

Mainz, 6. Mai 2024

Pressekonferenz
zur
143. Hauptversammlung des Marburger Bundes

Gesprächsteilnehmer:

Dr. Susanne Johna

1. Vorsitzende des Marburger Bundes - Bundesverband

Dr. Andreas Botzlar

2. Vorsitzender des Marburger Bundes - Bundesverband

Armin Ehl

Hauptgeschäftsführer des Marburger Bundes – Bundesverband

Moderation

Hans-Jörg Freese

Leiter Verbandskommunikation / Pressesprecher

Unsere Pressemappe finden Sie in digitaler Form unter:

www.marburger-bund.de/pressemappe



MB-Pressestelle

Reinhardtstraße 36
10117 Berlin

Tel.: 030 746846 40
Fax: 030 746846 45
presse@marburger-bund.de
www.marburger-bund.de

Hans-Jörg Freese (Ltg.)
Tel.: 030 746846 41
freese@marburger-bund.de

Mainz, 5. Mai 2024

Klare Haltung gegen Rechtsextremismus, Antisemitismus und Rassismus

Hauptversammlung des Marburger Bundes wirbt für Demokratie, Toleranz und Menschlichkeit

Die 143. Hauptversammlung des Marburger Bundes hat sich entsetzt gezeigt von den zunehmenden Angriffen auf aktive, demokratisch engagierte Menschen. „Wir verurteilen diese gehäuft vorkommenden körperlichen und aggressiven Angriffe aufs äußerste. Wir fordern einen offenen, diversen und wertschätzenden Umgang miteinander, da wir als Ärzteschaft für die Unversehrtheit aller Menschen einstehen“, heißt es in einem Beschluss der Delegierten.

Die Hauptversammlung verurteilte zugleich die Zunahme rechtsextremer Aktivitäten, wie die Anfang dieses Jahres öffentlich gewordenen Pläne zur „Remigration“ in Deutschland lebender Menschen, aufs Schärfste. Der größte deutsche Ärzteverband betrachtet den zunehmenden Aufschwung rechtsextremer Strömungen mit großer Sorge. „Diesem Gedankengut des Ausgrenzens, des Antisemitismus, des Rassismus und der Intoleranz stellt sich der Marburger Bund entschieden entgegen“, erklärte die Hauptversammlung des Marburger Bundes. Die Delegierten wandten sich gegen jegliches autoritäre und menschenverachtende Gedankengut.

Die 1. Vorsitzende des Marburger Bundes, Dr. Susanne Johna, bekräftigte: „Demokratie, Rechtsstaatlichkeit und Menschenrechte sind für ein menschliches, diskriminierungsfreies Gesundheitswesen absolut essenziell. Wir Ärztinnen und Ärzte, die wir uns für ein freies und plurales Gesundheitssystem einsetzen, verteidigen die individuelle Autonomie und die persönlichen Entscheidungsfreiheiten unserer Patienten gegenüber politischen Strömungen, die diese Grundrechte einzuschränken versuchen.“

MB-Pressestelle

Reinhardtstraße 36
10117 Berlin

Tel.: 030 746846 40
Fax: 030 746846 45
presse@marburger-bund.de
www.marburger-bund.de

Hans-Jörg Freese (Ltg.)
Tel.: 030 746846 41
freese@marburger-bund.de



Mainz, 5. Mai 2024

Krankenhauskapazitäten für wirkungsvollen Katastrophenschutz vorhalten

Marburger Bund: Krankenhausreform muss Rahmen für notwendige Ressourcen festlegen

Der Marburger Bund fordert die Bundesregierung und die Bundesländer auf, die notwendigen Ressourcen und Kapazitäten für einen wirkungsvollen Katastrophenschutz im Rahmen der Krankenhausreform festzulegen. Dazu sei die Vorhaltung zusätzlicher struktureller Vorkehrungen einzuplanen und zu finanzieren. Die Festlegung struktureller und personeller Ressourcen durch die Länder müsse bereits vor Eintritt einer Gefahren- und Schadenslage getroffen werden, so die 143. Hauptversammlung des Marburger Bundes in Mainz.

Die Lehren aus der Corona-Pandemie hätten gezeigt, dass Bewältigung von Gefahren- und Schadenslagen nur mit einer guten Vorbereitung möglich sei. „Bei all den jetzt diskutierten Fragen zur Neuordnung von Strukturen dürfen wir nicht den Fehler machen, diese Strukturen im Gesundheitswesen nur für schönes Wetter auszulegen. Wir brauchen für den Ernstfall Reservekapazitäten, die zügig einsatzfähig sind. Das muss jetzt mitbedacht und mitgeplant werden“, sagte die 1. Vorsitzende des Marburger Bundes, Dr. Susanne Johna.

Die Delegierten des größten deutschen Ärzteverbandes mahnten, auch für jetzt schwer vorstellbare Szenarien vorbereitet zu sein: „In einem hoffentlich nie eintretenden Bündnis- oder Verteidigungsfall käme den Krankenhäusern eine noch weitaus bedeutendere Rolle im Gesundheitlichen Bevölkerungsschutz zu. Dann müsste gegebenenfalls nicht nur eine große Zahl verletzter oder erkrankter Zivilpersonen, sondern auch Soldaten durch die zivilen Kliniken versorgt werden. Darauf verweisen auch die Handlungsempfehlungen des Bundesamtes für Bevölkerungsschutz und Katastrophenhilfe.“

Die Hauptversammlung forderte den Gesetzgeber auch auf, notwendige Investitionen in die IT-Sicherheit der Krankenhäuser zu gewährleisten und diese bei der Krankenhausreform ebenfalls mit zu bedenken: „Die Krankenhäuser benötigen als Teil der kritischen Infrastruktur zum Aufbau und Erhalt einer resilienten IT-Sicherheitsstruktur ausreichend finanzielle Mittel, die bedarfsgerecht in die IT investiert werden, um auch langfristig einen ausreichenden Schutz gegen Angriffe aufzubauen und zu erhalten.“

MB-Pressestelle

Reinhardtstraße 36
10117 Berlin

Tel.: 030 746846 40
Fax: 030 746846 45
presse@marburger-bund.de
www.marburger-bund.de

Hans-Jörg Freese (Ltg.)
Tel.: 030 746846 41
freese@marburger-bund.de



Mainz, 5. Mai 2024

Krankenhausreform: Großversuch mit unabsehbaren Folgen

Alle notwendigen Personalkosten der direkten Patientenversorgung als Vorhaltekosten finanzieren

Die geplante Krankenhausreform wird dem selbst gesetzten Ziel einer Verbesserung der Krankenhausversorgung nicht gerecht, kritisiert die 143. Hauptversammlung des Marburger Bundes in Mainz. Es sei zu befürchten, dass sich der ökonomische Druck durch die unzureichenden Finanzierungsgrundlagen weiter verstärke, der forcierte Abbau an Krankenhaus-Kapazitäten die flächendeckende Versorgung und die fachärztliche Weiterbildung verschlechtere und die fallbezogene Abrechnung auf Grundlage von zukünftig drei Säulen der Vergütung zu noch mehr Bürokratie führe.

„Eine Krankenhausreform, die bewusst darauf angelegt ist, die Zahl der Leistungserbringer zu reduzieren, hat komplexe Folgen für die Versorgung der Patientinnen und Patienten. Es ist völlig inakzeptabel, dass ein solcher Großversuch ohne flächendeckendes Versorgungskonzept, ohne vorherige Bedarfsanalyse und ohne Folgenabschätzung auf den Weg gebracht werden soll“, heißt es im Beschluss der Delegierten.

Der Marburger Bund sieht die Notwendigkeit einer strukturellen Reform. Die Strukturen der Versorgung müssten stärker auf Kooperation und Vernetzung ausgerichtet werden und die Krankenhausplanung müsse ihrem Ziel einer bedarfsgerechten Sicherstellung der Versorgung entsprechen. Die Finanzierung der Krankenhäuser sei durch ein neues Vergütungssystem sowie nachhaltige Investitionen unter Beteiligung des Bundes grundlegend zu reformieren und sicherzustellen.

