

Die Kassenärztliche Vereinigung bemüht sich, dem Versorgungsauftrag für die ambulante Notfallversorgung gerecht zu werden

„Die Notaufnahmen der Krankenhäuser bersten“

Der Referentenentwurf zur Notfallversorgung, den Bundesgesundheitsminister Jens Spahn (CSU) am 8. Januar 2020 vorgelegt hat, ist ein Paradebeispiel dafür, welches Ansehen die deutschen Krankenhäuser derzeit bei der für sie zuständigen Politik genießen. Gleichzeitig kann man daran erkennen, wozu gute Lobbyarbeit imstande ist und was sie anrichten kann. Denn wieder einmal geht es in der Gesundheitspolitik nicht um die Interessen der Patienten, sondern ausschließlich um Pfründe, Macht und Eitelkeiten.

Schon lange ist zu beobachten, dass die Struktur der Gesundheitsversorgung durch die Fakten ausgehöhlt wird. Die Notaufnahmen der Krankenhäuser bersten – zu großen Teilen vor Patienten, die dort eigentlich gar nichts zu suchen hätten. Gleichzeitig bemüht sich die Kassenärztliche Vereinigung, die eigentlich den Versorgungsauftrag für die ambulante Notfallversorgung hat, da-

zieht die Kassenärztliche Vereinigung Ärzte jeglicher Fachrichtung zum Dienst heran. Sogenannte Kooperationsärzte mit sehr unterschiedlich ausgeprägter Motivation decken dann jene Zeiten ab, die niedergelassene Ärzte der Region nicht besetzen können oder wollen.

Jens Spahn hat erkannt, dass eine Neustrukturierung der Notfallversorgung dringend angezeigt ist. Im Sommer 2019 legte er seine Ideen für diese Neuordnung in einem Arbeitsentwurf zu einem möglichen Gesetz als Diskussionspapier vor. Vieles in diesem Papier war richtig und ist es heute noch. So können teure Parallelstrukturen nur abgebaut werden, wenn der Patient weiß, an wen er sich wenden soll. Integrierte Notfallzentren als erkennbare Anlaufstellen, die zukünftig an ausgewählten Krankenhäusern entstehen sollen, sind ein ebenso wichtiger Bestandteil einer zukunftsfähigen Notfallversorgung wie die Forderung, den Sicherstellungsauftrag für die ambulante Notfallversorgung außerhalb der Sprechstundenzeiten den Ländern zu übertragen. Letztlich liegt die Hauptlast der Notfallversorgung bereits heute faktisch bei den Krankenhäusern und daher ist es nur konsequent, den Sicherstellungsauftrag demjenigen zu übertragen, der für die Planung und Sicherstellung der Krankenhausversorgung zuständig ist.

Doch nun liegt der Referentenentwurf zur Notfallversorgung seit Anfang Januar vor. Und wer glaubt hatte, dort den großen Wurf vom Sommer wiederzufinden, wird sich jetzt verwundert die Augen reiben. Zwar soll es weiterhin integrierte Notfallzentren an den Krankenhäusern geben, doch sollen diese fortan unter der fachlichen Leitung der Vertragsärzte stehen. Und die Entscheidung, an welchen Krankenhäusern solche Zentren etabliert werden sollen,



Viele Patienten kommen in die Notaufnahmen der Krankenhäuser, obwohl sie dort eigentlich nichts zu suchen haben.

FOTO: DPA/SVEN HOFFE



Michael Kelbel, Geschäftsführer Krankenhaus Agatharied GmbH

rum, diesem Versorgungsauftrag irgendwie gerecht zu werden. Neue Konzepte zum Bereitschaftsdienst, eine zentrale Rufnummer, nichts bleibt unversucht, um den Nachweis zu erbringen, dass sie Herr der Lage wäre. Doch ohne die Krankenhäuser ginge in der Notfallversorgung schon lange nichts mehr.

