

**Medizinische Notfallversorgung
(Eckdatenbeschluss Haushalt 2019 Nr. 9)**

Produkt 33414200 Gesundheitsvorsorge
Beschluss über die Finanzierung ab 2019

Aktuell wieder unzumutbare Engpässe in den Notfallambulanzen

Antrag Nr. 14-20 / A 02790 der BAYERNPARTei Stadtratsfraktion vom 20.01.2017,
eingegangen am 20.01.2017

Steht die Notfallversorgung von Patienten nicht mehr im Mittelpunkt?

Antrag Nr. 14-20 / A 03054 der BAYERNPARTei Stadtratsfraktion vom 24.04.2017,
eingegangen am 25.04.2017

Notfallversorgung- Zahlen & Fakten

Antrag Nr. 14-20 / A 03870 der BAYERNPARTei Stadtratsfraktion vom 06.03.2018,
eingegangen am 06.03.2018

Sitzungsvorlage Nr. 14-20 / V 12546

10 Anlagen

**Beschluss des Gesundheitsausschusses in der gemeinsamen Sitzung des
Gesundheitsausschusses mit dem Umweltausschuss
vom 18.10.2018 (VB)**
Öffentliche Sitzung

I. Vortrag der Referentin

Die Bayernpartei beantragt die Einrichtung eines kontinuierlichen Monitorings der Notfallversorgung in München, dessen regelmäßige Kommunikation in der Öffentlichkeit sowie ggfs. die Entwicklung von Maßnahmen zur Gegensteuerung bei evtl. festgestellten Engpässen (siehe Antrag Nr. 14-20 / A 02790 vom 20.01.2017 in Anlage 1).

Sie wünscht außerdem eine Darstellung der Auswirkungen der seit 01.04.2017 bestehenden neuen Regelungen zum Notfall- und Bereitschaftsdienst, insbesondere der Auswirkungen auf die Patientinnen und Patienten. Zudem soll das Urteil des Oberlandesgerichts (OLG) Stuttgart zur Klage des Bundesverbandes Deutscher Privatkliniken (BDPK) sowie dessen Auswirkungen auf die Handlungsmöglichkeiten der Landeshauptstadt München sowie deren kommunaler Krankenhäuser dargestellt werden

(siehe Antrag der Bayernpartei Stadtratsfraktion Nr. 14-20 / A 03054 vom 24.04.2017 in Anlage 2).

Schließlich sollen die Bekanntgabe zur Notfallversorgung und die Ergebnisse des Hearings vom 15.12.2015 fortgeschrieben werden. Es sind die Notfalldatensätze für den Zeitraum 01.07.2016 – 30.06.2017 heranzuziehen und der Rettungszweckverband soll für diesen Zeitraum über die Bettenkapazitäten und Abmeldungsgründe berichten. Darüber hinaus soll dargestellt werden, in welchem Umfang die Notaufnahmen durch die Einführung der Abklärungspauschale, ambulant oder stationär, vom April 2017 entlastet werden konnten und wie die einzelne Ärztin bzw. der einzelne Arzt rechtlich abgesichert ist, wenn die Ersteinschätzung fehlerhaft war und die Patientin bzw. der Patient zu Schaden kommt (siehe Antrag der Bayernpartei Stadtratsfraktion Nr. 14-20 / A 03870 vom 06.03.2018 in Anlage 3).

A. Fachlicher Teil

1. Situation der Notfallversorgung in München

Die Notfallversorgung beruht auf drei Sektoren: der medizinischen Versorgung durch niedergelassene Ärztinnen und Ärzte bzw. der ärztlichen Bereitschaftsdienste (siehe Abschnitt 1.1), den Rettungsdiensten (siehe Abschnitt 1.2) und den Notfallambulanzen der Kliniken (siehe Abschnitt 1.3). „Insbesondere in den Notaufnahmen und im Rettungsdienst lassen sich stark steigende Inanspruchnahmen, zum Teil lange Wartezeiten sowie nicht selten auch eine Überlastung des Personals beobachten. Viele Hinweise legen nahe, dass die Versorgung nicht bedarfsgerecht erfolgt. Ambulant gut behandelbare Patienten nehmen vermehrt direkt den Rettungsdienst und die Kliniken in Anspruch und blockieren so mit vergleichsweise harmlosen Beschwerden spezialisierte Behandlungskapazitäten.“¹ Dieser Befund des Sachverständigenrats zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen (SVR) gilt auch für die Notfallversorgung der Landeshauptstadt München. Der Sachverständigenrat hält ein „Bündel von Maßnahmen zur Neuordnung einer zukünftig bedarfsgerechten, sektorenübergreifend koordinierten Notfallversorgung 'aus einer Hand' erforderlich“² (siehe Abschnitt 3).

Aus Sicht des Referats für Gesundheit und Umwelt (RGU) kann aber die Entwicklung nicht alleine den o. g. Leistungsträgern überlassen bleiben. Dem Risiko weiterer Fehlsteuerung und Fehlentscheidungen muss in einer Großstadt wie München entgegengewirkt werden. Die Entwicklungsdynamik stellt in München besondere Herausforderungen an die Notfallversorgung: So lassen z. B. die Zuwanderung junger Bevölkerungsgruppen (noch) ohne Hausarztbindung, die Zunahme der Ein-Personen-

¹ Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen, Bedarfsgerechte Steuerung der Gesundheitsversorgung, Gutachten 2018: S. 767, Absatz 1320

² ebd., Absatz 1321

Haushalte, die Geburtenentwicklung verbunden mit steigenden Kinderzahlen in München und nicht zuletzt die steigende Zahl alter und hochbetagter Menschen eine weiterhin zunehmende Inanspruchnahme insbesondere der Notfallambulanzen in den Kliniken erwarten, wenn der Bedarf im ambulanten Sektor nicht besser aufgefangen werden kann. Für die Gesundheit und das Sicherheitsempfinden der Stadtbevölkerung ist es unabdingbar, dass die gesundheitliche Versorgung im Notfall zeitgerecht und in verlässlicher Qualität gewährleistet bleibt. Die Notfallversorgung muss als zentraler Aspekt der kommunalen Daseinsvorsorge wahrgenommen und gezielt mit gestaltet werden.

Für die Notfallversorgung in den Notaufnahmen der Krankenhäuser kündigen sich mit dem Beschluss des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Erstfassung der Regelungen zu einem gestuften System von Notfallstrukturen in Krankenhäusern³ Änderungen der Rahmenbedingungen an (s. Abschnitt 2). Auch bei der Abrechnung von ambulanten Versorgungsleistungen der Krankenhäuser hat es Änderungen gegeben (s. Abschnitt 1.3). Darüber hinaus hat der Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen in seinem Gutachten „Bedarfsgerechte Steuerung der Gesundheitsversorgung“⁴ Empfehlungen für eine zukünftige Ausgestaltung der Notfallversorgung formuliert (s. Abschnitt 3).

1.1 Ärztlicher Bereitschaftsdienst der KVB

In den Münchner Bereitschaftspraxen werden bereits in den vorhandenen Strukturen jährlich rund 165.000 Behandlungsfälle abgearbeitet und rund 65.000 Hausbesuche durch den vertragsärztlichen Hausbesuchsdienst durchgeführt. Mit dem Krankenhausstrukturgesetz (KHSG), das zum 01.01.2016 in Kraft getreten ist, fordert der Gesetzgeber, dass die Kassenärztlichen Vereinigungen Bereitschaftspraxen in oder an Krankenhäusern nach Bedarfsgesichtspunkten einrichten sollen (§ 75 SGB V). Ein Ziel des Gesetzgebers ist es hierbei, die Notaufnahmen der Krankenhäuser zu entlasten, da ein großer Teil der dort Hilfe suchenden Patientinnen und Patienten keine lebensbedrohlichen Notfälle darstellt.

