

STELLUNGNAHME

Reform der Notfallversorgung

Zum Gesetzentwurf der Bundesregierung (BT-Drucksache 21/6808) und zum Antrag BT-Drucksache 21/5822

BG Kliniken - Klinikverbund der gesetzlichen Unfallversicherung gGmbH

An den Ausschuss für Gesundheit des Deutschen Bundestages, zu Händen der Vorsitzenden Dr. Tanja Machalet, MdB

1. Grundsätzliche Bewertung

Der Gesetzentwurf setzt an den richtigen Problemen an. Hilfesuchende müssen unabhängig davon, ob sie sich an 112, 116117 oder unmittelbar an ein Krankenhaus wenden, schnell in die medizinisch geeignete Versorgung gelangen. Die digitale Verknüpfung der Leitstellen, eine qualifizierte Ersteinschätzung und der Aufbau integrierter Notfallzentren (INZ) können Fehlsteuerungen reduzieren und knappe Ressourcen zielgerichteter einsetzen.

Ebenso begrüßen die BG Kliniken, dass die medizinische Notfallrettung als eigenständige Leistung der gesetzlichen Krankenversicherung anerkannt und eine Versorgung ohne anschließenden Transport ermöglicht werden soll. Das entspricht der heutigen Versorgungsrealität: Nicht jeder Einsatz erfordert einen Transport, und nicht jeder Akutfall benötigt die Ressourcen eines Krankenhauses. Gleichzeitig darf Patientensteuerung nicht allein als Verteilung von Fällen verstanden werden. Sie funktioniert nur, wenn am Zielort tatsächlich qualifiziertes Personal, Diagnostik, OP-, Intensiv- und Spezialkapazitäten verfügbar sind.

2. Beitrag der BG Kliniken zur Notfallversorgung

Die BG Kliniken sind medizinische Leistungserbringer der gesetzlichen Unfallversicherung. Für schwere Arbeits- und Wegeunfälle müssen sie jederzeit besondere fachliche, personelle und technische Voraussetzungen vorhalten. Daraus sind hochspezialisierte Strukturen entstanden, die der gesamten Bevölkerung zur Verfügung stehen. Alle neun Akutkliniken der Unternehmensgruppe sind als überregionale Traumazentren zertifiziert. Sie verbinden Notaufnahme, Schockraum, OP, Intensivmedizin, spezialisierte chirurgische Disziplinen und Rehabilitation und sind fest in regionale Rettungsdienst-, Verlegungs- und Katastrophenschutzstrukturen eingebunden.

Daraus leiten die BG Kliniken keinen Anspruch auf eine automatische Festlegung sämtlicher Standorte als INZ ab. Sie erwarten jedoch eine verbindliche und qualifizierte Prüfung ihrer Akutkliniken. Es wäre medizinisch wie wirtschaftlich nicht vertretbar, neue Parallelstrukturen aufzubauen, während geeignete Hochleistungsinfrastruktur bereits vorhanden ist und rund um die Uhr betrieben wird.

3. Konkreter Änderungsbedarf

BG-Akutkliniken in die INZ-Standortplanung einbeziehen

Der Regierungsentwurf sieht in § 123a Absatz 1 SGB V-E eine vorrangige Berücksichtigung der Bundeswehrkrankenhäuser vor, nennt die BG Kliniken jedoch nicht. Der Änderungsantrag 13 der Fraktion Bündnis 90/Die Grünen schließt diese Lücke und sollte übernommen werden. Gemeint sein sollten rechtlich eindeutig die neun Akutkliniken der Unternehmensgruppe BG Kliniken der gesetzlichen Unfallversicherung. Der Gesetzgeber erkennt in § 6a Absatz 3 KHG bereits ausdrücklich den besonderen Versorgungsauftrag der Bundeswehrkrankenhäuser und der Krankenhäuser der gesetzlichen Unfallversicherung an und eröffnet beiden Krankenhausgruppen besondere Kooperationsmöglichkeiten. Diese sachgerechte Gleichstellung sollte auch bei der Ausgestaltung der Notfallreform konsequent fortgeführt werden.

Die vorrangige Berücksichtigung verstehen wir als verpflichtende Eignungsprüfung, nicht als Standortgarantie. Maßgeblich bleiben der regionale Bedarf und die Leistungsfähigkeit des Krankenhauses. Die Kriterien dürfen sich aber nicht auf Einwohnerzahlen, PKW-Fahrzeiten und stationäre Fallzahlen beschränken. Einzubeziehen sind tatsächliche Rettungsdienst- und Verlegungsströme, überregionale Spezialaufträge, vorhandene Fachabteilungen, Traumanetzwerkfunktion, Krisenresilienz und die Fähigkeit zur Versorgung mehrerer Schwerverletzter gleichzeitig.

Klinische Vorhaltung und fallabschließende Versorgung finanzieren

Wer Patientenströme neu ordnet, muss die dafür erforderliche klinische Vorhaltung vollständig finanzieren. Die Kosten einer leistungsfähigen Notaufnahme entstehen unabhängig davon, ob ein Patient anschließend in einer Notdienstpraxis, einer Kooperationspraxis, ambulant im Krankenhaus oder stationär behandelt wird. Auch bei erfolgreicher Umsteuerung hält das Krankenhaus Pflege, Facharztdienste, Labor, Bildgebung, Blutbank, OP, Intensivmedizin, Medizintechnik, IT, Sicherheit und Infrastruktur rund um die Uhr bereit.