So werden von der Kassenärztlichen Vereinigung zwar landauf, landab Bereitschaftspraxen an Krankenhäusern etabliert. Doch die Zeiträume, in denen diese Praxen, die offiziell durch die Kassenärztliche Vereinigung betrieben werden, tatsächlich mit Vertragsärzten besetzt sind, sind völlig unzureichend. Die deutlich größeren – und weit unattraktiveren – Zeitfenster werden von den Krankenhäusern abgedeckt. Durch diese erzwungene „Kooperation“ entstehen nicht nur teure Doppelvorrichtungen, auch die Qualität der Versorgung könnte besser sein. Denn um ihre Bereitschaftspraxen überhaupt über spürbare Zeiträume hinweg besetzen zu können,

soll nicht der Krankenhausplanung obliegen, sondern von Krankenkassen und Kassenärztlicher Vereinigung majorisiert werden. Also im Klartext: Zwar sollen die Krankenhausärzte weiterhin wie bisher den Großteil der Notfallversorgung außerhalb der Sprechzeiten der Arztpraxen abdecken, künftig aber unter der fachlichen Leitung der Kassenärztlichen Vereinigung stehen.

Hinfällige Großstrukturen

Damit wäre nun auch ein Großteil der Strukturen, welche die Krankenhäuser in den letzten Jahren auf Geheiß des Gemeinsamen Bundesausschusses aufgebaut haben, wieder hinfällig. Denn in den „Regelungen des Gemeinsamen Bundesausschusses zu einem gestuften System von Notfallstrukturen in Krankenhäusern“ wurde damals tief in die Organisationsstrukturen der Krankenhäuser eingegriffen. So wurde gefordert, dass die zentralen Notaufnahmen teilnehmender Krankenhäuser mit einer eigenständigen, fachlich unabhängigen Leitung auszustatten seien, die über die Qualifikati-

on Klinische Notfall- und Akutmedizin verfüge. Wozu sollte diese noch notwendig sein, wenn nun die fachliche Qualifikation von der Kassenärztlichen Vereinigung vorgegeben wird?

Darüber hinaus ist ein strukturiertes und validiertes System zur Behandlungspriorisierung bei der Erstaufnahme von Notfallpatienten zwingend vorgeschrieben. Wird der Patient dann zukünftig also zweimal priorisiert, zuerst im Integrierten Notfallzentrum und anschließend im Rahmen einer möglichen Krankenhausaufnahme in der Zentralen Notaufnahme?

Und es kommt noch doller: Krankenhäuser, die nicht so privilegiert sind, dass sie von den Krankenkassen und der Kassenärztlichen Vereinigung als Standort für ein Integriertes Notfallzentrum ausserkoren worden sind, sollen, wenn sie künftig ihrer Pflicht zur Hilfeleistung nachkommen und trotzdem ambulante Notfallbehandlungen durchführen, dafür lediglich die Hälfte der vorgesehenen Vergütung erhalten.

Es kann nur eine Erklärung für die hinter dieser Regelung stehende Geisteshaltung geben: Krankenhäuser sind für die Verfasser dieser Regelung betrügerische Or-

ganisationen, denen nur mit saftigen Strafordrohungen und Erlöskürzungen beizukommen ist. Das hat Methode: Bereits mit dem MDK-Reform-Gesetz soll Krankenhäusern nicht nur der Lohn für erbrachte Leistungen vorenthalten werden, sondern sie sollen dafür darüber hinaus auch noch mit Strafzahlungen belegt werden.

Krankenhäuser als Teil der Lösung

Hat eigentlich schon einmal jemand darüber nachgedacht, dass die Krankenhäuser nicht das Problem, sondern Teil der Lösung sind? Schließlich sind die Patienten, die in deren Betten behandelt werden und von denen die Gesundheitspolitik und die Krankenkassen behaupten, sie hätten auch ambulant behandelt werden können, nicht gesund. Wo, wenn nicht in den Betten, sollten diese kranken Menschen also behandelt werden, solange es keine adäquaten und ausreichenden alternativen Versorgungsstrukturen in unserem Land gibt?