Eine echte Entökonomisierung könne nur dann gelingen, wenn die Vorhaltefinanzierung unabhängig von der Fallzahl erfolge und alle notwendigen Personalkosten der direkten Patientenversorgung auf Nachweis als Vorhaltekosten finanziert würden. Das Ziel einer Entbürokratisierung werde mit dem Referentenentwurf des Bundesministeriums für Gesundheit klar verfehlt. Stattdessen werde noch mehr Bürokratie aufgebaut, die durch eine geplante Verschlinkung der Prüfungen des Medizinischen Dienstes in keiner Weise kompensiert werden könne.

MB-Pressestelle

Reinhardtstraße 36
10117 Berlin

Tel.: 030 746846 40
Fax: 030 746846 45
presse@marburger-bund.de
www.marburger-bund.de

Hans-Jörg Freese (Ltg.)
Tel.: 030 746846 41
freese@marburger-bund.de



143. Hauptversammlung 04./05.05.2024

BESCHLÜSSE (Auswahl)

Beschluss Nr. 1 - Gegen Rechtsextremismus, Antisemitismus und Rassismus - für Demokratie, Toleranz und Menschlichkeit.....	2
Beschluss Nr. 2 - Vertut Euch nicht!	2
Beschluss Nr. 3 - Demokratinnen und Demokraten wählen!.....	2
Beschluss Nr. 4 - Stellungnahme zum demokratischen Selbstverständnis des Marburger Bundes ...	3
Beschluss Nr. 5 - Krankenhausreform des Bundes ist ein Großversuch mit unabsehbaren Folgen ...	3
Beschluss Nr. 6 - Eine gemeinsam von Bund und Ländern getragene Krankenhausreform ist unabdingbar und überfällig.....	5
Beschluss Nr. 7 - Personalkosten statt Vorhaltekosten finanzieren	6
Beschluss Nr. 8 - Patientensteuerung in der ambulanten Notfallversorgung.....	6
Beschluss Nr. 9 - Nachhaltige Finanzierungsgrundlage für die ambulante Versorgung	7
Beschluss Nr. 10 - Ambulantisierung erfordert bedarfsorientierte Komplementärangebote	7
Beschluss Nr. 11 - Bürokratieabbau erfordert mutige Gesetzgebung	8
Beschluss Nr. 12 - Katastrophenschutz in der Krankenhausreform festlegen.....	8
Beschluss Nr. 13 - Eigenständigkeit und Leistungsfähigkeit des Sanitätsdienstes wahren	9
Beschluss Nr. 14 - STRAFZAHLUNGEN (gemäß § 275c Abs. 3 SGB V „Aufschlagzahlung“) Keine Entlassung ins Ungewisse	9
Beschluss Nr. 15 - Forderung nach Entbudgetierung / Abkehr von der Quartalsbindung.....	9
Beschluss Nr. 16 - Transparenz der Organisations- und Verwaltungsstruktur sowie der Eigentümerverhältnisse bei MVZ	10
Beschluss Nr. 17 - IT-Sicherheit in Krankenhäusern gewährleisten.....	10
Beschluss Nr. 18 - Notruf-Patienten bedarfsgerecht versorgen – Gesundheitsleitstellen als „single point of contact“	10
Beschluss Nr. 19 - Zertifizierung digitaler Assistenzsysteme für die Steuerung von Notfallpatienten	11
Beschluss Nr. 20 - Patientendatenmanagement ist Aufgabe von nationaler Bedeutung	11
Beschluss Nr. 21 - Ärztliche Weiterbildung sektorenverbindend ermöglichen.....	11
Beschluss Nr. 22 - Anerkennung von Weiterbildungszeiten.....	13

Beschluss Nr. 1 - Gegen Rechtsextremismus, Antisemitismus und Rassismus - für Demokratie, Toleranz und Menschlichkeit

Die 143. Hauptversammlung des Marburger Bundes hat beschlossen:

Der Marburger Bund als gewerkschaftliche und berufspolitische Vertretung der angestellten und beamteten Ärztinnen und Ärzte Deutschlands verurteilt die Zunahme rechtsextremer Aktivitäten wie die Anfang des Jahres öffentlich gewordenen Pläne zur „Remigration“ in Deutschland lebender Menschen aufs Schärfste. Weiterhin betrachtet der Marburger Bund den zunehmenden Aufschwung rechtsextremer Strömungen und ihrer Parteien wie der „Alternative für Deutschland“ (AfD) in Deutschland und im restlichen Europa mit großer Sorge. Diesem Gedankengut des Ausgrenzens, des Antisemitismus, des Rassismus und der Intoleranz stellt sich der Marburger Bund entschieden entgegen.

Der Marburger Bund bekennt sich zur Demokratie und lehnt jegliches autoritäres und menschenverachtendes Gedankengut ab.

Den ethischen Grundsätzen der Deklaration von Genf des Weltärztebundes folgend stellen Ärztinnen und Ärzte ihr Leben in den Dienst der Menschlichkeit. Diesem Grundsatz folgend, fordert der Marburger Bund seine Mitglieder und alle Mitbürgerinnen und Mitbürger auf: Stellen wir uns gemeinsam gegen Rechtsextremismus wie jegliche Form von Extremismus in unserer Gesellschaft - in unserer Familie, im Beruf, in Vereinen sowie in der Politik!

Unsere Botschaften sind menschlicher Zusammenhalt und Solidarität.

Beschluss Nr. 2 - Vertut Euch nicht!

Die 143. Hauptversammlung des Marburger Bundes hat beschlossen:

Die 143. Hauptversammlung des Marburger Bundes ist von den zunehmenden Angriffen auf aktive, demokratisch engagierte Menschen entsetzt. Wir verurteilen diese gehäuft vorkommenden körperlichen und aggressiven Angriffe aufs äußerste.

Wir fordern einen offenen, diversen und wertschätzenden Umgang miteinander, da wir als Ärzteschaft für die Unversehrtheit aller Menschen eintreten!

Beschluss Nr. 3 - Demokratinnen und Demokraten wählen!

Die 143. Hauptversammlung des Marburger Bundes hat beschlossen:

Wer den Erhalt unseres humanistischen, pluralen Gesundheitswesens, mit niedrigschwelligem Zugang für alle Menschen will, beteiligt sich an Wahlen und wählt Demokratinnen und Demokraten.

Beschluss Nr. 4 - Stellungnahme zum demokratischen Selbstverständnis des Marburger Bundes

Die 143. Hauptversammlung des Marburger Bundes hat beschlossen:

Der Marburger Bund ist bestürzt und entsetzt über die menschenverachtenden rechtsradikalen Umtriebe in unserer Gesellschaft. Mit Erleichterung wird deshalb die zahlreiche Teilnahme an den Protesten gegen diese Machenschaften begrüßt. Da jedoch Demonstrationen nicht ausreichen, um der rechtsradikalen Unterwanderung ursprünglich demokratischer Bewegungen zu begegnen, möchte der Marburger Bund feststellen:

- Wir sind jederzeit offen für auch kontroverse politische Diskussionen im Rahmen einer demokratischen Meinungsfindung. Menschenverachtende, rassistisch-xenophobe Positionen widersprechen unserem demokratischen und ärztlichen Grundverständnis und stehen nicht zur Diskussion.
- Die 143. Hauptversammlung des Marburger Bundes hält solche Positionen mit der Mitgliedschaft in unserem Verband für unvereinbar.

Beschluss Nr. 5 - Krankenhausreform des Bundes ist ein Großversuch mit unabsehbaren Folgen

Die 143. Hauptversammlung des Marburger Bundes hat beschlossen:

Die Krankenhausreform soll die Versorgung verbessern, den Häusern ökonomischen Druck nehmen und bürokratische Lasten abbauen – diesen selbst gesetzten Zielen wird der Entwurf des Bundesministeriums für Gesundheit (BMG) für ein Krankenhausversorgungsverbesserungsgesetz (KHVVG) nicht gerecht. Es ist vielmehr zu befürchten,

- dass sich der ökonomische Druck durch die unzureichenden Finanzierungsgrundlagen weiter verstärkt,
- der forcierte Abbau an Krankenhaus-Kapazitäten die flächendeckende Versorgung und die fachärztliche Weiterbildung verschlechtert und
- die fallbezogene Abrechnung auf Grundlage von zukünftig drei Säulen der Vergütung zu noch mehr Bürokratie für das am Patienten tätige Personal führt.