Das aktuelle Konzept der KVB zur Weiterentwicklung des Ärztlichen Bereitschaftsdienstes, das bereits seit Oktober 2015 in zehn Pilotregionen⁵ erfolgreich erprobt wird, berücksichtigt diese gesetzliche Vorgabe und beinhaltet die Zusammenlegung von Bereitschaftsdienstbereichen zu größeren Versorgungsbereichen, die Trennung von Sitz- und Fahrdienst bei Nutzung eines

³ Beschluss des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Erstfassung der Regelungen zu einem gestuften System von Notfallstrukturen in Krankenhäusern gemäß § 136c Absatz 4 SGB V (<https://www.g-ba.de/informationen/beschluesse/3301/>; Stand: 10.07.2018)

⁴ Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen, Bedarfsgerechte Steuerung der Gesundheitsversorgung, Gutachten 2018, veröffentlicht am 02.07.2018

⁵ Zu den Pilotregionen gehörten zunächst die Regionen Straubing-Dingolfing, Augsburg-Süd, Garmisch-Weilheim, Schweinfurt-Haßberge, Kempten-Immenstadt, Erding-Ebersberg, Bamberg-Forchheim, Bayreuth-Kulmbach-Pegnitz, Schwandorf-Cham, Traunstein-Bad Reichenhall. (Quelle: KVB, Neue Ära im Bereitschaftsdienst, KVB Forum 4/2017: 6-9)

organisierten Fahrdienstes und die Einrichtung von Bereitschaftspraxen an geeigneten Krankenhäusern.

Nach Mitteilung der KVB zeigen die bisherigen Erfahrungen, dass sich mit diesem Konzept eine tragfähige und zukunftsorientierte Lösung für die Weiterentwicklung des Ärztlichen Bereitschaftsdienstes bietet. Die KVB hat deshalb begonnen, die in den Pilotregionen etablierten und erprobten Maßnahmen zur Weiterentwicklung des Bereitschaftsdienstes nun für ganz Bayern in allen Bereitschaftsdienstbereichen umzusetzen.

Neuregelungen in München

In den künftigen Versorgungsbereichen werden Bereitschaftspraxen an Krankenhäusern mit Notfallambulanzen eingerichtet oder bestehende Bereitschaftspraxen erweitert. Der allgemeine Bereitschaftsdienst wird künftig nur noch in den Bereitschaftspraxen durchgeführt, die überwiegend an den Kliniken angesiedelt sind. Hierbei unterscheidet die KVB zwischen sogenannten Hauptpraxen an großen und stark frequentierten Standorten und weiteren flankierenden Praxen mit eingeschränkten Öffnungszeiten.

Bereitschaftspraxen in München Stadt und Landkreis

Für den Bereich München Stadt und Landkreis München wurden die Änderungen ab dem 29.05.2018 eingeführt. Spätestens bis Ende 2018 sollen alle neuen Bereitschaftsdienstregionen eingerichtet sein.⁶ Die bisherigen Bereitschaftspraxen am Elisenhof, die Bereitschaftspraxis München-Süd, die Bereitschaftspraxis Ottobrunn, die Bereitschaftspraxis Schwabing, die Bereitschaftspraxis Pasing und die Bereitschaftspraxis Neuperlach bleiben bestehen und die Öffnungszeiten der Hauptpraxen (Elisenhof, Schwabing, Neuperlach und Pasing) wurden ausgeweitet. Ergänzend wurden flankierend weitere Bereitschaftspraxen mit eingeschränkten Öffnungszeiten an den Krankenhäusern Harlaching, Bogenhausen und Barmherzige Brüder eingerichtet. Die Öffnungszeiten der Bereitschaftspraxen sind in Anlage 4 enthalten.

Bereitschaftspraxen an den Kliniken des Städtischen Klinikums München GmbH (StKM)

Für den Betrieb der Bereitschaftspraxen an den Kliniken Bogenhausen und Harlaching hat die KVB Räume in den städtischen Kliniken in direkter Nähe der Notfallzentren angemietet. An beiden Standorten erfolgt der Betrieb der Praxen in kompletter Eigenregie der KVB.

In den Kliniken Neuperlach und Schwabing bleiben die bereits seit 1999 bestehenden Bereitschaftspraxen unverändert in privater Trägerschaft von ärztlichen

⁶ Kassenärztliche Vereinigung Bayerns, Der Ärztliche Bereitschaftsdienst in Bayern – Fragen und Antworten zur Weiterentwicklung des Systems, September 2017: S. 4

Praxisverbünden, die einen Vertrag mit der KVB geschlossen haben. Für diese beiden Standorte verhandelt die StKM mit der KVB über eine Kooperation, gemäß der die Notfallzentren der Kliniken den Bereitschaftsdienst der KVB nachts (21:00 – 8:00 Uhr) und mittwoch- und freitagnachmittags (13:00 – 16:00 Uhr) übernehmen sollen.

An den Standorten Bogenhausen und Harlaching lehnt die KVB es ab, eine 24-h-Regelung zu etablieren, in der Annahme, dass der gesamte ambulante Notfallbedarf für München nachts mit nur drei Standorten – nämlich Schwabing für den Norden, Neuperlach für den Süden und Pasing für den Westen – abzudecken sei. Aus Sicht der StKM ist dies problematisch.

Fahrdienst

Ein weiterer wichtiger Bestandteil in dem von der KVB erarbeiteten Konzept zur Weiterentwicklung ist ein gesondert organisierter Fahrdienst. Während die Ärztinnen und Ärzte in den Bereitschaftspraxen alle mobilen Patientinnen und Patienten behandeln, übernehmen zusätzliche Ärztinnen und Ärzte die Hausbesuche bei immobilen Patientinnen und Patienten. Größenbedingt erfordern die neuen Bereitschaftsdienstregionen längere Fahrstrecken. Dies wird kompensiert durch einen kompetenten Fahrservice. Insbesondere bei längeren und nächtlichen Fahrten zu Hausbesuchen soll der Fahrservice auch zur Sicherheit und Entlastung der Ärztinnen und Ärzte beitragen. Die Vermittlungs- und Beratungszentralen navigieren und koordinieren die Fahrzeuge. Die Entscheidung über die Durchführung der Hausbesuche liegt weiterhin uneingeschränkt bei der diensthabenden Ärztin bzw. dem diensthabenden Arzt. Die Fahrerinnen bzw. Fahrer im Fahrservice verfügen über eine medizinische Ausbildung und assistieren der bzw. dem Diensthabenden auf Wunsch.

1.2 Rettungsdienst

Der Rettungszweckverband München - mit seiner Geschäftsstelle im Kreisverwaltungsreferat der Landeshauptstadt München - ist Aufgabenträger für die rettungsdienstliche Versorgung in München Stadt und im Landkreis München. Damit ist seine Zuständigkeit klar abgegrenzt zu den Angelegenheiten der stationären Notfallversorgung in Krankenhäusern.

In den vergangenen Jahren war ein starker Anstieg der Notfälle, die in München durch den Rettungsdienst erstversorgt und / oder transportiert wurden, zu verzeichnen. In der Analyse der Notfallversorgungssituation aus dem Jahr 2015⁷ wurde festgestellt, dass die durch den Rettungsdienst transportierten Notfallpatientinnen und Notfallpatienten einen Anteil von ca. 20 % am Gesamtnotfallaufkommen ausmachen. Eine Abfrage von Münchner Krankenhäusern zur Situation der Notfallversorgung im Zeitraum vom 01.07.2016 bis 30.06.2017 hat ergeben, dass bei den Krankenhäusern,

⁷ „Städtisches Klinikum München GmbH (StKM), Notfallversorgung, Bericht über Ergebnisse des Runden Tisches“, Sitzungsvorlage Nr. 14-20 / V 04789, Bekanntgabe in der gemeinsamen Sitzung des Finanzausschusses und des Gesundheitsausschusses vom 15.12.2015

die eine Rückmeldung gegeben haben⁸, durchschnittlich 23 % der (ambulant und stationären) Fälle durch den Rettungsdienst eingeliefert wurden.

