar Gegenstand einer Fachanhörung war (Februar 2020). Danach verlief alles im Sand. Nach allgemeiner Einschätzung ist die Reform Opfer der Pandemie geworden, aber es gibt zumindest zwei weitere Gründe, warum es am Ende kein greifbares Ergebnis gab:

1. Das Reformkonzept sah – mal so nebenbei – eine Grundgesetzänderung vor, die aber politisch in keiner Weise vorbereitet war.
2. Die Reform der Notaufnahme orientierte sich stark an den Ideen des Sachverständigenrates (Gutachten 2018), ohne Antworten auf die Frage zu haben, wie die Reform denn umzusetzen sei, wenn weder Krankenhäuser noch Kassenärzte eine Umsetzung der integrierten Notfallzentren (INZ) wollen.

Die Regierungskommission hat nunmehr in ihrer neunten Stellungnahme Vorschläge zur Neuordnung des Rettungswesens gemacht. Zuvor hatte sie sich schon in der fünften Stellungnahme Empfehlungen zur Neuorganisation der Notaufnahme geäußert – ebenfalls stark orientiert am Sachverständigenrat, aber weniger invasiv: im Kern eher der niederschwellige gemeinsame Tresen und der Ausbau von KV-Notdienstpraxen am Krankenhaus als die hyperkomplexe Gründung neuer Unternehmen vor dem Krankenhaus.

Gemeinsamer Tresen und KV-Notdienstpraxis

Die Situation der Notaufnahme ist aus verschiedenen Gründen seit Längerem Gegenstand gesundheitspolitischer Diskussionen. Die Krankenhäuser beklagen, dass immer mehr Bagatellfälle in der Notfallaufnahme auflaufen und kaum Zeit für die Versorgung der wirk-

entlich fallabschließend ambulant behandelt werden könnten.

Der Sachverständigenrat hat – ohne Rücksicht auf gewachsene Strukturen – in seinem Gutachten 2018 vorgeschlagen, vor den Krankenhäusern INZ einzurichten – eine Art KV-Container-Sperrriegel vor jeder Krankenhausaufnahme. In diesen INZ solle eine Ersteinschätzung erfolgen, um den Patienten in die richtige Versorgungsstufe zu leiten, also ins Krankenhaus oder aber in die vertragsärztliche Versorgung. Der Sachverständigenrat stellt sich diese INZ als gesellschaftsrechtlich eigenständige Konstruktion vor – gegründet von Kassenärztlichen Vereinigungen (KV) einerseits und den Krankenhäusern andererseits – ein Modell, das in der aktuellen Diskussion keine Rolle mehr spielt.

Aber das Problem ist richtig beschrieben: Selbst bei gut funktionierenden Leitstellen – von denen gleich noch die Rede sein wird – werden auch künftig Patienten in den Notaufnahmen an-

Der KV-Notdienst wird an stark ausgelasteten Standorten künftig nicht mehr im Nebenamt funktionieren.

lichen Notfälle bleibt. Die Krankenkassen und die niedergelassenen Ärzte beklagen, dass via Notaufnahme unnötige stationäre Fälle generiert werden, dass also Patienten auf Station landen, die ei-

kommen, die letztlich nicht stationär behandelt werden. Auch international gehen die Patienten zum Krankenhaus, wenn unklar ist, wie schwer der Notfall ist. Wenn aber nicht alle auf Station lan-

den sollen, bedarf es einer Ersteinschätzung und einer Möglichkeit, fallabschließend „vor Ort“ behandeln zu können. Das bedeutet konkret: erstens ein gemeinsam von KV und Krankenhaus betriebener Tresen zwecks Ersteinschätzung und zweitens die Einrichtung einer KV-Notdienstpraxis im Eingangsbereich des Krankenhauses.