Eine Krankenhausreform, die bewusst darauf angelegt ist, die Zahl der Leistungserbringer zu reduzieren, hat komplexe Folgen für die Versorgung der Patientinnen und Patienten. Es ist völlig inakzeptabel, dass ein solcher Großversuch ohne flächendeckendes Versorgungskonzept, ohne vorherige Bedarfsanalyse und ohne Folgenabschätzung auf den Weg gebracht werden soll.

Der Marburger Bund sieht die Notwendigkeit einer strukturellen Reform. Es braucht eine Neujustierung auf mehreren Ebenen: Die Strukturen der Versorgung müssen stärker auf Kooperation und Vernetzung ausgerichtet werden, die Krankenhausplanung muss ihrem Ziel einer bedarfsgerechten Sicherstellung der Versorgung entsprechen und die Finanzierung der Krankenhäuser ist durch ein neues Vergütungssystem sowie nachhaltige Investitionen unter Beteiligung des Bundes grundlegend zu reformieren und sicherzustellen.

Es muss für die Landesbehörden und die betroffenen Kliniken kalkulierbar sein, welche Auswirkungen die geplanten Instrumente für die Strukturen im Ballungsraum und in ländlichen Gebieten haben werden. Ein drastischer Abbau von Kapazitäten führt zwangsläufig auch zu Engpässen in der ärztlichen Aus- und Weiterbildung. Es ist nicht erkennbar, dass diese Folgen für den ärztlichen und fachärztlichen Nachwuchs bisher ausreichend bedacht worden sind.

Vorhaltevergütung fallunabhängig gestalten!

Der mit dem Referentenentwurf des BMG formulierte Ansatz zur Ermittlung und Verteilung der Vorhaltefinanzierung entpuppt sich bei näherer Betrachtung als Etikettenschwindel: Weder die Verteilung der Vorhaltefinanzierung noch die Auszahlung an die Krankenhäuser ist fallunabhängig gestaltet. Der daraus resultierende ökonomische Druck bleibt bestehen. Es findet lediglich eine Umverteilung des vorhandenen Budgets statt, ohne dass die Fehlanreize des bestehenden Fallpauschalensystems überwunden werden.

Eine echte Entökonomisierung kann nur dann gelingen, wenn die Vorhaltefinanzierung unabhängig von der Fallzahl erfolgt und alle notwendigen Personalkosten der direkten Patientenversorgung auf Nachweis als Vorhaltekosten finanziert werden.

Leistungsgruppen nicht weiter überfrachten!

Die Verknüpfung von Planung und Finanzierung mittels Leistungsgruppen ist grundsätzlich positiv zu bewerten, wenn die Länder bedarfsnotwendige Versorgungsaufträge den Krankenhäusern zuweisen und diese für die Leistungen im Rahmen der Versorgungsaufträge vergütet werden. Die im Referentenentwurf des BMG vorgenommene Ergänzung der in Nordrhein-Westfalen bereits entwickelten Qualitätskriterien um neue Mindestvorhaltezahlen lehnt der Marburger Bund in der geplanten Form jedoch ab. Die Entwicklung solcher Mindestvorhaltezahlen entspricht keiner evidenzbasierten Qualitätssicherung. Die Komplexität und das Zusammenwirken der Regelungen sind nicht kalkulierbar. Die Einführung der Leistungsgruppen selbst ermöglicht bereits eine ausreichende Steuerung.

Praxistaugliche ärztliche Personalbemessung einführen!

Leistungskonzentrationen haben zwangsläufig Auswirkungen auf das in den Krankenhäusern beschäftigte Personal. Es wäre fatal anzunehmen, dass das Personal den neuen Strukturen automatisch folgen wird.

Dem Referentenentwurf des BMG liegen weitere Annahmen zugrunde, die sich bei näherer Betrachtung als wenig realistisch erweisen. Das betrifft sowohl die Quantität wie auch die Qualifikation des ärztlichen Personals in den Anforderungen für die fünf Leistungsgruppen, die zusätzlich zu den NRW- Leistungsgruppen vorgesehen sind. Die dafür geforderten Fachärztinnen und Fachärzte sind derzeit überhaupt nicht in ausreichender Anzahl vorhanden.

Zudem werden die Anforderungen für eine 24-Stunden-Verfügbarkeit von Fachärztinnen und Fachärzten in einer Leistungsgruppe derart detailliert vorgegeben, dass dies zu noch mehr Prüfungen des Medizinischen Dienstes und zu noch mehr Bürokratie in den Krankenhäusern führen wird. Anstatt im Gesetz jede Einzelheit zur fachärztlichen Personalausstattung zu regeln, sollte der Gesetzgeber auf vorhandene, praxistaugliche Expertise zurückgreifen. Das von der Bundesärztekammer bereits erarbeitete ärztliche Personalbemessungsinstrument (ÄPS-BÄK) muss in die vorliegende Reform integriert und dadurch zukünftig in allen Abteilungen verbindlich eingesetzt werden.

Sektorenübergreifende Versorgung klar definieren!

Grundsätzlich positiv ist der Versuch zu bewerten, die bestehenden Potenziale einer sektorenübergreifenden Versorgung stärker auszuschöpfen. Notwendig dazu sind Gestaltungsfreiheit einerseits und Rechtsklarheit andererseits. Hier bleibt der Entwurf des BMG deutlich hinter den Erwartungen des Marburger Bundes zurück. Patientinnen und Patienten müssen wissen, welche Versorgung ihnen in den vorgesehenen neuen sektorenübergreifenden Versorgungseinrichtungen zur Verfügung steht. Es ist unklar, welches Aufgabenspektrum den neuen Einrichtungen in ihrer Rolle als Krankenhäuser der untersten Versorgungsstufe konkret zufallen wird. Auch fehlt ein valider Bezug zum Bedarf.

Angesichts des ohnehin schon bestehenden und sich weiter verschärfenden Fachkräftemangels im Gesundheitswesen stellt sich auch die Frage nach der Personalbesetzung in diesen Häusern, denn Krankenhäuser brauchen eine rund um die Uhr verfügbare ärztliche und pflegerische Besetzung. Es wäre auch nichts gewonnen, wenn sektorenübergreifende Versorgungseinrichtungen in direkte Konkurrenz zu den bestehenden ambulanten Versorgungsstrukturen träten.

Entbürokratisierung endlich voranbringen!

Das Ziel einer Entbürokratisierung wird mit dem Referentenentwurf des BMG klar verfehlt. Stattdessen wird noch mehr Bürokratie aufgebaut, die durch eine geplante Verschlankung der Prüfungen des Medizinischen Dienstes in keiner Weise kompensiert werden kann. Zu nennen ist hier insbesondere die geplante Finanzierung aus zukünftig drei äußerst komplexen Vergütungsanteilen, die umfangreiche Datenübermittlungen, Dokumentationen und Prüfungen auslösen werden. Ärztinnen und Ärzte sowie Pflegende brauchen eine schnelle und pragmatische Entlastung von Bürokratie in ihrem beruflichen Alltag. Gerade angesichts des Fachkräftemangels ist jeder Abbau von bürokratischen Lasten gleichbedeutend mit zusätzlichen personellen Kapazitäten für die Patientenversorgung.

