

Vorlage zu TOP 4

der LKB-Vorstandssitzung am 28. Februar 2018

Gestuftes Notfallsystem des G-BA

Der Vorstand der LKB hatte mehrfach in 2017 die Thematik der anstehenden G-BA Beschlüsse zu einem gestuften System von Notfallstrukturen in Krankenhäusern und deren Auswirkungen in Brandenburg beraten. Im Sondervorstand der DKG am 14. Februar 2018 wurde ein umfassender Bericht über die aktuelle Situation in diesem Themenbereich gegeben. Nachfolgend werden die wesentlichen Ergebnisse aufgeführt:

Der Abschlussbericht des IGES-Institutes zu den Auswirkungen der Positionen von GKV, DKG, KBV und Landesvertretern sowie Patientenvertretern zum gestuften System von Notfallstrukturen im Krankenhaus liegt bisher noch nicht vor. Das IGES-Institut hat dem G-BA aber bereits Ergebnisse von Teilaufträgen vorgelegt und der G-BA-Kleingruppe, welche die Folgenabschätzung berät, die Daten der Befragung bei den Krankenhäusern zur Verfügung gestellt. Die komprimierten Ergebnisse des IGES aus deren Präsentation auf einen Blick:

Teilnahme an Notfallversorgung in der Übersicht **IGES**

Teilnahme	GKV-SV		DKG	
	Anzahl Standorte	Anteil	Anzahl Standorte	Anteil
Basisnotfallversorgung	313	40,0%	627	80,2%
erweiterte Notfallversorgung	104	13,3%	296	37,9%
umfassende Notfallversorgung	35	4,5%	89	11,4%

Bei den Zahlen ist zu berücksichtigen, dass die Krankenhäuser der höheren Stufen auch in den niedrigeren Stufen enthalten sind.

Die vollständige Präsentation des IGES ist in **Anlage 1** beigefügt. Dort sind einige Punkte, die in der Leistungsbeschreibung von IGES gefordert wurden, noch nicht enthalten.

Der Vorsitzende des G-BA, Herr Professor Hecken, hatte den GKV-SV und die DKG gebeten, den mit einer Beteiligungsrate von 45% der Krankenhäuser nur unzureichenden und durch eine

stärkere Beteiligung großer Krankenhäuser auch verzerrten Datensatz des IGES mit Sekundärdaten zu ergänzen und diesen erweiterten Datensatz dann auszuwerten. Dieses Verfahren hat aber starke methodische Limitationen, da viele Parameter aus den Positionen der Bänke nicht in den Qualitätsberichtsdaten und den Daten gem. § 21 KHEntgG abgebildet sind. Viele Punkte können daher gar nicht oder nur über Annahmen unzureichend genau bewertet werden.

Die DKG hat durch das beteiligte Dezernat II der DKG eine Auswertung, die auch seit dem 15. Januar 2018 dem G-BA vorliegt, angefertigt (**Anlage 2**). Die Auswertung erfolgte zum einen auf der Basis ausschließlich der IGES-Daten, zum anderen auf dem von der DKG ergänzten Datensatz. In dem ergänzten Datensatz zeigt sich, dass durch den IGES-Datensatz die Teilnehmerate der Krankenhäuser aufgrund der oben dargestellten Verzerrung systematisch überschätzt wird, die Ergebnisse sind noch schlechter als von IGES berechnet. Bei der Auswertung des DKG-Beschlussentwurfes anhand des aufgefüllten Datensatzes sind deutlich mehr Krankenhäuser in der Stufe der Nichtteilnahme, u.a. auch da die Module in den Sekundärdaten nicht abgebildet sind. Krankenhausstandorte also, welche nach DKG-Konzept über die Module fachspezifische Notfallversorgung, Schlaganfallversorgung, Kindernotfallversorgung oder Schwerverletztenversorgung an den Notfallstufen teilnehmen, können in der Auswertung der Sekundärdaten nicht berücksichtigt werden.