Der Rettungsdienst verfügt in München mit dem „Interdisziplinären Versorgungsnachweis (IVENA)“⁹ über eine Kommunikationsstruktur, die als Grundlage für die Zuweisung von Patientinnen und Patienten zu aufnahmebereiten medizinischen Versorgungseinrichtungen dienen soll. Dabei geben die Abmeldungen von der stationären Versorgung bzw. Notfallversorgung wichtige Hinweise auf die Kapazitäten der Kliniken. IVENA ist damit eine Anwendung, mit der sich die Träger der präklinischen und klinischen Patientenversorgung jederzeit über die aktuellen Behandlungs- und Versorgungsmöglichkeiten der Krankenhäuser informieren können.

Für die effiziente und patientenorientierte Versorgung werden die für die Diagnose und die Behandlungsdringlichkeit relevanten Behandlungsmöglichkeiten in Echtzeit angezeigt. Zur möglichst effektiven Nutzung vorhandener Ressourcen werden außerdem die Patientenströme des Rettungsdienstes der letzten Stunden berücksichtigt. Dieser wertvolle Informationsvorsprung ermöglicht es, verletzte oder erkrankte Patientinnen oder Patienten rasch in ein geeignetes und aufnahmeberechtigtes Krankenhaus zu führen.

Abmeldungen in IVENA bedeuten nicht, dass keine Versorgungsmöglichkeit in der betreffenden Klinik besteht, sondern dass diese im Notfall mit höherem Aufwand erst geschaffen werden muss. Im Übrigen besteht für die Rettungsleitstelle jederzeit die Möglichkeit einer Akutbelegung.

1.3 Die Notfallversorgung der Münchner Krankenhäuser

Eine Analyse der Versorgungssituation hinsichtlich des Notfallaufkommens im Rahmen des Runden Tisches zum Thema Notfallversorgung in München aus dem Jahr 2015 hat ergeben, dass nur bei einem Drittel der Notfallpatientinnen und Notfallpatienten stationärer Behandlungsbedarf bestand. Bei etwa einem Drittel der Fälle war eine spezielle Diagnostik im Krankenhaus erforderlich und ein weiteres Drittel der betrachteten Notfälle wurde ambulant behandelt¹⁰. Um einen Einblick in die aktuelle Versorgungssituation und das Notfallaufkommen in München zu erhalten, wurden die Münchner Kliniken zum Notfallaufkommen in ihrer Klinik befragt. Die 15 Kliniken, die auf die Abfrage des RGU im April 2018 geantwortet haben, gaben an, dass in der Zeit vom 01.07.2016 bis 30.06.2017 insgesamt 417.108 Patientinnen und Patienten in den Notaufnahmen stationär oder ambulant behandelt worden waren.¹¹

⁸ Von 19 angefragten Kliniken haben sich 15 zurückgemeldet.

⁹ Die Anwendung der webbasierten eHealth Software war bis vor Kurzem noch öffentlich zugänglich. Aufgrund irreführender Auswertungen in den Medien ist die Website seit Anfang Juli nur mehr Fachpersonal zugänglich.

¹⁰ „Städtisches Klinikum München GmbH (StKM), Notfallversorgung, Bericht über Ergebnisse des Runden Tisches“, Sitzungsvorlage Nr. 14-20 / V 04789, Bekanntgabe in der gemeinsamen Sitzung des Finanzausschusses und des Gesundheitsausschusses vom 15.12.2015

¹¹ Ein Vergleich mit den Zahlen der Analyse der Situation der Münchner Notfallversorgung aus dem Jahr 2015 ist nicht möglich, da zu beiden Abfragezeiten unterschiedlich viele Kliniken einbezogen waren und eine Rückmeldung gegeben haben.

Engpässe waren aus Sicht der Kliniken vor allem dem Personalmangel und / oder einem steigenden Notfallaufkommen geschuldet.

Finanzierung der Notfallversorgung in den Krankenhäusern

Die Vergütung der Notfallversorgung in Krankenhäusern ist seit Jahren immer wieder Gegenstand von Diskussionen, da die Notfallversorgung, insbesondere die ambulante Notfallversorgung von den Krankenhäusern, nicht kostendeckend erbracht werden kann. Erfolgt die Vergütung stationärer Notfälle im Rahmen der üblichen Fallpauschalen (DRGs), werden die ambulanten Notfälle, sofern es sich um Privatversicherte handelt, nach der Gebührenverordnung für Ärzte (GOÄ) und sofern es sich um GKV-Versicherte handelt, nach dem Einheitlichen Bewertungsmaßstab (EBM) vergütet. Ein Gutachten¹² aus dem Jahr 2015 kommt zu dem Ergebnis, dass Erlösen von durchschnittlich 32 € Kosten je Fall von über 120 € tatsächliche Kosten je Fall gegenüberstehen, wodurch sich eine Unterdeckung im Bereich der ambulanten Notfallbehandlung von durchschnittlich über 88 € je Fall ergibt.¹³

Zum 01.04.2017 traten Änderungen des EBM in Kraft (siehe Anlage 5)¹⁴. Neu eingeführt wurden hier die Abklärungspauschalen Tag und Nacht, die zur Abrechnung kommen können, wenn ambulant zu versorgende Patientinnen bzw. Patienten von den Krankenhäusern weiter an die Bereitschaftspraxen und an niedergelassene Ärztinnen und Ärzte verwiesen werden. Die Abklärungspauschale ersetzt in diesen Fällen die Notfallpauschale.

Vertreterinnen und Vertreter der Krankenhäuser halten die Abklärungspauschale für zu niedrig¹⁵. Eine Umfrage des RGU bei verschiedenen Münchner Kliniken hat ergeben, dass die Abklärungspauschalen in der Regel äußerst selten abgerechnet werden. Durch die Einführung der Abklärungspauschalen hat sich nach Auskunft der meisten Kliniken keine Veränderung in der Praxis der Weitervermittlung von Patientinnen und Patienten an Bereitschaftspraxen oder niedergelassene Ärztinnen und Ärzte ergeben. Bei den Universitätskliniken kommen die Abklärungspauschalen nicht zum Tragen, da diese nicht über den EBM abrechnen.

Ersteinschätzungen in der Notfallversorgung

Um in den Notaufnahmen neu eintreffende Patientinnen und Patienten anhand ihrer Beschwerdebilder und Leitsymptome hinsichtlich der Dringlichkeit der Behandlung eingruppieren zu können, wenden Krankenhäuser standardisierte Verfahren der Ersteinschätzung an. Das mittlerweile auch in Deutschland weit verbreitete

12 http://www.dkgev.de/media/file/19401.2015-02-17_Gutachten_zur_ambulanten_Notfallversorgung_im_Krankenhaus_2015.pdf (aufgerufen am 11.07.2018)

13 Management Consult Kestermann GmbH (MCK), Deutschen Gesellschaft interdisziplinäre Notfall- und Akutmedizin e.V. (DGINA), Gutachten zur ambulanten Notfallversorgung im Krankenhaus, Fallkostenkalkulation und Strukturanalyse, 2015 http://www.dkgev.de/media/file/19401.2015-02-17_Gutachten_zur_ambulanten_Notfallversorgung_im_Krankenhaus_2015.pdf (aufgerufen am 26.07.2018)

14 Verband leitender Kinder- und Jugendärzte und Kinderchirurgen Deutschlands: <http://www.vlkkd.de/de/aktuelles/meldungen/Aenderung-EBM-fuer-ambulante-Notfaelle.php>; 06.11.2017

15 Ärzte Zeitung online, „Konzept der Notfallversorgung wird feinjustiert“ 11.06.2018

Manchester-Triage-System ordnet jeder der fünf Stufen der Behandlungsdringlichkeit (sofort/sehr dringend/dringend/normal/nicht dringend) maximale Wartezeiten zu. Trotz strukturierter Notrufabfragen kann es aber auch zu Fehleinschätzungen kommen. Fehlerhafte Ersteinschätzungen, die als grobe Behandlungsfehler beurteilt werden, können, soweit eine Patientin oder ein Patient dabei zu Schaden gekommen ist, auch langfristig Klagen nach sich ziehen. Die Ärztinnen und Ärzte im Rettungsdienst sowie in der Notaufnahme sind im Rahmen ihrer beruflichen Tätigkeit beim Arbeitgeber haftpflichtversichert. Darüber hinaus besteht für jede Ärztin und jeden Arzt die Verpflichtung, sich im Rahmen der beruflichen Tätigkeit gegen Haftpflichtansprüche zu versichern. Laut Auskunft des Rettungszweckverbandes gibt es für Notärztinnen und Notärzte, Verlegungsärztinnen und Verlegungsärzte sowie für leitende Notärztinnen und Notärzte eine subsidiäre Haftpflichtversicherung über die KVB.

