



6 • 2019

REFORM DER NOTFALLVERSORGUNG – GROSSCHADENSEREIGNISSE AUF DEM SCHIRM?

Reform der Notfallversorgung – Großschadensereignisse auf dem Schirm?



- 4 Editorial**
Dr. Jutta Visarius, Dr. Albrecht Kloepper
Herausgeber



- 6 Notfallversorgung unter Extremsituationen – aus der Sicht des DRK**
Prof. Dr. med. Peter Sefrin
Bundesarzt des DRK



- 11 Fokus Krankenhäuser: Neustrukturierung der Notfallversorgung in Deutschland – Großschadensereignisse auf dem Schirm?**

Prof. Dr. med. Thomas Wurmb

Sektion Notfall- und Katastrophenmedizin der Klinik und Poliklinik für Anästhesiologie, Universitätsklinikum Würzburg



Dr. med. Barbara Kowalzik

Referat Schutz der Gesundheit, Bundesamt für Bevölkerungsschutz und Katastrophenhilfe, Bonn



- 17 Wie gut kann man auf das Undenkbare vorbereitet sein?**

Tino Sorge MdB

Mitglied im Ausschuss für Gesundheit, CDU



- 21 Reform der Notfallversorgung – eine Chance für den Blick aus der Patientensicht**

Mario Czaja

Präsident Berliner Rotes Kreuz e.V.



- 26 Mehr Vernetzung für unverzügliche Hilfe im Notfall**

Dr. Kirsten Kappert-Gonther MdB

Obfrau der Grünen-Bundestagsfraktion im Ausschuss für Gesundheit des deutschen Bundestags



- 30 Notfallversorgung neu denken – Jede Minute zählt**

Prof. Dr. Andrew Ullmann MdB

Obmann der FDP-Bundestagsfraktion im Ausschuss für Gesundheit des Deutschen Bundestags



- 34 Überlegungen zur medizinischen Versorgung von Menschen in Notfällen bei „Großschadensereignissen“ sowie im Verteidigungsfall gem. Art. 80 a, 115 a GG**

RA Jörg Müssig

Fachanwalt für Medizinrecht / Justiziar des Verbandes der Feuerwehren in NRW e.V.



- 39 Rettungsversuche – zur Reform der Notfallversorgung**

Wulf-Dietrich Leber

Abteilungsleiter Krankenhäuser, GKV-Spitzenverband



- 42 Es gibt Bereiche wo ich sage: „Das kann schiefgehen!“**

Albrecht Broemme

Vorstandsvorsitzender Zukunftsforum öffentliche Sicherheit (ZOES)

Impressum

Rettungsversuche – zur Reform der Notfallversorgung

Wulf-Dietrich Leber

Abteilungsleiter Krankenhäuser,
GKV-Spitzenverband



Die Rettungsfristen in Deutschland scheinen lang zu sein. Erst 13 Monate nach den ersten Eckpunkten ist nunmehr ein veritabler Referentenentwurf zur Reform von Rettungswesen und Notfallversorgung veröffentlicht worden. Dabei besteht akuter Reformbedarf: Jährlich werden abertausend von Patienten per Rettungswagen ins Krankenhaus gefahren, obwohl eine ambulante Behandlung völlig ausreichend wäre. Die Notfallaufnahmen sind zum Teil überlaufen, weil das vertragsärztliche Notdienstsystem nicht funktioniert. Tausende schwer erkrankte oder verletzte Patienten werden in Krankenhäuser gefahren, die für den jeweiligen Notfall nicht richtig ausgestattet sind. Es verbietet sich, von einem bewährten System zu reden.

Der von Gesundheitsminister Spahn vorgelegte Entwurf ist ein optimistisch stimmender Auftakt, auch wenn er in einem Punkt weit hinter den Eckpunkten zurückbleibt. Die Grundgesetzänderung, die dafür gesorgt hätte, dass das Rettungswesen vom Bereich der Gefahrenabwehr in den Regelungsbereich des Gesundheitswesens hinüber gewechselt wäre, fällt aus. Zu groß war offenbar der Widerstand der Innenministerien der Bundesländer. So bleibt die Reform des Rettungswesens weit hinter dem Notwendigen zurück.