Ärztebedarf in den KV-Notdienstpraxen

Geht man davon aus, dass der gemeinsame Tresen und die KV-Notdienstpraxen am Krankenhaus ein vernünftiges Konzept sind, dann sollte die Notaufnahme künftig auf die Krankenhäuser beschränkt werden, die sowohl den Tresen als auch die Notdienstpraxen vorhalten. Das wiederum wirft die Frage auf, wie viele Ärzte man dafür benötigt. Geht man davon aus, dass man für die 24/7-Besetzung einer Arztstelle fünf Ärzte benötigt, und nimmt man weiter an, dass es künftig 1.000 notfallaufnehmende Krankenhäuser gibt (derzeit haben rund 1.070 Häuser eine Notfallstufe), dann würde man 5.000 „zusätzliche“ in Vollzeit tätige Ärzte benötigen – in Zeiten von Personalmangel ein schwieriges Unterfangen. Es gibt je-

die sogenannten Level-1-Häuser keine Notfälle mehr versorgen. Kommt dort ein Notfall an, so wird der Patient stabilisiert und ein Rettungswagen geordert. 2. Bedarfsgerechte Öffnungszeiten der KV-Notdienstpraxen: Wenn nach Mitternacht keine Patienten mehr kommen, dann muss auch kein Arzt in der KV-Notdienstpraxis ausharren und Sudoku spielen. Die KV-Notdienstpraxen sollten geöffnet sein, wenn die Patienten kommen. Es ist wenig überzeugend, dass die Regierungskommission vorschlägt, die Praxen erst am Nachmittag zu öffnen (14 bis 22 Uhr). Noch weniger überzeugend sind allerdings die Öffnungszeiten der bestehenden Notdienstpraxen, die oft nur in den Abendstunden geöffnet sind und dem niedergelassenen Arzt erlauben, auf dem Weg von seiner Praxis nach Hause noch schnell ein paar Pflichtstunden abzusetzen. Damit wären wir bei einer der wichtigsten, bislang kaum diskutierten Reformnotwendigkeit: Der KV-Notdienst wird an stark ausgelasteten Standorten künftig nicht mehr im Nebentamt funktionieren. Man muss sich die Tätigkeit in der KV-Notdienstpraxis wie die hauptamtliche Tätigkeit in einem MVZ vorstellen – erledigt durch Ärzte, die für die Notfallversorgung qualifiziert sind und dies quasi als Lebensaufgabe betrachten –

des Rettungsdienstes“. Der Rettungsdienst sollte also – analog zum Krankenhausbereich (Ziffer 19 a: „die wirtschaftliche Sicherung der Krankenhäuser“) – Teil der sogenannten konkurrierenden Gesetzgebung werden, zu dem Bereich also, wo es sowohl Bundes- als auch Landesgesetze gibt. Heute muss man sagen: Das wird wohl nichts. Die Regierungskommission baut deshalb auf den sogenannten Kompetenztitel „Sozialstaat“ auf (Ziffer 12 in selbiger Aufzählung), mit der der Bund (dosiert!) mit der Sozialgesetzgebung (zum Beispiel SGB V) in die Länderkompetenz eingreifen kann. Das ermöglicht nicht, die Organisation des Rettungswesens detailliert zu regeln, erlaubt aber, bestimmte Struktur- anforderungen an die Leistungsfinanzierung zu knüpfen.