Der Änderungsantrag 25 greift mit einer pauschalen Vorhaltefinanzierung ein reales Defizit auf, beschränkt sich aber auf ärztliche Personalkosten. Das greift zu kurz. Erforderlich ist ein fallunabhängiges, nach Notfallstufe und übertragener Funktion gestuftes Budget für das gesamte interprofessionelle und technische System einschließlich notwendiger Investitionen.

Zugleich muss die fallabschließende ambulante Versorgung wirtschaftlich möglich sein. Komplexe Handverletzungen oder andere spezialisierte Notfälle können beispielsweise mehrere Fachdisziplinen, Bildgebung, Wundversorgung, Interventionen und eine längere Beobachtung erfordern, ohne dass eine stationäre Aufnahme notwendig ist. Dafür braucht es einen aufwandsadäquaten Vergütungsweg. Werden Labor- oder Bildgebungsleistungen durch eine Notdienst- oder Kooperationspraxis veranlasst und vom Krankenhaus erbracht, müssen Leistungsbeziehung und Vergütung unmittelbar und rechtssicher geregelt sein.

Medizinische Versorgungszentren können als Kooperationspraxen einen sinnvollen Beitrag leisten. Ihre Einbindung muss jedoch freiwillig, kapazitätsbezogen und auskömmlich vergütet sein. Erforderlich sind klare Indikationen, Öffnungszeiten, digitale Übergaben und geregelte Rückübernahmepfade. Das INZ darf keine zusätzlichen Parallelstrukturen erzeugen, sondern muss vorhandene regionale Angebote verbinden.

Klinische Verantwortung und zeitkritische Direktpfade sichern

Am Krankenhausstandort müssen medizinische Entscheidungskompetenz, Organisationsverantwortung und Haftung zusammenliegen. Die medizinische Gesamtverantwortung für die klinische Ersteinschätzung sollte deshalb grundsätzlich beim Krankenhaus liegen. Standardisierte softwaregestützte Verfahren können Entscheidungen strukturieren, dürfen die klinische Beurteilung aber nicht ersetzen. Eine medizinisch begründete Abweichung muss jederzeit möglich und revisionssicher dokumentierbar sein.

Rettungsdienstlich zugewiesene Patientinnen und Patienten dürfen keiner regelhaften erneuten Ersteinschätzung unterworfen werden. Bei eindeutig niedrig dringlichen Fällen kann eine weitere Steuerungsentscheidung sinnvoll sein; sie darf jedoch vorangemeldete oder klinisch zeitkritische Behandlungspfade nicht verzögern. Für Polytrauma, Schädel-Hirn-Trauma, schwere Verbrennungen, Wirbelsäulenverletzungen, schwere Handverletzungen und andere Spezialindikationen müssen unmittelbare klinische Zugänge erhalten bleiben. Ein vorangemeldeter Schockraumpatient darf nicht zunächst über eine gemeinsame Empfangstheke geführt werden.

Präklinische und klinische Versorgung als gemeinsame Qualitätskette entwickeln

Die Reform sollte die Versorgung vom Hilfeersuchen bis zum klinischen Ergebnis als eine gemeinsame Qualitätskette betrachten. Gesundheitsleitsysteme müssen Hilfeersuchen medienbruchfrei übergeben und nach einheitlichen medizinischen Kriterien bewerten. Der Versorgungskapazitätsnachweis darf nicht nur freie Betten zählen, sondern muss die funktionale Verfügbarkeit von Schockraum, OP, Intensivkapazität und Spezialteams abbilden. Präklinisch erhobene Daten müssen digital übernommen werden können, ohne dass die Behandlung durch erneute Datenerfassung verzögert wird.

Qualitätssicherung muss präklinische und klinische Daten ergebnisbezogen verknüpfen. Vorhandene qualifizierte Register und Datensätze sind zu nutzen, Mehrfachdokumentationen zu vermeiden. In die Entwicklung der Rahmenempfehlungen nach § 133b SGB V-E gehören deshalb auch die aufnehmenden Notfallkrankenhäuser, überregionalen Traumazentren und Ärztlichen Leitungen Rettungsdienst. Schnittstellen, IT-Sicherheit, Schulung und Ausfallkonzepte sind Teil der Versorgungsinfrastruktur und müssen bei der Finanzierung berücksichtigt werden.

4. Schlussfolgerung

Die BG Kliniken unterstützen die Notfallreform und stehen für ihre praktische Umsetzung zur Verfügung. Der Entwurf bietet die Chance, Patientensteuerung, Rettungsdienst und klinische Akutversorgung erstmals verbindlicher miteinander zu verbinden.

Für ihren Erfolg sind aus unserer Sicht vier Punkte entscheidend: die qualifizierte Berücksichtigung vorhandener Hochleistungsstandorte, eine vollständige Finanzierung der klinischen Vorhaltung, die eindeutige Zuordnung der medizinischen Verantwortung und der Schutz zeitkritischer Direktpfade. Diese Anforderungen sind kein Sonderanliegen eines einzelnen Trägers. Sie dienen einer schnellen, sicheren und wirtschaftlich tragfähigen Notfallversorgung für alle Patientinnen und Patienten.