Es ist wohl langsam an der Zeit, dass die Krankenhäuser aufhören, in wohlformulierten Kommenta-

ren um die Anpassung einzelner Regelungen zu bitten und den Unsinn von Detailregelungen anzuprangern. Möglicherweise ist die Regelungswut, die durch den Bundesgesundheitsminister über die Krankenhäuser hereingebrochen ist, ja eine gezielte Ablenkungs- und Beschäftigungstaktik. Während die Krankenhäuser sich noch mit der Kritik an Einzelregelungen beschäftigen, werden sie bereits mit neuen Ungeheuerlichkeiten konfrontiert, und bevor sie sich versehen, sind wieder ein paar von ihnen den Gesetzen dieses irrwitzig reglementierten Gesundheitsmarkts zum Opfer gefallen. So könnten 20 Gesetze in 20 Monaten sogar einen gewissen Sinn ergeben. Doch was hält unsere große Politik eigentlich davon ab, den Bürgern/Wählern, aber vor allem den Krankenhäusern das eigentliche Ziel der aktuellen Gesundheitspolitik zu offenbaren? Das wäre doch eine Überlegung wert; denn auf diese Weise könnten Millionen und Abermillionen an Versicherten- und Steuergeldern vor der sicheren Verschwendung gerettet werden.

> MICHAEL KELBEL

Der Autor ist Geschäftsführer der Krankenhaus Agatharied GmbH.

Die neuen Anwendungen sind dabei, sich als ein fester Bestandteil der medizinischen Versorgung in Deutschland zu etablieren

Wie nützlich Gesundheits-Apps sind

Gesundheits-Apps sind digitale Dienste, die meist über ein Smartphone oder Tablet genutzt werden. Sie helfen und beraten kranke Menschen und können eine Ergänzung zur Beratung durch einen Arzt bieten. Die Zahl der Angebote im Bereich der Gesundheits-Apps wächst ständig. Weltweit sind es bereits mehrere Hunderttausend. Es gibt eine große Nachfrage nach Vitaldaten-Messungs-Apps und Fitness-Apps. Diese werden oft in Verbindung mit Fitness-Armbändern eingesetzt. Als nützlich haben sich auch Medizin-Apps zur nachstationären Behandlung und für die Onlinekonsultation erwiesen. Chronisch kranke Patienten können durch Apps und Telemonitoring besser an die Behandlung angebunden werden. Gesundheits-Apps werden unter anderem von Krankenkassen, privaten Krankenversicherungen, Pharmafirmen sowie unabhängigen Dienstleistern angeboten.

zubeziehen. Arbeitgeber sollten bei der Auswahl von Gesundheits-Apps für ihre Mitarbeiter aber sehr darauf achten, wie benutzerfreundlich die Apps sind und ob Datenschutzstandards vom Anbieter eingehalten werden. Be-



Viele Menschen nutzen schon Fitnessstracker. FOTO: DPA/RAINER JENSEN

matisch kann es werden, wenn Apps sensible Gesundheitsdaten abfragen.

Zukünftig sollen Apps auch von Ärzten verschrieben werden können. Bundesgesundheitsminister Jens Spahn (CDU) sagte dazu im Mai 2019: „Patienten sollen sich darauf verlassen können, dass sinnvolle digitale Anwendungen – zum Beispiel Apps oder Diagnose-

Tools – schnell in die Versorgung kommen“. Ein entsprechender Gesetzentwurf passierte im Sommer 2019 den Bundestag.

Die Kostenübernahme soll nur für Anwendungen gelten, die vom Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte auf Sicherheit, Datenschutz, Transparenz und Nutzerfreundlichkeit geprüft wurden. Demnach sollen Hersteller die App ein Jahr lang anbieten und den Preis selbst bestimmen dürfen. Danach müssten sie nachweisen, dass die Anwendung die Versorgung verbessert. Erst dann sollen sie mit Krankenkassen über die Kostenübernahme verhandeln können.