Beschluss Nr. 6 - Eine gemeinsam von Bund und Ländern getragene Krankenhausreform ist unabdingbar und überfällig

Die 143. Hauptversammlung des Marburger Bundes hat beschlossen:

Der Marburger Bund mahnt die Bundesregierung und alle Landesregierungen, die aktuell diskutierte Krankenhaus-Reform konstruktiv und sachgerecht fortzuführen:

- Statt politischem Ringen um Zuständigkeiten, Nebenaspekte und Deutungshoheit muss die Krankenhauslandschaft in Deutschland endlich bedarfsgerecht gestaltet und dafür Landesgrenzen übergreifend geplant werden.
- Die Schaffung leistungsstarker Einheiten und Verbünde darf nicht an regionalen oder lokalen Befindlichkeiten scheitern („leistungsstark“ wird hier im Sinne von „medizinisch hochwertig und bedarfsgerecht“ definiert und klar von Zahl, Ausmaß, Invasivität und Rentabilität von Eingriffen abgegrenzt).
- Der Abbau nicht zukunftsfähiger Einrichtungen setzt vielfach den Aufbau oder die Stärkung bereits vorhandener oder zu schaffender leistungsstärkerer Einrichtungen voraus – stationär wie ambulant und im häuslich unterstützenden Bereich. Ein Abbau von Einrichtungen ohne Klärung der Frage, wer mit welchen personellen, strukturellen und finanziellen Ressourcen entstehende Versorgungslücken nahtlos schließen kann, ist unverantwortlich.
- Ungerichteter wirtschaftlicher Druck auf Gesundheitseinrichtungen verschlechtert die Patientenversorgung in Deutschland seit Jahren. Krankenhäuser nur durch wirtschaftlichen Druck „vom Markt zu nehmen“, ist unsinnig, langfristig teuer und

gefährdet die Bevölkerung.

- Als wesentliche Ursache der bestehenden Unter-, Über- und Fehlversorgung im stationären Sektor gelten systemimmanente Fehlanreize durch das Fallpauschalensystem. Die vorliegenden Reformvorschläge reagieren halbherzig darauf, indem künftig ein Teil der Entgelte über - wiederum fallzahlabhängige - Vorsorgepauschalen fließen soll. Der Marburger Bund weist erneut darauf hin, dass diese Maßnahme das Grundproblem in keiner Weise lösen kann und nur die Einführung einer Bedarfskostendeckung und damit vollständige Wegnahme der Mengenanreize den systematischen Fehler heilen wird.

Beschluss Nr. 7 - Personalkosten statt Vorhaltekosten finanzieren

Die 143. Hauptversammlung des Marburger Bundes hat beschlossen:

Die 143. Hauptversammlung des Marburger Bundes fordert das Bundesministerium für Gesundheit auf, die Personalkosten für ärztliches, pflegerisches und sonstiges am Patienten und in der Logistik tätige Personal auf Nachweis zu refinanzieren, anstatt die derzeit geplanten fallzahlabhängigen Vorhaltekosten zu bezahlen. Das für die qualitativ hochwertige Versorgung der Patientinnen und Patienten notwendige Personal muss unabhängig von der tagesaktuellen Finanzlage ermöglicht werden. Personal im Krankenhaus kann nicht fallzahlabhängig irgendwo "geparkt" werden. Allenfalls bei Materialien und Medikamenten kann man im Verbund mit anderen Kliniken und Apothekenverbänden über zentrale und dezentrale Lagerung kurzfristige Bedarfsschwankungen ausgleichen. Personal, zumal in der aktuellen Lage eines Fachkräftemangels, ist nicht kurzfristig abrufbar und muss daher 1:1 refinanziert werden. Die im aktuellen Referentenentwurf vorgesehene Vorhaltekostenpauschale wird am schlechten Status quo nichts ändern, sondern zu zusätzlichem Bürokratieaufwand führen.

Beschluss Nr. 8 - Patientensteuerung in der ambulanten Notfallversorgung

Die 143. Hauptversammlung des Marburger Bundes hat beschlossen:

Der Marburger Bund fordert im Rahmen der anstehenden Reform der Notfallversorgung gesetzliche Grundlagen für eine sinnvolle Patientensteuerung. Das auf dem Rücken der Patienten ausgetragene „Pingpong“ zwischen den Sektoren, muss beendet werden. Voraussetzung für eine sinnvolle Patientensteuerung ist die intersektorale Zusammenarbeit.

1. Während der Sprechzeiten sollen sich Patienten an ihren Hausarzt wenden.
2. Ist das nicht möglich, erfolgt die Kontaktaufnahme unter der Rufnummer 116117 an der gemeinsamen Leitstelle. Dort erfolgt die validierte Ersteinschätzung und Zuweisung zur geeigneten Versorgungsebene. Diese reicht von der einfachen Gesundheitsberatung über die fallabschließende telemedizinische Betreuung bis hin zur Disposition klassischer Rettungsmittel. Auch passgenaue Angebote wie z. B. eine unterstützende aufsuchende Hilfe, die psychosoziale oder sozialmedizinische Notfallintervention oder eine Akut-Palliativversorgung sollen vermittelt werden können. Der verpflichtende Aufdruck der Rufnummer 116117 auf der Versichertenkarte könnte die Kontaktaufnahme der Patientinnen und Patienten mit den richtigen Ansprechpartnern erleichtern.
3. Am zentralen Anlaufpunkt „gemeinsamer Tresen“ im Krankenhaus werden Patienten nach medizinischer Dringlichkeit eingeschätzt und im weiteren Verlauf der geeigneten Versorgungsebene zugewiesen. Voraussetzung hierfür ist die derzeit unzureichende

Vorhaltung von Akutbehandlungsterminen im ambulanten, hausärztlichen und fachärztlichen Sektor. Diese sollte regional und transparent geregelt werden. Um ärztliche Ressourcen nicht zu verschwenden muss auch eine fallabschließende Versorgung möglich und gegenfinanziert sein.

Beschluss Nr. 9 - Nachhaltige Finanzierungsgrundlage für die ambulante Versorgung

Die 143. Hauptversammlung des Marburger Bundes hat beschlossen:

Die ambulante medizinische Versorgung ist eine der drei Säulen des Gesundheitswesens in Deutschland, um die Versorgung sicherzustellen. Die Vergütungsentwicklung zwischen ambulant und stationär divergiert jedoch immer stärker. Die Finanzierung der Praxen, der ärztlichen und nichtärztlichen Angestellten sowie der Ärztinnen und Ärzte in Weiterbildung kann so nicht gewährleistet werden. Die anhaltende Divergenz führt zu noch weniger ambulant tätigen Ärztinnen und Ärzten, weniger Investitionen in den Praxen, einem Defizit an Aus- und Weiterbildung sowie an nichtärztlichen Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern. Der Versorgungsmangel spitzt sich weiter zu.

Daher fordert der Marburger Bund vom Gesetzgeber eine nachhaltige Finanzierungsgrundlage der ambulanten Versorgung. Hierzu müssen folgende Punkte umgesetzt werden:

1. Ärztliche Leistungen sind wertschätzend zu vergüten, EBM und GOÄ umgehend entsprechend anzupassen.
2. Erhöhung des Orientierungswertes.

Beschluss Nr. 10 - Ambulantisierung erfordert bedarfsorientierte Komplementärangebote

Die 143. Hauptversammlung des Marburger Bundes hat beschlossen:

Der Marburger Bund fordert einen bedarfsorientierten Ausbau ambulanter und sektorenverbindender Komplementärangebote, ohne die das in Deutschland zweifellos vorhandene Ambulantisierungspotenzial nicht gehoben werden kann. Der Umfang des Ausbaus richtet sich nach dem tatsächlichen Ambulantisierungspotenzial, welches regional realistisch erhoben werden muss.

Dabei sind haftungsrechtliche und ökonomische Aspekte mitzubedenken, z. B. die anfallenden Transportkosten.

Eine forcierte Ambulantisierung stellt erhöhte strukturelle, personelle und haftungsrechtliche Anforderungen an die erforderliche Komplementärversorgung. Den Risiken von Komplikationen muss durch die Organisation des Gesamtversorgungsprozesses begegnet werden.

Notwendig ist die Einbeziehung aller Beteiligten in den gesamten Anpassungsprozess, der mit einer Verlagerung von Versorgungsleistungen in den ambulanten Bereich verbunden ist. Die lückenlose Weiterversorgung der Patienten inklusive Transportmöglichkeiten ist sicherzustellen.

Beschluss Nr. 11 - Bürokratieabbau erfordert mutige Gesetzgebung

Die 143. Hauptversammlung des Marburger Bundes hat beschlossen:

Der Marburger Bund appelliert an den Bundesgesundheitsminister, ein mutiges Bürokratieentlastungsgesetz vorzulegen, das zu einer unmittelbaren und spürbaren Entlastung insbesondere des ärztlichen und pflegerischen Personals führt.