1.4 Die Notfallversorgung der StKM

Seit Oktober 2017 ist eine deutliche Zunahme der Notfallpatientinnen und Notfallpatienten in den Krankenhäusern zu verzeichnen, die sich in den Monaten der Grippewelle seit Januar 2018 nochmals verschlimmert hat. Nach Datenlage des RGU waren Anfang 2018 Influenza-Erkrankungen auf außergewöhnlich hohem Niveau und für einen besonders langen Zeitraum zu verzeichnen. Diese Zahlen haben alle Kliniken in München in den ersten drei Monaten des Jahres vor besondere Herausforderungen gestellt – so auch die StKM. Die Aufnahmekapazitäten waren limitiert, weil Influenza-Patientinnen und Influenza-Patienten isoliert untergebracht werden mussten – und so Zwei- oder Mehrbettzimmer nur mit einer Person belegt werden konnten.

Problematisch war insbesondere die Belegbarkeit von High-Care-Betten. Der hohe Zustrom von Notfallpatientinnen und Notfallpatienten bedeutet für die Krankenhäuser einen zusätzlichen organisatorischen Aufwand. Um alle Kapazitäten für die Notfallversorgung freizuhalten, mussten bereits terminierte Operationen verschoben werden – was einen hohen zusätzlichen administrativen Aufwand bedeutete und zusätzliche Kapazitäten gebunden hat.

In dieser Zeitspanne haben - wie auch die anderen Münchner Kliniken - auch die Städtischen Kliniken vermehrt eine Bettenkapazitätserschöpfung in IVENA gemeldet. Diese Meldung bedeutet aber nicht, dass schwer kranke Patientinnen und Patienten unversorgt bleiben (s. Abschnitt 1.2).

Zusätzlich zum Patientenaufkommen im Rettungsdienst war die Situation dadurch erschwert, dass die vertragsärztlichen Versorgungskapazitäten offensichtlich erschöpft waren, denn eine besonders deutliche Zunahme der Zahlen wurde bei den Patientinnen und Patienten beobachtet, die ohne Rettungsdienst „zu Fuß“ in die Notaufnahmen gekommen waren.

Um in Zukunft Kapazitätsprobleme in der Notfallversorgung zu vermindern, steuert die StKM mit Mitarbeiterwerbe- und Bindungsmaßnahmen für Pflegekräfte gegen. Sie kooperiert mit der KVB, um die Bereitschaftspraxen an allen Kliniken auszubauen.

2. Gestuftes System von Notfallstrukturen an Krankenhäusern

Angeichts der immer wieder auftretenden Engpässe in der Notfallversorgung und der Verzahnung des ambulanten und stationären Sektors wird die Einführung eines sektorübergreifenden gestuften Systems von Notfallstrukturen angestrebt, das die ressourcenintensive Notfallversorgung an Krankenhäusern entsprechend finanziert. Die Ressourcenintensität der Notfallversorgung resultiert aus den ausgeprägten Schwankungen der Inanspruchnahme von Leistungen, hohen Anforderungen an die Qualifikation des medizinischen und pflegerischen Personals, der erforderlichen Verfügbarkeit von Fachärztinnen und Fachärzten verschiedenster Fachrichtungen sowie der medizinisch-technischen Ausstattung. Daher arbeiten viele Krankenhausstandorte in der Notfallversorgung defizitär.

Mit dem Ziel, eine qualitativ gute, sicher erreichbare stationäre Notfallversorgung entsprechend zu finanzieren, wurde der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) gemäß § 136c Absatz 4 SGB V¹⁶ beauftragt, ein gestuftes System der Notfallversorgung zu entwickeln. Am 19. April 2018 hat der G-BA die Erstfassung der Regelungen zu einem gestuften System von Notfallstrukturen in Krankenhäusern beschlossen¹⁷, die zum 19. Mai 2018 in Kraft getreten ist. Die allgemeine Hilfeleistungspflicht jedes Krankenhauses bleibt selbstverständlich bestehen, unabhängig davon, ob ein Krankenhaus Notfallpatientinnen und Notfallpatienten im Rahmen der G-BA-Neuregelung versorgt oder nicht.

Der G-BA unterscheidet in seinem neuen Beschluss drei Stufen der Notfallstrukturen an Krankenhäusern:

- Basisnotfallversorgung (Stufe 1)
- erweiterte Notfallversorgung (Stufe 2)
- umfassende Notfallversorgung (Stufe 3)

Zunächst wurden für alle drei Stufen **allgemeine Anforderungen** an Krankenhäuser, die an einer Stufe des Systems von Notfallstrukturen teilnehmen, gestellt.

Voraussetzung für die Teilnahme an der Notfallversorgung ist, dass

- die im einzelnen festgelegten Anforderungen zu jeder Zeit, das heißt 24 Stunden an sieben Tagen pro Woche, erfüllt sind.
- für die Notfallversorgung am Krankenhausstandort eine barrierefrei zugängliche Zentrale Notaufnahme (ZNA) als räumlich abgegrenzte, fachübergreifende

¹⁶ Sozialgesetzbuch (SGB) Fünftes Buch (V) – Gesetzliche Krankenversicherung, § 136c Beschlüsse des Gemeinsamen Bundesausschusses zu Qualitätssicherung und Krankenhausplanung

¹⁷ G-BA Beschluss vom 19.04.2018: Regelungen zu einem gestuften System von Notfallstrukturen in Krankenhäusern gemäß § 136c Absatz 4 SGB V: Erstfassung

Einheit mit eigenständiger fachlich unabhängiger Leitung vorgehalten werden muss.

- für die Versorgung von ambulanten Notfällen Kooperationsvereinbarungen mit den zuständigen Kassenärztlichen Vereinigungen geschlossen werden.

Für die drei Stufen der Notfallversorgung an Krankenhäusern wurden Mindestanforderungen nach den folgenden fünf Kategorien formuliert:

1. Art und Anzahl der Fachabteilungen,
2. Anzahl und Qualifikation des vorzuhaltenden Fachpersonals,
3. Kapazität zur Versorgung von Intensivpatientinnen und Intensivpatienten,
4. Medizinisch-technische Ausstattung,
5. Strukturen und Prozesse der Notaufnahme.

Die Anforderungen innerhalb der drei Stufen der stationären Versorgung von Notfällen sind in der Tabelle in Anlage 6 zusammengefasst. Für die Umsetzung des Beschlusses werden Übergangsbestimmungen festgelegt. Die Anforderungen an eine Zentrale Notaufnahme (ZNA) sind spätestens drei Jahre nach Inkrafttreten des Beschlusses, die Anforderungen an die Qualifikation des Personals spätestens fünf Jahre nach Verfügbarkeit der entsprechenden Fortbildung „Klinische Notfall- und Akutmedizin“ bzw. „Notfallpflege“ zu erfüllen.

Spezielle Notfallversorgung

Unter bestimmten Voraussetzungen können Krankenhäuser aufgrund der Teilnahme an einer speziellen Notfallversorgung einer der drei Stufen der Notfallversorgung zugeordnet werden. Dies gilt z. B. für

- überregionale Traumazentren im Rahmen der Schwerverletztenversorgung
- Krankenhäuser, die auf die Notfallversorgung von Kindern und Jugendlichen spezialisiert sind
- Krankenhäuser, die eine spezielle Schlaganfallversorgung (Stroke Unit) anbieten
- Krankenhäuser mit gezielten Leistungen zur Behandlung von Durchblutungsstörungen am Herzen (Chest Pain Unit).