Die Motivation der verschiedenen Anbieter von Gesundheits-Apps ist unterschiedlich. Krankenkassen wollen ihre Versicherten zu mehr Eigenverantwortung und Gesundheitsbewusstsein anhalten. Beispielsweise bietet die Techniker Krankenkasse Bayern ihren Versicherten die App „TK-Safe“ an, in der verordnete Medikamente, der Impfpass oder auch der Entlassungsbericht vom Krankenhaus abgespeichert werden können. Der Verband der bayerischen Betriebskrankenkassen weist darauf hin, dass bereits viele seiner Mitglieder Gesundheits-Apps im Angebot haben. Beispielsweise bietet die Be-

triebskrankenkasse (BKK) Wirtschaft & Finanzen eine webbasierte Plattform Beratung für Schwangere und Eltern von Kleinkindern an, die sich hier bei Hebammen über Fragen der Schwangerschaft und der frühkindlichen Entwicklung informieren können. Die Hebammen sind auch am Wochenende über Chat und Telefon erreichbar. Die Audi BKK mit Sitz in Ingolstadt bietet mit ihrem Programm „Mind Doc“ eine videobasierte Online-Psychotherapie an, bei der Versicherte mit Depressionen und Essstörungen durch einen Online-Psychotherapeuten beraten werden.

Gesundheits-Apps nicht ohne Arzt verwenden

Der bayerische Ärztetag warnt vor Überlegungen von Gesundheitsminister Spahn, dass Krankenkassen in Zukunft die Kosten von Apps erstatten können, die ohne ärztliche Beratung gekauft wurden. Der Ärzetat fordert in einem Beschluss vom Oktober 2019, dass Apps „nicht ohne Einbeziehung ärztlichen Sachverständigen eingesetzt werden“.

Die Nutzung der Apps ist keinesfalls immer risikofrei. Das

größte Problem ist sicher der Datenschutz. Datenschützer warnen, dass die Nutzer von Gesundheits-Apps selten die Kontrolle über ihre eigenen Daten haben. Anbieter von Apps haben mitunter ein großes Interesse an den Daten. Daher sollten Nutzer genau prüfen, aus welchen Quellen die jeweilige App kommt und wer der Herausgeber ist. Anbieter, die nicht seriös erscheinen, sollten gemieden werden.

Ein Interesse an den ausgezeichneten Daten haben neben den Herstellern und Anbietern von Fitnessarmbändern und Gesundheits-Apps auch Pharmakonzern, Gesundheitsdienstleister, Krankenkassen sowie Versicherer. Bei einer Umfrage von Datenschutzbehörden im Jahr 2016 haben verschiedene Anbieter eingeräumt, dass sie die Daten für das Marketing und eigene Forschungszwecke nutzen. Verbraucher sollten auch wissen, dass bei den meisten Apps der Nutzer keine Möglichkeit hat, die Weitergabe von Daten zu unterbinden.

Verbraucherschützer haben wiederholt eine einheitliche Zertifizierung der Apps durch die Gesundheitsministerien des Bundes oder der Länder gefordert. Doch bisher ist eine solche Zertifizie-

rung nur für die Apps geplant, für die eine Kostenübernahme durch die Kassen möglich ist. Doch wenn es keine Qualitätsstandards und Kontrollen für Apps gibt, sind die Richtigkeit der Messergebnisse und der Nutzen der daraus abgeleiteten Empfehlungen nicht gewährleistet.

In Bezug auf Krankenkassen und Versicherungen besteht bei der Nutzung von Apps und Fitnessarmbändern eine weitere Gefahr. Sie honorieren die Eigenkontrolle und Selbstvermessung ihrer Kunden oftmals durch Bonusprogramme. In Zukunft könnten dann aber vielleicht Mitglieder, die sich weigern, Gesundheits-Apps zu nutzen, finanziell schlechter gestellt werden im Vergleich zu den anderen Versicherten.

Die Nutzer der Apps sollten auch immer im Hinterkopf behalten, dass diese keinen Arztbesuch ersetzen können. Die bequeme Nutzung kann aber dazu verleiten, auf einen Arztbesuch zu verzichten und sich ganz auf die Infos zu verlassen, die die Gesundheits-Apps zur Verfügung stellen. Sollten sich viele Verbraucher so verhalten, könnten Apps am Ende sogar zu einem Risikofaktor für die Gesundheit der Bevölkerung werden. > MATHIAS V. HOFEN