Rasche Entbürokratisierung ist die Grundvoraussetzung, um bei zunehmenden Fachkräftemangel und in einer Gesellschaft des langen Lebens, die Patientenversorgung aufrecht erhalten zu können.

Beschluss Nr. 12 - Katastrophenschutz in der Krankenhausreform festlegen

Die 143. Hauptversammlung des Marburger Bundes hat beschlossen:

Der Marburger Bund fordert die Bundesregierung und die Bundesländer auf, die notwendigen Ressourcen und Kapazitäten für einen wirkungsvollen Katastrophenschutz festzulegen. Dies muss jetzt im Rahmen der Umsetzung der Krankenhausreform durch die Länder erfolgen. Dazu ist die Vorhaltung zusätzlicher struktureller Vorkehrungen einzuplanen und zu finanzieren. Die Festlegungen struktureller und personeller Ressourcen muss bereits vor Eintritt einer Gefahren- und Schadenslage getroffen werden.

Krankenhäuser spielen im Gesundheitlichen Bevölkerungsschutz und in der Vorsorge auf außergewöhnliche Ereignisse eine entscheidende Rolle. Die Lehren aus der Corona-Pandemie haben gezeigt, dass Bewältigung von Gefahren- und Schadenslagen nur möglich ist mit einer guten Vorbereitung, die sowohl die Ressourcen, die Strukturen als auch die Abläufe betrifft.

In einem hoffentlich nie eintretenden Bündnis- oder Verteidigungsfall käme den Krankenhäusern eine noch weitaus bedeutendere Rolle im Gesundheitlichen Bevölkerungsschutz zu. Dann müsste ggf. nicht nur eine große Zahl verletzter oder erkrankter Zivilpersonen, sondern auch Soldaten durch die zivilen Kliniken versorgt werden. Darauf verweisen auch die Handlungsempfehlungen des Bundesamtes für Bevölkerungsschutz und Katastrophenhilfe.

Beschluss Nr. 13 - Eigenständigkeit und Leistungsfähigkeit des Sanitätsdienstes wahren

Die 143. Hauptversammlung des Marburger Bundes hat beschlossen:

Der Marburger Bund appelliert an den Bundesverteidigungsminister, im Zuge geplanter Umstrukturierungen die Eigenständigkeit, Fachlichkeit und Leistungsfähigkeit des Sanitätsdienstes der Bundeswehr zu wahren. Sowohl für die Aus- und Weiterbildung des medizinischen Personals als auch für die Zusammenarbeit im Rahmen der gesamtstaatlichen Gesundheitsversorgung darf es zu keinerlei qualitativen und quantitativen Abstrichen kommen.

Ein unter durchgehend ärztlicher Leitung arbeitender Sanitätsdienst ist nicht nur von hohem Wert für die Aufgabenerfüllung der Bundeswehr, sondern auch von elementarer Bedeutung für die zivil-militärische Zusammenarbeit im Gesundheitsbereich – sowohl bei der Bewältigung von nationalen Krisensituationen, als auch für die Aus- und Weiterbildung militärischen und zivilen Personals.

Eine ärztliche Leitung ist zur Wahrung der ärztlichen Berufsfreiheit unabdingbar.

Der Sanitätsdienst betreibt in Deutschland fünf Bundeswehrkrankenhäuser. In den Kliniken werden Bundeswehrangehörige und zivile Patientinnen und Patienten ambulant und stationär behandelt.

Die Bundeswehrkrankenhäuser sind als fester Bestandteil in die Gesundheitsversorgung der Bevölkerung integriert.

Beschluss Nr. 14 - STRAFZAHLUNGEN (gemäß § 275c Abs. 3 SGB V „Aufschlagzahlung“) Keine Entlassung ins Ungewisse

Die 143. Hauptversammlung des Marburger Bundes hat beschlossen:

Der Marburger Bund fordert den Gesetzgeber auf, das Prinzip der Strafzahlung bei ungeklärter Anschlussversorgung (§ 275c Absatz 3 SGB V) zurückzunehmen und stattdessen die strukturellen und finanziellen Grundlagen für ausreichende Kapazitäten in der weiteren Versorgung von Kranken und Pflegebedürftigen zu schaffen.

Die Strafzahlungen führen dazu, dass Patienten in der Anschlussversorgung allein gelassen und Ärztinnen und Ärzte unter Druck gesetzt werden.

Beschluss Nr. 15 - Forderung nach Entbudgetierung / Abkehr von der Quartalsbindung

Die 143. Hauptversammlung des Marburger Bundes hat beschlossen:

Der Marburger Bund fordert vom Bundesgesundheitsministerium die Entbudgetierung für alle Facharzttrichtungen und die Abkehr von der quartalsweisen Abrechnung und Verordnung. Damit wird eine bedarfsorientierte und patientenzentrierte Versorgung ermöglicht und die Leistungserbringer in der vertragsärztlichen Versorgung von administrativen Aufgaben entlastet.

Beschluss Nr. 16 - Transparenz der Organisations- und Verwaltungsstruktur sowie der Eigentümerverhältnisse bei MVZ

Die 143. Hauptversammlung des Marburger Bundes hat beschlossen:

Der Marburger Bund fordert den Gesetzgeber auf, endlich für die Transparenz der MVZ-Strukturen zu sorgen. Dies ist relevant, um die Patientenautonomie, die Qualität der Versorgung und die Unabhängigkeit ärztlicher Entscheidungen sicherzustellen.

Wichtige Aspekte hierzu sind:

1. Alle Inhaber müssen offengelegt werden, ebenso Haupt- und nachgelagerte Inhaber.
2. Marktbeherrschende MVZ-Unternehmen müssen verhindert werden.
3. Es muss gewährleistet sein, dass ärztliche Entscheidungen weisungsfrei erfolgen.
4. Die Freiberuflichkeit als Grundlage für Qualität in der ärztlichen Versorgung muss gefördert werden.

Beschluss Nr. 17 - IT-Sicherheit in Krankenhäusern gewährleisten

Die 143. Hauptversammlung des Marburger Bundes hat beschlossen:

Die Hauptversammlung des Marburger Bundes fordert den Gesetzgeber auf, in Zeiten der Krankenhausreform stets notwendige Investitionen der Krankenhäuser in ihre IT-Sicherheit zu gewährleisten. Die Krankenhäuser benötigen als Teil der kritischen Infrastruktur zum Aufbau und Erhalt einer resilienten IT-Sicherheitsstruktur ausreichend finanzielle Mittel, die bedarfsgerecht in die IT investiert werden, um auch langfristig einen ausreichenden Schutz ihrer IT-Struktur gegen Angriffe aufzubauen und zu erhalten. Diese finanziellen Mittel müssen stets Teil der Gesetzesvorhaben sein, die die Krankenhauslandschaft gestalten sollen.

Beschluss Nr. 18 - Notruf-Patienten bedarfsgerecht versorgen – Gesundheitsleitstellen als „single point of contact“

Die 143. Hauptversammlung des Marburger Bundes hat beschlossen:

Der Marburger Bund fordert zur zielgenauen Versorgung von Notruf-Patienten und anderen Anrufern mit medizinischen Fragestellungen ein bundesweit einheitliches System von „Gesundheitsleitstellen“ zu schaffen. Um Hilfesuchenden die jeweils passgenaue Unterstützung vermitteln zu können, müssen diese ein differenziertes Hilfsangebot disponieren können, u. a.:

- telemedizinische, möglichst fallabschließende Beratung und Unterstützung,
- direkte Weiterleitung oder Terminvermittlung an Praxen und andere ambulante Strukturen,
- Notfallrettungsmittel (mit und ohne Arztbesetzung),
- niederschwelligere Akutversorgungsmittel (z. B. Gemeinde-Notfallsanitäter),
- unterstützende aufsuchende Hilfe,
- psychosoziale Notfallintervention,
- sozialmedizinische Notfallintervention,
- Akut-Palliativversorgung.
- Krankentransporte.