Eine weitere Ausnahme bilden Spezialversorger, d. h. Krankenhäuser oder Einrichtungen, die an der strukturierten Notfallversorgung teilnehmen, aber schon über andere Finanzierungsregelungen vergütet werden, wie z. B. Krankenhäuser und Abteilungen für die Fachgebiete Psychiatrie und Psychotherapie. Weiterhin können besondere Einrichtungen an der Notfallversorgung teilnehmen, wenn sie als Spezialversorger im Landeskrankenhausplan ausgewiesen sind.

Umsetzung des G-BA-Beschlusses

Krankenhäuser, die Notfallpatientinnen und Notfallpatienten stationär versorgen,

erhalten in Zukunft differenzierte finanzielle Zuschläge. Für Krankenhäuser, die sich nicht an der stationären Notfallversorgung beteiligen, sieht der Gesetzgeber Abschläge vor. Die Höhe der Zu- und Abschläge wird noch von den Vertragspartnern auf Bundesebene (von der Deutschen Krankenhausgesellschaft (DKG), dem GKV-Spitzenverband und dem Verband der privaten Krankenversicherung unter Einbeziehung des Instituts für das Entgeltwesen im Krankenhaus) festgelegt. Über mögliche Auswirkungen des G-BA-Beschlusses kann derzeit noch keine Aussage getroffen werden, da die Ergebnisse der Vereinbarungen zur Höhe der Zu- und Abschläge noch abgewartet werden müssen.

Die Folgen des Beschlusses für das deutsche Gesundheitssystem werden derzeit kontrovers zwischen den verschiedenen Akteuren diskutiert. Die Deutsche Krankenhausgesellschaft (DKG) zum Beispiel hält die Anforderungen, die an die Krankenhäuser gestellt werden, zum Teil für überzogen¹⁸ und hat außerdem Zweifel an der Rechtmäßigkeit des Beschlusses¹⁹. In der Konsequenz würde nach Umsetzung des Beschlusses ein Teil der Krankenhäuser nicht mehr als Notfallversorger eingestuft werden.

Vertreterinnen und Vertreter der Krankenkassen begrüßen demgegenüber die mit den Neuregelungen einhergehende Zentralisierung und Spezialisierung in der Notfallversorgung. Die Zentralisierung der Notfallversorgung führe auch dazu, dass die vorhandenen personellen Ressourcen besser und zielgenauer eingesetzt werden könnten, so der Leiter der Krankenhaus-Abteilung beim AOK-Bundesverband²⁰.

Derzeit prüfen die Krankenhäuser, welche Folgen das gestufte System von Notfallstrukturen in Krankenhäusern konkret für sie hat. Die Neuregelung ist unter Umständen mit erheblichen finanziellen Konsequenzen für die Krankenhäuser verbunden. Die Bayerische Krankenhausgesellschaft hat zur Selbsteinschätzung der bayerischen Krankenhäuser zum gestuften System der Notfallversorgung eine Umfrage durchgeführt und fordert u. a. ein höheres Zuschlagsvolumen und Streichung der Abschläge (siehe Anlage 7). Um die Situation der Notfallversorgung in der Landeshauptstadt München und die Folgen der Einführung von gestuften Notfallstrukturen an Krankenhäusern abschätzen zu können, ist eine weitergehende Untersuchung notwendig (s. Abschnitt 4.2).

18 Deutsche Krankenhausgesellschaft (DKG), Pressemitteilung DKG „DKG zum Konzept der Notfallstufen – Längere Wege für Rettungswagen“, 19.04.2018 https://www.dkgev.de/dkg.php/cat/38/aid/36301/title/DKG_zum_Konzept_der_Notfallstufen (aufgerufen am 06.06.2018)

19 Mitteilungen der Bayerischen Krankenhausgesellschaft „Beschluss des G-BA über ein gestuftes System von Notfallstrukturen – DKG bittet BMG um Rechtsprüfung“ Nr. 25/2018 – 178 vom 30.05.2018

20 Willenborg, Peter, „Notfallversorgung profitiert von Zentren“, Ärzte Zeitung online, 04.05.2018 https://www.aerztezeitung.de/politik_gesellschaft/gp_specials/pro-dialog/article/963143/qualitaetsmonitor-notfallversorgung-profitiert-zentren.html (aufgerufen am 06.06.2018)

Auswirkungen des G-BA-Beschlusses auf die StKM

Die Stadtkämmerei hat mitgeteilt, dass durch die StKM eine Detailbewertung der Auswirkungen auf die Umsetzung des Medizinkonzepts durchgeführt wurde und relevante Handlungsfelder im Rahmen des Projekts „Reorganisation Notfallzentren“ definiert werden konnten. Eine Analyse der Konsequenzen für die Planung der Kindernotfallversorgung ist ebenfalls erfolgt.

Die Inkraftsetzung der Vergütungsregelungen wird zum 01.01.2019 erwartet. Die Höhe und die konkrete Ausgestaltung der notfallstufenspezifischen Zuschläge sind zum Zeitpunkt der Erstellung der Beschlussvorlage noch nicht erfolgt, sodass eine Bewertung der ökonomischen Auswirkungen aktuell noch nicht im Detail möglich ist.

In Abgleich mit dem Medizinkonzept wurden die Standorte den jeweiligen Notfallstufen zugeordnet:

- Klinikum Bogenhausen: Umfassende Notfallversorgung (Stufe 3)
- Klinikum Schwabing: Basisnotfallversorgung (Stufe 1), umfassende Kindernotfallversorgung (Stufe 3)
- Klinikum Harlaching: Umfassende Notfallversorgung (Stufe 3), erweiterte Kindernotfallversorgung (Stufe 2)
- Klinikum Neuperlach: Erweiterte Notfallversorgung (Stufe 2)

Laut Aussage der StKM hat der G-BA Beschluss im Großen und Ganzen nur geringfügige Auswirkungen auf die Umsetzung des Medizinkonzepts der StKM.

Zentrale Notaufnahme

Die Etablierung einer zentralen Notaufnahme als eigenständige Fachabteilung mit ärztlicher und pflegerischer Leitung und als fächerübergreifende Organisationseinheit wird verpflichtend. Aktuell erfüllt nur das Klinikum Bogenhausen diese Vorgabe. Bereits 2017 wurde durch die Geschäftsführung über die Umsetzung dieser Vorgabe entschieden. Auf dieser Basis wird die detaillierte Konzepterstellung und Umsetzungsplanung für die gesamte StKM durchgeführt. Darüber hinaus hat das Projekt „Reorganisation Notfallzentren“ das Ziel, die ebenfalls notwendige Optimierung der Prozessorganisation, in Einklang mit den Anforderungen aus dem G-BA Beschluss (Triage, Dokumentationsstandards, etc.), herbeizuführen.

Umfang vorzuhaltender Fachabteilungen

- *Klinikum Bogenhausen, Klinikum Neuperlach:*
Die geplante Fachabteilungsstruktur kann beibehalten werden.
- *Klinikum Schwabing:*
Eine Ausdifferenzierung des interdisziplinären Notfallzentrums in zwei Fachabteilungen ist notwendig (Chirurgie/ Unfallchirurgie und Innere Medizin).

- *Klinikum Harlaching:*

Für die umfassende Notfallversorgung wird eine kardiologische und gastroenterologische Fachabteilung erhalten bleiben. Die standortübergreifende Zusammenlegung von Fachabteilungen bzw. eine Schwerpunktsetzung der Süd-Kliniken, wie im Sanierungsumsetzungskonzept angestrebt, wird weiter umgesetzt.

Umfang vorzuhaltender Intensiv- und Aufnahmekapazitäten

- *Klinikum Bogenhausen, Klinikum Schwabing und Klinikum Neuperlach:*

Die notwendigen Intensiv- und Aufnahmekapazitäten sind ausreichend vorhanden. Eine Änderung der Planung ist nicht notwendig.