Weiterhin wurden von Seiten der DKG bundeslandbezogene Auswertungen erarbeitet, die sowohl die Stufenzuordnungen nach den verschiedenen Konzepten auflisten, als auch die Konsequenzen für die Erreichbarkeiten in den jeweiligen Bundesländern anhand von Landkarten darstellen – die Analyse für Brandenburg findet sich auf den Seiten 13/ 14 - (**Anlage 3**). Die Landkarten wurden mit Hilfe des Krankenhausversorgungssimulators erstellt. Des Weiteren erhalten diese länderspezifischen Übersichten Auswertungen zu den Gründen der Nichtteilnahme an den Notfallstufen. Dazu wurden ausschließlich die Krankenhausstandorte betrachtet, welche nach dem Konzept der DKG an einer der Notfallstufen teilnehmen und gleichzeitig nach dem GKV-SV-Konzept in die Stufe der Nichtteilnahme fallen. Weiterführende Informationen zur Methodik finden sich in der Anlage.

Auch der GKV-SV hat eine Folgenabschätzung seines eigenen Beschlussentwurfes vorgenommen und diese im G-BA vorgestellt (**Anlage 4**). In dieser kommt der GKV-SV zu einem

deutlich anderen Ergebnis als das IGES-Institut und die DKG. Dies ist zum einen mit abweichenden Annahmen für die Auswertung der Sekundärdaten zu begründen. Zum anderen vermutet die DKG, dass der GKV-SV die einzelnen Datensätze der Krankenhausstandorte plausibilisiert und „aufgefüllt“ hat. Der GKV-SV hat angekündigt bis zum Unterausschuss Bedarfsplanung am 26. Februar 2018 Länderauswertungen aller Bundesländer einzureichen. Nach Informationen der LKB Geschäftsstelle werden zur Zeit die einzelnen Ministerien der Länder von Seiten des GKV-SV über die Ergebnisse „informiert“.

Die DKG geht davon aus, dass der G-BA an der – ohnehin bereits um 3 Monate verzögerten – Umsetzung des gesetzlichen Auftrages festhalten will. Um dies aufzuhalten, würde es klarer Signale des Gesetzgebers bedürfen, dass die Absicht besteht, eine Neugestaltung dieser Aufgabe – ggf. auch abseits des G-BA – zeitnah vorzunehmen. Die DKG ist daher auf politischer Ebene aktiv geworden und hat sich mit einem Schreiben am 15. Januar 2018 an die für Gesundheit zuständigen Landesministerien gewandt (**Anlage 5**).

In sehr enger Taktung wird das weitere Vorgehen und die Positionierung der Krankenhäuser in den zuständigen Gremien der DKG beraten; am 22. Februar 2018 im Fachausschuss Personalwesen und Krankenhausorganisation und am 7. März 2018 in der Klausurtagung der DKG. Der weitestgehende Kompromissrahmen der DKG, der unter Vorstandsvorbehalt definiert wurde und nicht vollumfänglich von der LKB mitgetragen wird, lässt sich wie folgt darstellen:

a) Definition der Fachabteilung für alle Stufen

Eine Fachabteilung liegt vor, sofern die folgenden Voraussetzungen erfüllt sind:

1. Es handelt sich um eine fachlich unabhängige, räumlich abgegrenzte und organisatorisch eigenständige Organisationseinheit am Standort des Krankenhauses,
2. angestellte Ärzte des Krankenhauses sind der Fachabteilung zugeordnet, und der ärztliche Leiter besitzt die entsprechenden Qualifikationsnachweise der Weiterbildungsordnung der Ärztekammer. Es ist jederzeit (24 Stunden an 7 Tagen pro Woche) ein Arzt zur Verfügung zu stellen, der den Facharztstandard erfüllt.