Dabei müssen die Bestandteile der Gesundheitsleitstelle keineswegs unter einem Dach oder nur durch bestimmte Anbieter vorgehalten werden. Entscheidend ist die Bündelung aller dringlichen Kontaktaufnahmen unabhängig von z. B. der gewählten Telefonnummer in ein

einheitliches, leistungsstarkes, qualitätsgesichertes und transparentes System, in dem Anrufende nahtlos und möglichst abschließend betreut werden.

Beschluss Nr. 19 - Zertifizierung digitaler Assistenzsysteme für die Steuerung von Notfallpatienten

Die 143. Hauptversammlung des Marburger Bundes hat beschlossen:

Die 143. Hauptversammlung des Marburger Bundes weist erneut darauf hin, dass digitale Assistenzsysteme für die Steuerung von Notfallpatienten vor ihrer Einführung in die Patientenversorgung mittels wissenschaftlichen Standards genügenden Verfahren u. a. hinsichtlich Patientensicherheit, Diskriminationsfähigkeit, Objektivität, Reliabilität, Validität, Sicherstellung der fortlaufenden Berücksichtigung der aktuellen medizinischen Erkenntnis sowie des Qualitätsmanagements evaluiert und validiert werden müssen.

Die weitreichende Entscheidung für ein System, das Notfallpatienten der richtigen Versorgungsebene zuweisen soll, muss transparent erfolgen und den nationalen und europäischen Rechtsvorschriften entsprechen. Nur zum Zeitpunkt der Einführung legaler Alternativen dürfen bei der Vergabeentscheidung Berücksichtigung finden.

Die Festlegung auf ein System vor Sicherung dieser Voraussetzung ist weder sinnvoll noch statthaft.

Beschluss Nr. 20 - Patientendatenmanagement ist Aufgabe von nationaler Bedeutung

Die 143. Hauptversammlung des Marburger Bundes hat beschlossen:

Der Marburger Bund fordert das Bundesministerium für Gesundheit auf, die Voraussetzungen dafür zu schaffen, dass die Datenübertragung zwischen sämtlichen auf dem Markt zugelassenen Programmen der Patientendatenverwaltung - z. B. entsprechende Software in Praxen (PVS), Kliniken (KIS) und der elektronischen Patientenakte ePA – ab Einführung letztgenannter automatisiert erfolgt.

Voraussetzung dafür ist die Festlegung einer sinnvollen Klassifizierung und Sortierung der verschiedenen Dokumente und Dateien. Die einfache Nutzbarkeit im Rahmen der Patientenversorgung muss im Vordergrund stehen. Die Nutzung ärztlicher Expertise für diesen Prozess beispielsweise durch Einbindung der Bundesärztekammer wird angeraten.

Beschluss Nr. 21 - Ärztliche Weiterbildung sektorenverbindend ermöglichen

Die 143. Hauptversammlung des Marburger Bundes hat beschlossen:

Der Marburger Bund fordert die Bundesregierung auf, die gesetzlichen Hürden für eine sektorenverbindende ärztliche Weiterbildung zu beseitigen und eine suffiziente finanzielle Förderung sowohl im stationären als auch im ambulanten Bereich zu etablieren. Für die Zeit der ärztlichen Weiterbildung müssen daher insbesondere die Regelungen zur Arbeitnehmerüberlassung überprüft und entsprechend angepasst werden.

Die zunehmende Ambulantisierung der Medizin verlagert medizinische Leistung aus dem Krankenhaus in den ambulanten Bereich. Hier können die klassischen Praxen von Niedergelassenen, ambulante Zentren von Kliniken, ausgelagerte MVZs oder etwa auch

die neu angedachten Einrichtungen der Basisversorgung geeignete Weiterbildungsstätten sein.

Die neue Weiterbildungsordnung für Ärztinnen und Ärzte orientiert sich an zu erwerbenden Kompetenzen und unterscheidet insbesondere nicht, in welchem Sektor (ambulant oder stationär) diese Kompetenzen erworben werden. Somit werden infolge der Ambulantisierung zukünftig viele Weiterbildungsinhalte nicht mehr – wie bisher üblich – ausschließlich in stationären Einrichtungen vermittelt.

Idealerweise folgt also die Ärztin/der Arzt zum Erwerb der notwendigen Kompetenzen den jeweiligen medizinischen Leistungen. Dadurch wird aber zwangsweise eine Sektorengrenze überschritten. Hieraus resultieren unvermeidbare arbeitsrechtliche Folgen, da die jeweilige Erbringung von Leistungen, aber auch bspw. eine ärztliche Haftpflichtversicherung, an ein Arbeitsverhältnis an der versorgungsrechtlich jeweils zuständigen Stelle gebunden ist.

Die Ärztinnen und Ärzte können daher ihre Weiterbildung nicht mehr – wie bisher üblich – im Rahmen eines durchgehenden Arbeitsverhältnisses absolvieren. Stattdessen müssen sie den Arbeitgeber wechseln, was zu entsprechenden Unsicherheiten führt, wie etwa einer neuen Wartezeit im Rahmen des Kündigungsschutzgesetzes oder einer fehlenden Tarifbindung.

Den dargestellten Problemen könnten am einfachsten durch einen flexiblen Einsatz der/des Weiterzubildenden im Rahmen einer „Überlassung“ zum Zwecke der Weiterbildung bei ansonsten nach Gesetz über befristete Arbeitsverträge mit Ärzten in der Weiterbildung (Ärztarbeitsvertragsgesetz - ÄArbVtG) für die Dauer der Weiterbildung durchgängigen bestehendem Arbeitsvertrag begegnet werden. Dies jedoch wird durch die aktuellen Regelungen des Gesetzes zur Regelung der Arbeitnehmerüberlassung (Arbeitnehmerüberlassungsgesetzes - AÜG) erheblich erschwert, wenn nicht verunmöglicht – und zwar unabhängig davon, in welchem Sektor der jeweilige Arbeitsvertrag besteht.

Gründe hierfür sind:

- Die Arbeitnehmerüberlassung ist nach § 1 AÜG erlaubnispflichtig und müsste daher immer wieder neu beantragt werden. Dies steigert ohne Not den im Rahmen der ärztlichen Dokumentation ohnedies schon erheblichen bürokratische Aufwand weiter.
- Die Beantragung einer Erlaubnis zur Arbeitnehmerüberlassung ist mit Gebühren zwischen 218 € und 2.060 € verbunden. Angesichts der Menge zu beantragender Erlaubnisse würden dem Gesundheitssystem in erblichem Umfang Mittel entzogen, die ohnehin schon zu knapp bemessen sind.
- Die Arbeitnehmerüberlassung ist darüber hinaus umsatzsteuerpflichtig. Hierdurch entstehen weitere, erhebliche Kosten, die nicht gegenfinanziert sind.
- Die Arbeitnehmerüberlassung ist auf 18 Monate begrenzt. Bei Mindestweiterbildungszeiten von fünf bis sechs Jahren – in Teilzeitarbeitsverhältnissen entsprechend auch länger – können viele Weiterbildungsgänge nicht sinnvoll durchlaufen werden.

Um eine sektorenverbindende ärztliche Weiterbildung zu ermöglichen, bedarf es einer speziellen Regelung zur Arbeitnehmerüberlassung während der Zeiten der ärztlichen Weiterbildung analog zum Gesetz über befristete Arbeitsverträge mit Ärzten in der Weiterbildung (ÄArbVtG), welches ebenfalls eine Ausnahme von der üblichen Norm für den speziellen Bereich der ärztlichen Weiterbildung darstellt.

Darüber hinaus ist sowohl im ambulanten als auch im stationären Bereich eine suffiziente

finanzielle Förderung der Weiterbildung in geeigneter Form unentbehrlich, da gute Weiterbildung Aufwand bedeutet und Zeit benötigt. Zudem dürfen Patientenströme zwischen den an der Überlassung beteiligten Versorgungseinrichtungen grundsätzlich nicht den Verdacht einer Zuweisung gegen Entgelt durch Gewährung wirtschaftlicher Vorteile auslösen.

Übergeordnetes Ziel ist die Sicherung der Qualität auch der zukünftigen ärztlichen Weiterbildung. Unnötige Hürden dienen weder Ärztinnen und Ärzten, noch helfen sie Patientinnen und Patienten!