- *Klinikum Harlaching:*

Die für die umfassende Notfallversorgung notwendigen Intensiv- und Aufnahmekapazitäten wurden im Zuge der Aktualisierung der Funktions- und Raumpläne für den Neubau in Harlaching bereits entsprechend vorausschauend berücksichtigt und finden sich auch in der neuen Bedarfsfeststellung wieder.

Darüber hinaus ist aus Sicht der StKM davon auszugehen, dass die weiteren Anforderungen (baulich oder medizintechnisch) bis zum Ende der Übergangsfrist erfüllt werden.

3. Empfehlungen des Sachverständigenrats

Der Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen empfiehlt in seinem jüngst erschienenen Gutachten ein Bündel an Maßnahmen zur zukünftigen bedarfsgerechten, sektorenübergreifenden Weiterentwicklung der Notfallversorgung²¹. Unter anderem schlägt der SVR vor, dass an zentralen Anlaufstellen, sogenannten Integrierten Leitstellen (ILS), in Zukunft Anrufe von Patientinnen und Patienten unter den Rufnummern 112 und 116 117 (oder unter einer deutschlandweit einheitlichen Telefonnummer) entgegengenommen werden sollen. Die Patientinnen und Patienten sollen im Rahmen einer telefonischen Ersttriage telefonisch beraten und behandelt und danach an die für ihre Beschwerden angemessene Stelle weitergeleitet werden.

Anknüpfend an die Regelungen zu einem gestuften System von Notfallstrukturen in Krankenhäusern des G-BA, die als Voraussetzung für die Teilnahme an der Notfallversorgung die Einrichtung einer Zentralen Notfallaufnahme vorschreibt, sieht der SVR die Einrichtung von interdisziplinären und sektorenübergreifenden Integrierten Notfallzentren (INZ) in bzw. an besonders geeigneten Krankenhäusern als eine weitere Maßnahme zur Umgestaltung der Notfallversorgung vor, mit der die

²¹ Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen, Bedarfsgerechte Steuerung der Gesundheitsversorgung, Gutachten 2018 (erschienen am 2. Juli 2018)

Zusammenarbeit vom vertragsärztlichen Bereitschaftsdienst, der Krankenhausnotaufnahme und des Rettungsdienstes besser koordiniert und zusammengeführt werden soll.

Nach der telefonischen Triage in der zentralen Anlaufstelle soll entweder eine ambulante Behandlung durch den am INZ ansässigen ärztlichen Bereitschaftsdienst, eine Untersuchung in der zentralen Notaufnahme und unter Umständen eine stationäre Behandlung oder eine spätere Behandlung bei niedergelassenen Ärztinnen und Ärzten erfolgen. Darüber hinaus werden weitere Empfehlungen bezüglich der Weiterentwicklung der Notfallversorgung – z. B. die Ausweitung der Sprechzeiten niedergelassener Ärztinnen und Ärzte und Weiterbildungsmaßnahmen des ärztlichen Personals im Bereich Notfallmedizin vom SVR vorgeschlagen. Ziel dieser Maßnahmen ist es, die Notfallambulanzen zu entlasten und Fehleinsätze zu vermeiden, die z. B. dadurch zustande kommen, dass Patientinnen und Patienten ohne entsprechenden Behandlungsbedarf eine Notaufnahme aufsuchen. Darüber hinaus soll die Notfallversorgung qualitativ verbessert und effizienter gestaltet werden. Nicht zuletzt geht es dem SVR darum, die Zufriedenheit der Patientinnen und Patienten sowie der ärztlichen und nichtärztlichen Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter zu erhöhen. Voraussetzung für die sektorenübergreifende Zusammenarbeit ist eine einheitliche Dokumentation und digitale Vernetzung.

4. Initiativen zur Sicherstellung der Notfallversorgung in München

Um die Notfallversorgung in München auch in Zukunft sicherzustellen, schlägt das RGU vor, mit einer Studie die aktuellen und zukünftigen Entwicklungen in der Notfallversorgung zu untersuchen. Auf dieser Grundlage muss ein kontinuierliches Monitoring der Notfallversorgung in München im Rahmen des medizinischen Versorgungsmanagements aufgebaut werden.

4.1 Runder Tisch Notfallversorgung

Die StKM richtete 2014 den Runden Tisch Notfallversorgung ein, um mit den an der Notfallversorgung beteiligten Münchner Kliniken und Akteuren, u.a. dem Rettungszweckverband und einem Ärztlichen Leiter Rettungsdienst, die Notfallversorgung in München zu eruieren. 2015 wurde vom Institut für Notfallmedizin und Medizinmanagement der LMU (INM) im Auftrag des Runden Tisches eine Studie erstellt, die einen Überblick über die damals aktuelle Situation der Notfallversorgung in München lieferte²². An dieser nahmen 14 Kliniken teil, die rd. 96 % der Notfälle in München behandeln. Über den weiteren Verlauf des Runden Tisches wurde der Stadtrat zuletzt in seiner öffentlichen Sitzung am 14.12.2016 informiert²³. Laut

²² „Städtisches Klinikum München GmbH (StKM), Notfallversorgung, Bericht über Ergebnisse des Runden Tisches“, Sitzungsvorlage Nr. 14-20 / V 04789, Bekanntgabe in der gemeinsamen Sitzung des Finanzausschusses und des Gesundheitsausschusses vom 15.12.2015

²³ „Städtisches Klinikum München GmbH (StKM), Umsetzung und Planungsstand Medizinkonzept, aktueller Sachstand der Sanierungsmodule“, Sitzungsvorlage Nr. 14-20 / V 07658; darin Ziffer 6.1 Notfallversorgung – Sachstand Runder Tisch

Aussage der StKM werde die Weiterentwicklung des Konzeptes zur Notfallversorgung angestrebt. Hierzu gäbe es konkrete Projektaufträge, die u. a. sowohl der Versorgungsqualität, dem hohen ambulanten Fallaufkommen als auch der Zusammenarbeit mit der Kassenärztlichen Vereinigung Bayerns (KVB) Rechnung tragen sollen. Infolge der hohen Komplexität des Themas und der Zusammenführung unterschiedlicher Versorgungsaufträge sei eine sorgfältige Planung und Projektvorbereitung notwendig. Die Reorganisation der Notfallzentren unter Einbindung der KVB werde elementarer Bestandteil sein und solle in einem abgestimmten Konzept – entsprechend der Fortsetzung des Runden Tisches Notfallversorgung – bis zum Jahresende 2018 erfolgen. Aktuell werden die Zuständigkeiten diskutiert, der Teilnehmerinnen- und Teilnehmerkreis und somit auch die einzelnen Projekte überarbeitet und neu aufgesetzt. Dabei werde zusätzlich auch der IST-Zustand der Notfallversorgung neu erhoben und ein zukünftiger SOLL-Zustand neu definiert.

Der Runde Tisch Notfallversorgung hat unter der Federführung der StKM wichtige Beiträge zur Analyse der Notfallversorgung erbracht. Für die sektorenübergreifende Weiterentwicklung sollte die Federführung ab 01.01.2019 an das RGU übertragen werden. Die bisherigen Ergebnisse sowie die im vorherigen Absatz beschriebene Planung der StKM werden an das RGU übergeben. Die für eine sachgerechte Aufgabenerfüllung erforderlichen Ressourcen müssen im RGU aufgebaut werden. Für die Erfüllung der Aufgaben können zunächst durch Umschichtung begrenzt personelle Kapazitäten bereitgestellt werden; mittelfristig entsteht jedoch Mehrbedarf, nach derzeitiger Einschätzung müssen mindestens 1,0 VZÄ Ärztin bzw. Arzt mit Erfahrungen in der Notfallversorgung sowie 0,5 VZÄ Verwaltungskraft zugeschaltet werden. Der Mehrbedarf wird derzeit genauer ermittelt. Die Personalressourcen werden in den Eckdatenbeschluss 2020 eingebracht werden.