Kulturkampf um integrierte Leitstellen

Eine Empfehlung der Kommission ist die zentrale Versichertensteuerung durch neue integrierte Leitstellen, die aus den bisherigen „roten“ Leitstellen der Feuerwehr (112) und den „weißen“ Leitstellen der KV (116 117) gebildet werden sollen (zur „Farbenlehre“ vergleiche die Bibliomed-Kolumne vom 25. Januar 2018 „Die bunte Welt der Leitstellen“). Das ist hochgradig sinnvoll, aber ein kleiner Kulturkampf zwischen den männlichen Feuerwehrleuten („Es brennt, sofort den Wagen losschicken.“) und den überwiegend weiblichen Callcenter-Mitarbeiterinnen, die schon mal ein Problem durch zehn Minuten Zuhören lösen. Möglicherweise läuft es auf eine elektronische Vernetzung hinaus, bei der die IT-gestützte Abwärtstriage von der 112 auf die 116 117 die größte Herausforderung sein dürfte. Am Ende soll es auf alle Fälle weniger unnötige Fahrten ins Krankenhaus geben. Bemerkenswert ist die Debatte zur Zahl der Leitstellen: Deutschland hat zu viele (kleine) Krankenhäuser, Deutschland hat aber auch zu viele (kleine) Leitstellen. Die Regierungskommission empfiehlt, sich an der Richtzahl von einer Million Einwohner je Leitstelle zu orientieren, was konkret bedeutet, dass zwei Drittel der Leitstellen „geschlossen“ würden (vergleiche die BOS-Leitstellen in Wikipedia). Da

Aus gutem Grund überlässt man den Landräten nicht die Arzneimittelzulassung, obwohl sie so nah am Menschen sind.

doch Ansätze, die die Zahl der benötigten Ärzte verringern würden:

1. Weniger notfallaufnehmende Krankenhäuser. Die flächendeckende stationäre Versorgung lässt sich auch mit weniger Krankenhäusern erreichen. Wegen der finanziellen Restriktionen und wegen des Personal Mangels dürften wir vor einer Konzentration der Krankenhauslandschaft stehen und das bedeutet auch weniger Notaufnahmen. Gemäß den Eckpunkten der Reform werden bereits

nicht als Nebentätigkeit. Die KV-interne Diskussion hierüber hat noch nicht wirklich begonnen.

Reform ohne Grundgesetzänderung

Der oben erwähnte Reformansatz von Ex-Gesundheitsminister Jens Spahn (CDU) enthielt eine kurze Ergänzung des Grundgesetzes in Art. 74 Abs. 1 Ziffer 12 a: Die „wirtschaftliche Sicherung

die Schließung einer Leitstelle kommunalpolitisch auch nicht viel einfacher als die Schließung eines Krankenhauses ist und da die Zahl der Leitstellen eher dem Kompetenzbereich von Land und Kommunen zuzurechnen ist, darf man gespannt sein, ob der Gesetzentwurf diesbezüglich über einen absehbar wirkungslosen Appell hinausgeht. Möglich wären harte Strukturanforderungen, die Fusionen nach sich ziehen – also etwas, was die DKG als „kalte Strukturbereinigung“ geißeln würde.

Alle Rettungsmittel auf dem Bildschirm

Auf marinetrafic.com ist jede Dschunke auf den sieben Weltmeeren mit Namen, Bruttoregister-tonnen und Kurs erkennbar. In flightradar.com kann man sich weltweit jedes Flugzeug im Luftraum ansehen (mit Höhe und Zielflughafen). Aber auf den Bildschirmen der deutschen Leitstellen verschwinden die Rettungswagen, wenn sie die Kreis- oder Landesgrenze überschreiten. Rettungsmittel der Nachbarn sind nicht erkennbar. Am Ende wird telefoniert. Aus gutem Grund überlässt man den Landräten nicht die Arzneimittelzulassung, obwohl sie so nah am Menschen sind. Man sollte ihnen auch nicht die Entscheidung über ein komplexes IT-System überlassen. Deutschland braucht eine einheitliche IT-Lösung, die den Leitstellen den überregionalen Zugriff auf alle Rettungsmittel ermöglicht. Zur einheitlichen IT-Lösung gehört auch ein Echtzeitzugriff auf die freien Notfallkapazitäten der Krankenhäuser, wie dies beispielsweise mit dem System IVENA funktioniert. Es kommt darauf an, ohne Zeitverlust das richtige Krankenhaus anzufahren.

