

Stellungnahme zum KHAG

Bundesverband der Ärztlichen Leitungen Rettungsdienst Deutschland e.V.

In dem durch das KHAG anzupassende KHVVG sind die Belange der Notfallversorgung der Bevölkerung betroffen. Notfallversorgung im Krankenhaus meint alle diagnostischen und therapeutischen Maßnahmen, die zur Vermeidung von Gesundheitsschäden ohne Verzögerung notwendig und nur im Krankenhaus erbringbar sind (BSG, Az B 1 KR 25/23 R vom 2.4.2025). Die Definition von Notfallpatienten findet sich allerdings nicht dezidiert im SGB V, sondern direkt in den Rettungsdienstgesetzen der Länder (z.B. § 2 Abs. 2 RettG NRW) und indirekt über das vorzuhaltende „Gestufte System von Notfallstrukturen in Krankenhäusern“ (mindestens 3 Stufen gemäß § 136c Abs. 4 SGB V).

Ergänzend werden im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung auch 24 / 7 gesetzlich Krankenversicherte ambulant während und außerhalb der Sprechzeiten der Arztpraxen, z.B. in Notdienstpraxen, versorgt (§ 75 Abs. 1a und 1b SGB V). Neben der ambulanten vertragsärztlichen Versorgung werden auch sogenannte „Akutfälle“ (§ 75 Abs. 1a SGB V) von den Terminservicestellen ersteingeschätzt und in die geeignete Versorgungsebene, z.B. in Notaufnahmen von Krankenhäusern gemäß § 76 Abs. 1a SGB V, vermittelt.

Für den Rettungsdienst stellen die Notaufnahmen der Krankenhäuser die wichtigsten Anfahrtspunkte für Notfall- und Abklärungspatienten dar. Nur dort können Patientinnen und Patienten weiterführend abgeklärt und behandelt werden, was mit den beschränkten Mitteln des Rettungsdienstes weder apparativ, personell noch zeitlich möglich ist. Die Abklärung des Leitsymptoms „Brustschmerz“ kann beispielsweise mehrere Stunden dauern. Oft ist erst danach klar, ob die Patienten ambulant, stationär oder sogar intensivmedizinisch weiterzuversorgen sind.

Die Notfallversorgung in den Krankenhäusern muß deshalb ebenso wie die rettungsdienstliche Versorgung für die gesamte Bevölkerung bedarfsgerecht und flächendeckend, d.h. 24h an 7 Tagen der Woche, sichergestellt werden.

Damit Leistungen der Notfallversorgung überhaupt sichergestellt werden können, bedarf es nach der hier vertretenen Auffassung für alle daran beteiligten Akteure, einer eigenständigen, direkten Finanzierungsmöglichkeit bzw. Finanzierungssicherung im jeweils geltenden Finanzierungssystem. Das neu in den Krankenhäusern geltende Finanzierungssystem beruht im Wesentlichen auf Leistungsgruppen. Insofern sollte die Finanzierung der Notaufnahmen im Krankenhaus auch über eine eigene Leistungsgruppe sichergestellt werden können.

Insofern ist es von außen betrachtet unverständlich, warum die Leistungsgruppe 65 - Notfallmedizin - (§135d SGB V) im KHAG gestrichen werden soll.

Damit würde die Finanzierung der zentralen Notaufnahmen in wesentlichem Umfang weiterhin „indirekt“ über andere Leistungsgruppen des Krankenhauses im Sinne einer Quer-Subventionierung erfolgen müssen. Die Notaufnahmen bleiben bezüglich ihrer Refinanzierung damit weiterhin Bittsteller, wie andere Leistungsträger, deren Leistungsgruppen im KHAG gestrichen werden sollen (z.B. Infektiologie, Bereiche der Kinder- und Jugendmedizin). Mit einer indirekten Finanzierung läßt sich eine solide Notfallversorgung nicht sicherstellen, was an den bereits jetzt schon immer wieder völlig überlasteten Notaufnahmen erkennbar ist.

Des Weiteren stellt sich die Frage nach der Kompensation von Notaufnahmen, nicht nur wenn Krankenhäuser schließen, sondern auch bei Krankenhausfusionen. Im Bundesgebiet konnte schon jetzt beobachtet werden, daß Fusionen dazu führten, daß einzelne Notaufnahmen in einigen fusionierten Krankenhäusern geschlossen wurden, was Auswirkungen auf den Rettungsdienst, seine erforderliche Vorhaltung und auf den Zeitbeginn der klinischen Weiterversorgung hat.

Prof. Dr.med. Dr.rer.nat. Alex Lechleuthner
- Vorsitzender -