Bundesweite Neuordnung des Rettungswesens

Das Rettungswesen in Deutschland ist derzeit regional zersplittert und digital völlig rückständig. Oft endet der Horizont der Leitstellen schon an der Kreisgrenze. Während man heute im Internet in Echtzeit jede Dschunke auf den sieben Weltmeeren identifizieren kann, haben die Leitstellen nicht einmal die deutschen Rettungsmittel auf dem Schirm. In der Logistik ist heute eine minutengenaue Paketverfolgung möglich, im Rettungswesen kennen wir nicht einmal die Zahl der Rettungsfahrten je Jahr. Es ist deshalb konsequent, dass der Gesetzentwurf eine grundlegende Digitalisierungsoffensive vorsieht. Künftig sollen alle Rettungsmittel jeder Leitstelle verfügbar gemacht werden und die Rettungsdienste sollen in Echtzeit einen Überblick über die aufnahmebereiten Notfallkrankenhäuser haben. Es gehen nicht mehr wertvolle Minuten durch Rumtelefonieren verloren. Als eine Art Anschubfinanzieren soll die GKV rund 25 Millionen Euro zur Verfügung stellen.

Was fehlt, ist ein Ansatz zur Zusammenführung der rund 250 Leitstellen – oft der ganze Stolz der Landräte. 50 wären völlig ausreichend und würden die Qualität erhöhen.

Zusammenführung von eins-eins-zwei und elf-sechs-elf-sieben

Im gemeinsamen Notfalleitsystem (GNL) sollen künftig die Notrufnummer 112 (Rettungsleitstellen) und die 116 117 (Kassenärztliche Vereinigung) zusammengeschaltet werden. Aus der in den Eckpunkten vorgesehenen echten

Fusion zu einer gemeinsamen Leitstelle ist also eine eher virtuelle, digitale Zusammenschaltung geworden. Dies ist der fehlenden Grundgesetzänderung geschuldet. Dieser Mangel erklärt auch, warum die KV verpflichtet ist, mit der Notrufzentrale ein gemeinsames Notfalleitsystem zu schaffen, umgekehrt aber eine solche Verpflichtung nicht besteht. Es wird also weiterhin ein fürchterlicher Flickenteppich über der deutschen Notfalleitlandschaft liegen – mit erheblichem Blutzoll. Wer auch immer den nächsten Koalitionsvertrag verhandelt, der sollte frühzeitig daran denken, die überfällige Grundgesetzänderung nachzuholen.

Rettungseinsatz vor Ort

Mit dem Gesetzentwurf wird die medizinische Notfallrettung Teil des Gesundheitswesens. Künftig umfasst sie nicht nur die Rettungsfahrten ins Krankenhaus, sondern auch die Versorgung am Notfallort. Damit ist es nicht mehr – wie heute – erforderlich, dass der Patient zur Abrechenbarkeit eines Rettungswageneinsatzes ins Krankenhaus gefahren wird. Die Fahrt ins Krankenhaus erübrigt sich, wenn sich nach Einschätzung von Notfallsanitätern und Notarzt herausstellt, dass der Patient in häuslicher Umgebung ausreichend versorgt werden konnte. Das war eine überfällige Neuregelung, die nicht unerheblich dazu beitragen könnte, dass Notaufnahmen entlastet und unnötige Krankenhausaufenthalte vermieden werden können.

Integrierte Notfallzentren vor dem Eingang der Krankenhäuser

Skepsis ist bei der Neuordnung der Notaufnahmen angezeigt. Der Gesetzentwurf orientiert sich hier stark an den Vorschlägen des Sachverständigenrates, der quasi den Zugang zum Krankenhaus durch sogenannte „Integrierte Notfallzentren (INZ)“ abriegeln will. Im Eingangsbereich der Krankenhäuser sollen in Trägerschaft von KV und Krankenhaus neue Einheiten entstehen, die fallabschließend die ambulant behandelbaren Patienten versorgen und nur jene Patienten weiterleiten, bei denen ein stationärer Aufenthalt unvermeidlich ist.