Beschluss Nr. 22 - Anerkennung von Weiterbildungszeiten

Die 143. Hauptversammlung des Marburger Bundes hat beschlossen:

Die 143. Hauptversammlung des Marburger Bundes beauftragt die zuständigen Gremien der Bundesärztekammer, folgende Änderung der (Muster-)Weiterbildungsordnung zu prüfen:

In § 4 (5) „Die Weiterbildung ist grundsätzlich ganztägig und in hauptberuflicher Stellung durchzuführen. Sie setzt die Beteiligung an sämtlichen ärztlichen Tätigkeiten in dem Bereich voraus, in dem die Weiterbildung erfolgt. Eine berufsbegleitende Weiterbildung ist bei Zusatzweiterbildungen zulässig, sofern dies in Abschnitt C vorgesehen ist.“ ist nach Satz 1 folgender Satz einzufügen:

„Äquivalenz dazu besteht auch, wenn an mehreren Weiterbildungsstellen eine Teilzeittätigkeit parallel betrieben wird, die zusammen der Vollzeittätigkeit entspricht.“

In § 4 (6) „Eine Weiterbildung in Teilzeit muss hinsichtlich Gesamtdauer, Niveau und Qualität den Anforderungen eines geregelten Kompetenzerwerbs einer ganztägigen Weiterbildung entsprechen. Dies ist in der Regel gewährleistet, wenn die Teilzeittätigkeit mindestens die Hälfte der wöchentlichen Arbeitszeit beträgt. Die Weiterbildungszeit verlängert sich entsprechend.“ ist nach Satz 2 folgender Satz zu ergänzen:

„Bei parallelen Weiterbildungsstellen entsprechend § 4 (5) Satz 2 können einzelne Teilzeittätigkeiten auch angerechnet werden, wenn diese nicht den Voraussetzungen nach Satz 2 entsprechen, solange die Summe Satz 2 entspricht.“

Marburger Bund Bundesverband: Bewertung der BMG-Eckpunkte für eine Notfallreform

Am 16. Januar 2024 hat der Bundesgesundheitsminister Eckpunkte für eine Reform der ambulanten Notfallversorgung veröffentlicht. Zentrale Inhalte sind ein Ausbau der ambulanten Versorgung von medizinischen Notfällen und eine Konkretisierung der Erreichbarkeit von Ärzten außerhalb der üblichen Sprechzeiten, konkrete Vorgaben für telemedizinische Angebote und Hausbesuche, eine verpflichtende Kooperation der Kassenärztlichen Vereinigungen mit den Rettungsleitstellen sowie eine engere Kooperation von ärztlichem Bereitschaftsdienst und Krankenhäusern.

Um Patientinnen und Patienten im Notfall gleich an die richtigen Strukturen zur Behandlung weiterzuleiten, sollen flächendeckend Integrierte Notfallzentren (INZ) sowie Integrierte Notfallzentren für Kinder und Jugendliche (KINZ) eingerichtet werden. INZ und KINZ bestehen aus der Notaufnahme eines Krankenhauses, einer zentralen Ersteinschätzungsstelle („gemeinsamer Tresen“) und einer KV-Notdienstpraxis in unmittelbarer Nähe, heißt es in den Eckpunkten.

Das Eckpunktepapier beinhaltet aus unserer Sicht gute Ansätze, die allerdings in der konkreten Ausgestaltung noch weitgehend offen sind. So ist die Steuerung der Patienten durch die beabsichtigten Strukturen unklar. Dies muss aber aus unserer Sicht ein entscheidender Inhalt der Reform sein. Auch ist die Realisierung der angedachten Strukturen angesichts der erforderlichen Personalausstattung fraglich.

Vorschläge des Marburger Bundes

Wie eine sinnvolle Patientensteuerung aussehen kann, haben wir in mehreren Positionspapieren dargestellt.

Die Strukturen der Notfallversorgung müssen so gestaltet sein, dass Patientinnen und Patienten rund um die Uhr die Versorgung erhalten, die sie im Einzelfall tatsächlich brauchen. Diese Verlässlichkeit ist ein Gebot der staatlichen Daseinsfürsorge und Grundlage des ärztlichen Sicherstellungsauftrags. Dafür müssen die Strukturen besser aufeinander abgestimmt werden

Es gibt viele gute Beispiele für eine integrierte Notfallversorgung, wo die Notaufnahme des Krankenhauses und die ambulante Notdienstpraxis eine Behandlung aus einer Hand gewährleisten. Gemeinsame Anlaufstellen und ein koordiniertes Vorgehen der Beteiligten können die Notaufnahmen der Krankenhäuser entlasten und eine medizinisch sinnvolle Inanspruchnahme der Notfallversorgung im Sinne der Patienten fördern.

Dieser Weg muss weiter beschritten werden, um doppelte Inanspruchnahmen zu vermeiden, die nicht nur Mehraufwand bedeuten, sondern zusätzliches Personal binden, das vielerorts schon jetzt überlastet ist.

Schließlich müssen die Einbeziehung des Rettungsdienstes und eine lückenlose Datenübermittlung Bestandteil der Notfallreform sein.

In dem angekündigten Referentenentwurf müssen insbesondere Detailregelungen zu folgenden Punkten erfolgen:

Klare Zuständigkeiten und verlässliche Strukturen

Die Notfallversorgung muss gerecht verteilt werden. Das heißt, dass sich alle Ärztinnen und Ärzte an der Notfallversorgung beteiligen, so wie es die Berufsordnungen vorsehen.

Nach Maßgabe der Kammer- und Heilberufsgesetze der Länder und der auf ihrer Grundlage erlassenen Satzungen sind alle Ärztinnen und Ärzte zur Teilnahme am Notfall- bzw. ärztlichen Bereitschaftsdienst verpflichtet.

Ziel muss es sein, die Notaufnahmen in den Krankenhäusern so zu entlasten, dass die dort tätigen Ärztinnen und Ärzte sich um Patienten kümmern können, die auch wirklich eine Behandlung durch das Krankenhaus benötigen.

Zugleich müssen die Kassenärztlichen Vereinigungen sicherstellen, dass hilfeschende Patienten bei Bedarf wohnortnah eine ambulante Versorgung auch außerhalb der üblichen Sprechstundenzeiten erhalten.

Standorte Integrierte Notfallzentren (INZ)

„Die INZ- und KINZ-Standorte werden von den Selbstverwaltungspartnern nach bundeseinheitlichen Rahmenvorgaben in einem Landesgremium innerhalb von 6 Monaten ab Inkrafttreten festgelegt („erweiterter Landesausschuss“). Im Falle nicht fristgemäßer Einigung entscheidet das jeweilige Land über die Standortfestlegung.“ (Ziffer 3.7)

Integrierte Notfallzentren (INZ) sollen flächendeckend etabliert werden, bestehende Strukturen von KVen sowie Krankenhäusern sollen erhalten, aber in die neue Struktur überführt werden.

Bei einer „flächendeckenden“ Ausstattung mit INZ liegen die Vorstellungen weit auseinander: Lauterbach nennt ein INZ pro 400.000 Einwohner (= 207 INZ in Deutschland), die Regierungskommission erachtete 450 INZ, der GKV-Spitzenverband 730 und die DKG 1200 INZ (=alle Krankenhäuser mit einer Notfallstufe) für erforderlich.

Ein INZ pro 400.000 Einwohner würde bedeuten, dass beispielsweise Städte wie Bochum, Bonn, Chemnitz, Erfurt, Freiburg oder Münster kein INZ zur Versorgung der Bevölkerung hätten.

450 INZ hieße etwa ein INZ pro 185.000 Einwohner. Das würde bedeuten, dass beispielsweise Städte wie Darmstadt, Heidelberg, Leverkusen, Osnabrück oder Potsdam kein INZ zur Versorgung der Bevölkerung hätten.

Auch in großen Flächenländern würde mit diesen Maßstäben die Notfallversorgung nicht mehr gewährleistet werden können, wenn INZ nur nach der Einwohnerzahl bemessen würden.