b) Zentrale Notaufnahme für alle Stufen

Krankenhäuser, die am gestuften System der stationären Notfallversorgung teilnehmen, verfügen am Standort über eine Zentrale Notaufnahme (ZNA), in der die Mehrzahl der Notfallpatienten versorgt oder zur Notfallversorgung in die entsprechende Fachabteilung weitergeleitet wird. Die ZNA ist eine räumlich abgegrenzte, fachübergreifende Einheit, die von einem Facharzt medizinisch weisungsungebunden geleitet wird. In der Zentralen Notaufnahme kommt ein strukturiertes und validiertes System zur Behandlungspriorisierung von Notfallpatienten zur Anwendung.

c) Facharztstandard für alle Stufen

Der Facharztstandard ist jederzeit gewährleistet. In den Bereichen Innere Medizin, Chirurgie und Anästhesiologie ist jeweils ein Facharzt im Präsenzdienst oder im Bereitschaftsdienst oder im Rufbereitschaftsdienst dienstbereit.

d) Standortbezug für alle Stufen

(Da die Definition des Standortes durch Schiedsstellenentscheidung inzwischen geklärt und für die DKG akzeptabel ist, kann der für die Notfallversorgung prinzipiell sinnvolle Standortbezug akzeptiert werden.)

e) Basisnotfallversorgung:

Krankenhäuser der Basisnotfallversorgung halten eine Intensiveinheit vor, welche auch zur Versorgung beatmeter Patienten ausgestattet ist.

Insbesondere die folgende medizinisch-technische Ausstattung ist am Standort vorzuhalten:

- ein Schockraum und
- grundsätzlich 24-stündig verfügbare computertomographische Bildgebung (CT).

f) Erweiterte Notfallversorgung:

Krankenhäuser der erweiterten Notfallversorgung verfügen grundsätzlich zu jeder Zeit (24 Stunden an 7 Tagen pro Woche) über die folgende medizinisch-technische Ausstattung:

1. notfallendoskopische Interventionsmöglichkeiten am oberen Gastrointestinaltrakt,
2. Möglichkeit der perkutanen koronaren Intervention (PCI),

3. Magnetresonanztomographie (MRT).

g) Umfassende Notfallversorgung:

Kontinuierliche Möglichkeit zur Reperfusionstherapie des Schlaganfalls, z.B. Lyse [ggf. schon in Stufe 2?]

Ursprünglich hatte der GKV-SV informell angedeutet, dass er auf die „weichen“, also nicht überprüfbareren Vorgaben in seinem Entwurf verzichten würde. Stattdessen hat die GKV aber weitere Verschärfungen ihrer Position vorgenommen und fordert in seinem überarbeiteten Beschlussentwurf 6 Intensivbetten jeweils mit Beatmungsmöglichkeit für die Basisstufe.

Für den 16. März 2018 ist die Beschlussfassung der Regelung im Plenum des G-BA vorgesehen. Da die geltenden gesetzlichen Regularien keine Prüfung durch das BMG vorsehen, würde ein Inkrafttreten nach Veröffentlichung die Folge sein.

Auf der politischen Ebene wird von Seiten der DKG versucht, eine gesetzliche Änderung des § 136c Abs. 4 SGB V zu erreichen.

Die Geschäftsstelle der LKB hatte sich bereits im Vorfeld an die DKG gewandt und ihre Positionen in die Beratungen eingebracht. Auf Grund der gravierenden Auswirkungen für Brandenburg wurde noch am 14. Februar 2018 der zuständige Abteilungsleiter im MASGF kontaktiert und mit Schreiben vom 21. Februar 2018 Frau Ministerin Golze angeschrieben (**Anlage 6**). Weiterhin wurden Gespräche mit der Vorsitzenden des Gesundheitsausschusses des Brandenburger Landtages und den gesundheitspolitischen Sprechern der Fraktionen geführt bzw. sind zum Zeitpunkt der Vorlagenerstellung bereits terminiert.

Weitergehende Informationen zu Ergebnissen und aktuellen Entwicklungen erfolgen mündlich.

Beschlussvorschlag: Der Vorstand diskutiert den Sachstand und beschließt über das weitere Vorgehen.

6 Anlagen