4.2 Studie zu aktuellen Entwicklungen in der Notfallversorgung

Bereits 2015 wurde im Rahmen des Runden Tisches Notfallversorgung an der StKM durch das Institut für Notfallmedizin und Medizinmanagement (INM) die Situation der Notfallversorgung in München analysiert. Für eine qualifizierte Beurteilung der aktuellen Entwicklungen in der Notfallversorgung in München – auch unter Einbeziehung der Auswirkungen des G-BA-Beschlusses zu einem gestuften System von Notfallstrukturen an Krankenhäusern (s. Abschnitt 2) und den Vorstellungen des Sachverständigenrates im Gesundheitswesen zur Notfallversorgung (s. Abschnitt 3) – sind die Daten aber bereits nicht mehr aktuell und daher auch nicht geeignet für kurz-, mittel- und langfristige Prognosen. Insbesondere müssen Modelle für die Prognose der mittel- und langfristig erforderlichen Notfallkapazitäten erstellt werden, sektorenübergreifend (ambulant-stationär) und differenziert nach den neuen

Versorgungsstufen. Dies beinhaltet die Analyse der soziodemographischen Entwicklung, der Morbiditätsentwicklung, der Notfallversorgungsstrukturen und die Simulation der Versorgungskapazitäten (Betten/Personal), auch unter Einbeziehung saisonaler und sozialräumlicher Gesichtspunkte. Die Studie bietet eine Grundlage für die Ableitung von Maßnahmen zur Sicherstellung der Notfallversorgung für die Stadtbevölkerung und für den Aufbau eines kontinuierlichen Monitorings. Für das Vorhaben ist eine enge Kooperation und Abstimmung mit den relevanten Leistungsträgern der Notfallversorgung unabdingbar.

5. Sachkostenbedarf

Zur Durchführung der unter Punkt 4.2 genannten Studie zur Weiterentwicklung der Notfallversorgung in München, die im 1. Quartal 2019 vergeben werden soll, beantragt das RGU einmalig im Jahr 2019 87.200 € inkl. MwSt. Im Jahr 2020 werden dann weitere 174.600 € inkl. MwSt. zur Weiterführung der Studie benötigt. Die Verteilung der Finanzen in 2019 und 2020 resultiert aus einem frühestmöglichen Beginn der Studie im zweiten Halbjahr 2019 und der Fertigstellung Ende 2020.

Bürgernähe

Jede Bürgerin bzw. jeder Bürger der Stadt München steht der Zugang zur medizinischen Notfallversorgung offen. Maßnahmen, die die Effizienz und Effektivität der Notfallversorgung in München verbessern, bedeuten einen Mehrwert für alle Bürgerinnen und Bürger.

Pflichtaufgabe/ freiwillige Aufgabe

Die Sicherstellung der stationären Notfallversorgung ist Teil der kommunalen Daseinsvorsorge und nach Art. 57 der Gemeindeordnung für den Freistaat Bayern eine Pflichtaufgabe. Im Rahmen dieser Pflichtaufgabe ist die Durchführung und Begleitung der Studie zur Entwicklung der Notfallversorgung eine freiwillige Aufgabe der Landeshauptstadt München. Die geplante Studie bildet die Grundlage für die Ableitung von Maßnahmen zur Sicherstellung der Notfallversorgung für die Stadtbevölkerung und für den Aufbau eines kontinuierlichen Monitorings. Ein kontinuierliches Monitoring der Notfallversorgung wurde bereits 2015 gefordert.²⁴ Aus Sicht des RGU bestehen keine Alternativen zur Durchführung der Studie und der Erarbeitung der steuerungsrelevanten Grundlagen.

Der nachfolgende Abschnitt behandelt die grundsätzliche Möglichkeit der Förderung kommunaler Krankenhäuser durch die Kommunen, wie im o.g. Stadtratsantrag Nr. 14-20 / A 03054 gefordert.

²⁴ „Städtisches Klinikum München GmbH (StKM), Notfallversorgung, Bericht über Ergebnisse des Runden Tisches“, Sitzungsvorlage Nr. 14-20 / V 04789, Bekanntgabe in der gemeinsamen Sitzung des Finanzausschusses und des Gesundheitsausschusses vom 15.12.2015

6. Möglichkeiten der Förderung kommunaler Krankenhäuser durch die Kommune

Vor dem Hintergrund der chronischen Unterfinanzierung des Krankenhaussektors sowie des zunehmenden Wettbewerbsdrucks ist die Problematik der staatlichen Finanzierung von Krankenhäusern in öffentlicher Trägerschaft verstärkt in den Fokus der Marktteilnehmerinnen und -teilnehmer gerückt und zum Gegenstand von Klagen geworden. Hierbei werden im Folgenden nach einer Darstellung der aktuellen Rechtsprechung die Themen Betrauungsakte sowie weitere Fördermöglichkeiten, auf die Krankenhäuser zurückgreifen können, genannt.

6.1 Urteil des OLG Stuttgart zur Klage des Bundesverbandes Deutscher Privatkliniken gegen den Landkreis Calw

Das Gericht der Europäischen Union (EuG) musste sich in seiner Entscheidung vom 07.11.2012 mit den Voraussetzungen einer zulässigen Beihilfe an öffentliche Krankenhäuser in der Region Brüssel befassen. In dem Urteil hat es präzisiert, dass Ausgleichszahlungen im Rahmen einer Betrauung nur für die Erfüllung solcher Gemeinwohldienstleistungen zulässig sind, die von anderen Krankenhäusern so nicht erbracht werden, also besondere Gemeinwohlaufgaben („Krankenhaussonderaufgaben“). Danach reicht es für eine ordnungsmäßige Betrauung mithin nicht aus, dass ein gefördertes Krankenhaus Dienstleistungen von allgemeinem wirtschaftlichem Interesse (DAWI) erbringt, soweit private Krankenhäuser dieselben Dienstleistungen anbieten. Dies scheint eine Verschärfung der Anforderungen an eine beihilferechtskonforme Finanzierungsleistung für Krankenhäuser darzustellen. Denn bei diesen wurde es bislang allgemein als ausreichend für eine Betrauung angesehen, wenn eine DAWI (defizitär) erbracht wurde – ob und inwieweit andere dieselbe Leistung anbieten, wurde nicht gesondert betrachtet. Dem EuG-Urteil wird insbesondere deshalb eine besondere Relevanz beigemessen, da angesichts des zunehmend verschärften Wettbewerbs im Gesundheitssektor (und chronischer Unterfinanzierung) zukünftig mit steigenden Beschwerdezahlen privater Wettbewerberinnen und Wettbewerber zu rechnen sein wird.

Vor dem Hintergrund der EuG-Rechtssprechung hatte in Deutschland der Bundesverband der deutschen Privatkliniken (BDPK) ein wettbewerbsrechtliches Verfahren gegen den Landkreis Calw eingeleitet. Ziel war es, dem Landkreis die weitere Finanzierung seiner Kreiskliniken untersagen zu lassen. Das Landgericht (LG) Tübingen und das Oberlandesgericht (OLG) Stuttgart haben die Klage des BDPK jeweils abgewiesen. Der Argumentation des OLG zufolge habe das Land Baden-Württemberg im Landeskrankenhausgesetz (LKHG) zulässigerweise festgelegt, dass die bedarfsgerechte Versorgung der Bevölkerung mit medizinischen Leistungen durch

die öffentliche Hand eine DAWI sei. Folge der Landkreis dieser gesetzlichen Zwecksetzung, sei eine rechtswidrige Beihilfe aus diesem Grund ausgeschlossen. Zwischenzeitlich hat sich auf die Revision des BDPK hin der Bundesgerichtshof (BGH) der Sichtweise der Vorinstanzen angeschlossen (BGH, Urteil vom 24.03.2016, I ZR 263/14). Er hat ausgeführt, dass aus der Aufnahme der Kreiskliniken in den Krankenhausplan folge, dass die durch sie erbrachten medizinischen Versorgungsleistungen insgesamt als DAWI einzuordnen seien. Der Landkreis habe nach dem LKHG die Kreiskliniken zu betreiben und dürfe sie daher auch finanzieren. Da im konkreten Fall fraglich war, ob die finanzielle Unterstützung formal korrekt war, wurde der Fall vom BGH an das OLG Stuttgart zurückverwiesen. Das Urteil des OLG (auf dieses wurde im Deutschen Ärzteblatt vom 07.04.2017 verwiesen) steht am Ende eines vierjährigen Klageweges. Alle wesentlichen Gründe zur grundsätzlichen Zulässigkeit von Dienstleistungen von allgemeinem wirtschaftlichen Interesse sind im Urteil des BGH ausgeführt.