Bundesweiter Datenbestand fehlt

Wie oft werden Patienten zum Krankenhaus gefahren? Mit welchen Diagnosen? Wie oft werden sie zum „falschen“ Krankenhaus gefahren und müssen alsbald wieder verlegt werden? Zu all diesen Fragen schweigt die Rettungsszene. Es gibt zwar vereinzelt eine Datenzusammenführung auf Landesebene (Bayern, Baden-Württemberg), aber ein

Die Ausgaben für Rettungsfahrten sind von 2018 bis 2022 um 41 Prozent gestiegen.

Bundesbestand fehlt. Eine der wichtigen Maßnahmen für die künftige Steuerung des Rettungsdienstes ist die Übertragung eines Minimaldatensatzes an eine zentrale Stelle – so wie das bei Krankenhäusern durch den 21er-Datenbestand seit Jahren üblich ist und die Qualität der gesundheitspolitischen Diskussion um einen Quantensprung erhöht hat.

Notfallversorgung ohne Transport

Gegenwärtig ist der Rettungseinsatz gegenüber der Krankenkasse oft nur abrechenbar, wenn der Patient zum Krankenhaus gebracht wird. So hat denn auch die Regierungskommission empfohlen, dass unter definierten Bedingungen die Rettungsleistung auch davor abgeschlossen werden kann – ohne Transport ins Krankenhaus. Der Rettungsdienst ist dann keine Teilmenge des Krankentransportes. Sinnvoll wäre aus Sicht der GKV eine gesonderte G-BA-Richtlinie für diesen Bereich.

Finanzierung: Problem mit Wiedererkennungswert

Aus gutem Grund hat die Regierungskommission die Finanzierungsfrage als neuen Punkt in die Diskussion eingebracht: Die Ausgaben für Fahrkosten sind von 2018 bis 2022 um 41 Prozent gestiegen, mehr als doppelt so stark wie die ambulante und stationäre Versorgung. Gegenwärtig werden die Kosten quasi unkontrolliert an die Krankenkassen durchgereicht. Künftig sollten die von den Kommunen zu tragenden Investitionskosten konsequenter eingefordert werden (ein Problem mit Wiedererkennungswert), die Abgrenzung zu Feuerwehr und allgemeiner Gefahrenabwehr geschärft und vor allem ein

gleichberechtigtes Verhandlungssystem zwischen Kassen und Rettungsdienst-trägern etabliert werden. Man spürt direkt den anschwellenden kommunalen Widerstand gegen diese Neuordnung.

Reformwahrscheinlichkeit? Die Hoffnung wächst

Angesichts solcher Bund-Länder-Konflikte ist es nicht ganz einfach zu prognostizieren, ob die Reform von Notaufnahme und Rettungsdienst noch in dieser Legislaturperiode kommt oder aber ebenso im Sand verläuft, wie das in der letzten Periode geschehen ist. Durch die „große Krankenhausreform“ dürfte das Verhältnis des Bundes zu den Ländern bereits einigermaßen strapaziert sein, sodass systemsprengende Ansätze eher unwahrscheinlich sind. Aber die zunehmend dünne Finanzdecke fördert die Reformbereitschaft und außerdem steht die Notfallreform in der Koalitionsvereinbarung. Es sei angemerkt, dass sich selbst in diesem etwas sperrigen Teil der Gesundheitsversorgung in den letzten Jahren etwas getan hat:

1. Die zentrale Notaufnahme in den Krankenhäusern hat sich zum Standard entwickelt.
2. Die Notfallstufen wurden eingeführt.
3. Der ärztliche Notdienst 116 117 steht flächendeckend zur Verfügung.

Das lässt die Hoffnung wachsen, dass wir vielleicht noch vor Weihnachten dieses Jahres über erste Eckpunkte diskutieren können. Nötig wäre es.

Wulf-Dietrich Leber
Abteilungsleiter Krankenhäuser
GKV-Spitzenverband
E-Mail: wulf-dietrich.leber@gkv-spitzenverband.de