Diese Beispiele verdeutlichen, dass diese Berechnungsgrundlagen nicht tauglich sein können, um eine qualitativ hochwertige Versorgung im Notfall sicherzustellen.

Entscheidend wird neben der Anzahl sein, nach welchen Kriterien und Verfahren die INZ-Standorte festgelegt werden sollen und welche Rolle die Notfallstufen nach GBA-Kriterien spielen. In dem Zusammenhang ist auch festzulegen, wie die bereits bestehenden über 550 Notdienstpraxen an Krankenhäusern integriert werden sollen. Ebenso muss geregelt werden, wie eine ambulante Notfallversorgung an Krankenhäusern erfolgen soll, die kein INZ haben.

Besetzung Notdienstpraxis im INZ

„Zu gesetzlich festgelegten Zeiten (Wochenende/Feiertage: 9 Uhr bis 21 Uhr, Mittwoch/Freitag: 14 Uhr bis 21 Uhr und Montag, Dienstag und Donnerstag von 18 Uhr bis 21 Uhr) besetzt die KV eine Notdienstpraxis im INZ bzw. KINZ. Längere Besetzungszeiten sind möglich. Verkürzungen der Öffnungszeiten sind im Rahmen der Kooperationsvereinbarung zwischen Notaufnahme und Notdienstpraxis möglich, wenn empirisch nachgewiesen wird, dass eine Öffnung auf Grund geringer Inanspruchnahme unwirtschaftlich ist. Die Landesaufsicht ist entsprechend zu informieren. Die Kooperationsvereinbarung soll Regelungen enthalten für den Fall, dass die Notdienstpraxis die vorgegebenen Öffnungszeiten nicht einhält.“ (Ziffer 3.4)

Wir begrüßen, dass das Eckpunktepapier hinsichtlich der Öffnungszeiten von den Empfehlungen der Regierungskommission abweichen und begrüßen insbesondere die Möglichkeit der Einbeziehung der regionalen Versorgungsbedarfe.

Auch aufgrund des Fachkräftemangel ist eine Versorgungsfokussierung auf gut erreichbare, personell und materiell angemessen ausgestattete Leistungsorte unter Berücksichtigung einer qualitativ hochwertigen Versorgung erforderlich.

Steuerung durch standardisierte Ersteinschätzungsverfahren

„Der G-BA wird beauftragt, in einer Richtlinie allgemeine Anforderungen an Struktur und Prozessqualität, insbesondere an die technische oder personelle Ausstattung der Notdienstpraxen vorzugeben sowie Vorgaben zur Durchführung eines Ersteinschätzungsverfahrens zur Steuerung der Hilfesuchenden im Rahmen der INZ- und KINZ- Strukturen zu beschließen. So wird eine bundesweit einheitliche Qualität der Notdienstpraxen erreicht und der bisherige Auftrag an den G-BA nach § 120 Abs. 3b SGB V an die neuen gesetzlichen Vorgaben und Rahmenbedingungen angepasst. Die Richtlinie muss mit den Vorgaben für ein gestuftes System der Notfallstrukturen und der im Rahmen der Krankenhausreform geplanten Leistungsgruppe Notfallmedizin abgestimmt sein.“ (Ziffer 3.8)

Eine Anpassung des G-BA Auftrags halten wir mit Blick auf die beanstandete Richtlinie des G-BA für erforderlich. Dies betrifft aus unserer Sicht insbesondere die Voraussetzungen für den Einsatz eines Ersteinschätzungsverfahrens am Gemeinsamen Tresen.

Der zentrale Baustein zur Zuordnung der erforderlichen Ressourcen soll die Ersteinschätzung von Patientinnen und Patienten sein. Ein solches Instrument der Zuordnung muss **wissenschaftlich validiert** sein und die Zuordnung zur geeigneten Versorgungsebene verbindlich gewährleisten. Dies gilt für die telefonische Ersteinschätzung wie für die Ersteinschätzung am „gemeinsamen Tresen“.

Soweit möglich, soll der telefonische Erstkontakt über die 116 117 in Anspruch genommen werden. Sinnvoll ist dort ebenso wie in den Rettungsleitstellen der Einsatz von standardisierten und validierten Ersteinschätzungssystemen. Dazu sind 112- und 116 117-Leitstellen in Echtzeit miteinander zu vernetzen oder zu integrieren. Hierdurch lässt sich eine sinnvolle Patientensteuerung erreichen und der Einsatz von notwendiger Versorgung des Patienten planen und festlegen. Entscheidend ist, dass die erhobenen Daten allen Ärztinnen und Ärzten die in die weitere Versorgung dieses Notfallpatienten einbezogen werden müssen auch zur Verfügung stehen. Im Zweifelsfall muss immer die nächst höhere Versorgungsebene gewählt werden.

Am Krankenhaus ist die Notaufnahme bzw. der Gemeinsame Tresen die Anlaufstelle für ambulante Notfälle. Hier wird die Ersteinschätzung zunächst hinsichtlich vitaler Gefährdung und nachfolgend hinsichtlich des Zeitpunktes und Ortes der Versorgung durchgeführt. Dazu werden bereits heute zuverlässig anwendbare und wissenschaftlich validierte Instrumente zur Ersteinschätzung eingesetzt, die die Behandlungsdringlichkeit des Patienten einschätzen. Sollte ein Patient hier als nicht dringlich eingeschätzt werden und es hat zuvor keine telefonische Ersteinschätzung stattgefunden, sollte diese dann nachgeholt werden. Ob der erneute Einsatz des weitgehend gleichen telefonischen Ersteinschätzungssystems vor Ort in der Notaufnahme einen weiteren Vorteil ergibt, ist aus unserer Sicht fraglich. Hinweisen möchten wir in diesem Zusammenhang auf die Ergebnisse des vom Innovationsausschuss geförderten DEMAND-Projektes, die am 19.01.2024 veröffentlicht wurden. In jedem Fall muss auch hier der Einsatz eines wissenschaftlich validierten Systems gewährleistet sein.

Zu klären ist die grundsätzliche Frage, ob in der Notaufnahme oder an einem gemeinsamen Tresen die Festlegung der Versorgungsebene allein auf Grundlage eines wissenschaftlich validierten Ersteinschätzungsverfahrens ohne Ärztinnen/Ärzte getroffen werden darf. Dies ist nach den Grundsätzen der Rechtsprechung zum Haftungsrecht durchaus fraglich. Der Marburger Bund und der Ärztetag hatten auch deswegen eine bereits im GVWG angedachte Weiterleitung eines Patienten in die häusliche Struktur ohne vorherigen Arztkontakt abgelehnt.

Auch hierzu verweisen wir auf die Ergebnisse des DEMAND Projektes.

Die Anwendung am „Gemeinsamen Tresen“ wird als noch nicht ausgereift gesehen und weiterer Forschungsbedarf auf Basis der gewonnenen Erkenntnisse postuliert (siehe Seite 37 des Ergebnisberichtes). In der Anwendungsstudie wurden Effekte auf die Gefährdung der Patientensicherheit (z.B. mittels CIRS) nicht explizit untersucht.

Im Ergebnisbericht wird zudem angeregt, Erkenntnisse weiterer in Deutschland erprobter durch den Innovationsfonds geförderter Ansätze zur verbesserten Steuerung der Notfallpatientenströme einzubeziehen – wie z. B. OPTINOFA (01NVF17035). Weitere Erkenntnisse zur strukturierten Ersteinschätzung in der ambulanten Notfallversorgung seien darüber hinaus durch das vom Innovationsausschuss geförderte Projekt FAST (01VSF220280) zu erwarten.

Krankenhausreform

Die Notfallreform muss mit der Krankenhausreform koordiniert werden, insbesondere mit Blick auf die Standorte für INZ. Es muss sichergestellt sein, dass diese Krankenhäuser auch weiterhin in der Versorgung bleiben.

Darüber hinaus muss bei Konzentrationsprozessen die Erreichbarkeit der Notfallversorgung gewährleistet bleiben. Das gilt insbesondere für die Notfallversorgung in der Fläche.

Die Vorhaltefinanzierung muss auch die notwendigen Strukturen für ein INZ am Krankenhaus berücksichtigen.

Berlin, 24. April 2024