Bei der zentralen Notaufnahme (ZNA) würden lediglich die stationär zu versorgenden Fälle ankommen. Das hatten sich die ZNA-Leiter der Krankenhäuser anders vorgestellt. In der Tat sind Zweifel angebracht, ob dieses Modell funktionieren kann. Man stelle sich vor, dass an 800 Krankenhäusern solche INZ eingerichtet werden. Dann benötigt man zur Aufrechterhaltung des vorgesehenen 24/7-Bereitschaftsdienstes volumenmäßig weit über 4.000 Kassenärzte, die ihre bisherige Praxis aufgeben und künftig im INZ vor den Toren eines Krankenhauses tätig werden. Dem Gesetzentwurf zufolge ist auch die Beschäftigung von Krankenhausärzten möglich, aber das INZ soll unter Leitung der KV stehen. Darauf hatten die Krankenhausärzte schon immer gewartet. Der Ansatz, all jene Patienten ambulant zu versorgen, bei denen dies möglich ist, mag ja richtig sein, aber es bleiben doch ein paar Zweifel, dass dies in überschaubarer Zeit umsetzbar sein wird.

Gesundheitspolitisch interessant ist die Tatsache, dass im Entwurf des BMG zur Reform der Notfallversorgung eine klare KV-Dominanz den Text beherrscht: Die KV versorgt die ambulanten Fälle und schützt die Patienten vor den Krankenhäusern. In den bislang bekannt gewordenen Textpassagen der Bund-Länder-Arbeitsgruppe hingegen, wird ein im Grundsatz Krankenhaus-dominiertes Versorgungsmodell verfolgt: Die Krankenhäuser dürfen alles: ambulante Fälle behandeln, sich selbst umwandeln oder auch weiterhin als eine Art ambulantes Krankenhaus weiter existieren – alles mit dem Hinweis darauf, dass die kassenärztliche Versorgung nicht mehr sichergestellt sei. Was denn nun? Mindestens ein halbes Jahr ambulanzstationärer Grabenkämpfe liegt vor uns.

Möglicherweise bleibt am Ende das minimalinvasive Modell der Kassen übrig: Die KV garantiert, dass im Eingangsbereich von Krankenhäusern, die Notfälle aufnehmen, eine KV-Notfallpraxis existiert – mit „hauptamtlichen Notfallärzten“. Das Krankenhaus garantiert, dass dafür Räume und technische Unterstützung vorhanden ist. An einem gemeinsam betriebenen Tresen erfolgt die Triage: Wer nach Ersteinschätzung voraussichtlich fallabschließend

ambulant behandelt werden kann, wird in die KV-Notdienstpraxis geleitet; Fälle, bei denen nach Ersteinschätzung eine Krankenseinweisung notwendig, kommen in die ZNA. Letztere wird damit nicht mehr durch leichte Fälle belastet. Zur Verhinderung unnötiger, rein ökonomisch motivierter Einweisungen bleibt die Fehlbelegungsprüfung das Mittel der Wahl.

Notfallversorgung endlich G-BA-fähig

Auch wenn die fehlende Grundgesetzänderung einen ordnenden Zugriff auf alle Bestandteile des Rettungswesens verhindert, so verfolgt der Gesetzentwurf gleichwohl eine Linie der bundespolitischen Strukturierung. Einem historischen Trend folgend hat der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) nach dem Gesetzgebungsverfahren mehr zu tun als vor dem Gesetz. Der Entwurf enthält sechs neue Aufgaben für den G-BA: Definition der Kooperationsverpflichtung beim gemeinsamen Notfallsystem und Vorgaben zur digitalen Vernetzung, Vorgaben zur bundeseinheitlichen Statistik, Regeln zur Rettungsfahrt in spezialisierte Krankenhäuser, Auswahlregeln für die INZ-Standorte sowie INZ-Qualitätsanforderungen. Das alles ist hoch vernünftig, gibt aber auch einen Hinweis darauf, dass die Reform der Notfallversorgung ein mehrjähriger Vorgang sein wird.

Das Gezeir wird groß sein: Leitstellen schließen, ist nicht einfacher als das Schließen von Krankenhäusern. Jedes Krankenhaus, dem droht, von der Notfallversorgung abgeschnitten zu werden, wird den Klageweg beschreiten – und sei die Konzentration der Notfallversorgung für das Überleben der Patienten noch so sinnvoll. Ausnahmsweise sei dem Minister deshalb eine starke Hand gewünscht.

Anm. d. Red.: Der Beitrag gibt die persönliche Auffassung des Autors wieder.