Die Entscheidungspraxis auf nationaler und europäischer Ebene zu dieser Frage unterscheidet sich damit. Während nach der nationalen Rechtsprechung eine Betrauung der üblichen medizinischen Versorgungstätigkeit eines Krankenhauses weiterhin möglich ist, ist dies nach Rechtsprechung des EuG und Entscheidung der Kommission nur für bestimmte, darüber hinausgehende Aufgaben der Daseinsvorsorge, wie z. B. die Versorgung von Patientinnen und Patienten ohne ausreichenden Krankenversicherungsschutz, möglich.

Für deutsche Fallkonstellationen erscheint es vertretbar, sich an der Linie des BGH zu orientieren, da den EU-Mitgliedstaaten bei der inhaltlichen Bestimmung einer DAWI ein weiter von der Kommission nur eingeschränkt überprüfbarer Spielraum zusteht. Vorsicht ist aber in jedem Fall bei Tätigkeiten geboten, die außerhalb der allgemeinen Krankenversorgung liegen.

6.2 Betrauungsakte

Die Betrauungsakte beruhen auf dem Beschluss der EU-Kommission vom 20.12.2011 über die Anwendung von Artikel 106 Abs. 2 des Vertrages über die Arbeitsweise der Europäischen Kommission (AEUV) auf staatliche Beihilfen in Form von Ausgleichsleistungen zugunsten bestimmter Unternehmen, die mit der Erbringung von Dienstleistungen von allgemeinem wirtschaftlichen Interesse betraut sind (012/21/EU, ABI. EU Nr. L 7/3 vom 11.01.2012 – Freistellungsbeschluss). Der Freistellungsbeschluss ist Teil des von der Kommission verabschiedeten sogenannten „Almunia-Maßnahmenpaketes“, das am 31.01.2012 in Kraft getreten ist. Es enthält die Beihilfevorschriften für die Prüfung öffentlicher Ausgleichsleistungen für Dienstleistungen von allgemeinem wirtschaftlichen Interesse (DAWI) und ist an die Stelle des 2005 erlassenen „Monti-Kroes-Pakets“ getreten.

Danach sind Ausgleichsleistungen für die Erbringung von Dienstleistungen von allgemeinem wirtschaftlichen Interesse u. a. unter folgenden Voraussetzungen auch ohne Notifizierung als mit dem europäischen Recht vereinbar anzusehen und von der Anmeldepflicht befreit:

- Es handelt sich um eine Dienstleistung von allgemeinem wirtschaftlichen Interesse, der Gegenstand und die Dauer der Betrauung sind konkret benannt.
- Der Betrauungsakt erfolgt unter Bezugnahme auf den Beschluss der EU-Kommission.
- Das betraute Unternehmen und der geografische Geltungsbereich ist benannt.
- Die Höhe der Ausgleichsleistung und der Ausgleichsmechanismus ist beschrieben.
- Maßnahmen sind benannt, die eine Überkompensation durch Ausgleichsleistungen verhindern sollen.

6.3 Weitere Möglichkeiten zur Förderung durch die Landeshauptstadt München

Neben der unter Ziffer 6.2 dargestellten Möglichkeit einer Betrauung sieht die Stadtkämmerei darüber hinaus nur indirekte "Förderoptionen" bei der Zusammenarbeit mit der Kassenärztlichen Vereinigung Bayerns bspw. durch eine kooperative Vertragsgestaltung hinsichtlich der Vermietung von Räumen sowie der Mitbenutzung von medizinischen Geräten. Weitere Fördermöglichkeiten ergeben sich aus dem Innovationsfonds, Wettbewerben oder Zuschüssen, die seitens des Ministeriums oder Stiftungen ausgelobt werden. Diese Fördermöglichkeiten sind keine Konstante und daher nicht vorhersehbar oder planbar.

6.4 Bewertung und Handlungsmöglichkeiten für die Landeshauptstadt München

Das RGU prüft in jedem Einzelfall, ob alle Voraussetzungen für eine Betrauung gegeben sind. Die Rechtsprechung zur beihilferechtlichen Zulässigkeit von Betrauungen wird sorgfältig beobachtet und ggf. wird darauf reagiert. Eine Einschränkung bzw. Änderung der bisherigen Praxis ist bei Einhaltung der europarechtlichen Vorgaben nicht erforderlich.

7. Zusammenfassung

Die Zuständigkeit des Rettungsdienstes liegt beim Rettungszweckverband (RZV) und die Zuständigkeit des für die Notfallversorgung relevanten Bereichs der ambulanten ärztlichen Versorgung liegt bei der Kassenärztlichen Vereinigung Bayerns (KVB). Die KVB hat für ihren Bereitschaftsdienst Änderungen eingeführt, die parallel zur Einführungsphase evaluiert werden sollen. Für den Bereich der rettungsdienstlichen Versorgung hat der RZV eine Studie für den künftigen Bedarf an Rettungsmitteln erstellen lassen und wird die Anzahl der Rettungsmittel (nach Zustimmung der Sozialversicherungsträger) entsprechend erhöhen.

Für die Notfallversorgung durch die Krankenhäuser sind Veränderungen zu erwarten. Zum einen durch das System der gestuften Notfallversorgung durch die Krankenhäuser, auf Grundlage dessen die Krankenhäuser ab voraussichtlich 2019 Zu- oder Abschläge erhalten, zum anderen durch das Gutachten des Sachverständigenrates, sollte dieses insgesamt oder in Teilen in gesetzliche Regelungen oder in Richtlinien bzw. Beschlüsse des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) einfließen und damit verbindlich werden.

Die Landeshauptstadt München trägt mit der Betrauung der Städtisches Klinikum München GmbH bereits wesentlich zur Sicherstellung der Notfallversorgung bei. Mit der Beauftragung und Begleitung der Studie zur Weiterentwicklung der Notfallversorgung in München erarbeitet das RGU steuerungsrelevante Grundlagen und kommt der Forderung nach einem kontinuierlichen Monitoring der Notfallversorgung nach.

B. Darstellung der Kosten und der Finanzierung

1. Zweck des Vorhabens

Mit der Beauftragung einer Studie soll der künftige Bedarf an Notfallversorgungskapazitäten der Münchner Krankenhäuser eruiert und dauerhaft verfolgt werden.

2. Zahlungswirksame Kosten im Bereich der laufenden Verwaltungstätigkeit

Für die Umsetzung des Beschlusses entstehen die im Folgenden dargestellten zahlungswirksamen Kosten. Der Mittelbedarf entsteht ab 01.01.2019.

	dauerhaft	einmalig	befristet
Summe zahlungswirksame Kosten	0	87.200,-- in 2019 174.600,-- in 2020	0
davon:			
Personalauszahlungen (Zeile 9)*	0	0	0
Auszahlungen für Sach- und Dienstleistungen (Zeile 11)** IA 536001204 Sachkonto 651000	0	87.200,-- in 2019 174.600,-- in 2020	0
Transferauszahlungen (Zeile 12)	0	0	0
Sonstige Auszahlungen aus lfd. Verwaltungstätigkeit (Zeile 13)	0	0	0
Zinsen und sonstige Finanzauszahlungen (Zeile 14)	0	0	0
Nachrichtlich Vollzeitäquivalente (VZÄ)			0

Die nicht zahlungswirksamen Kosten (wie z. B. interne Leistungsverrechnung, Steuerungsumlage, kalkulatorische Kosten) können in den meisten Fällen nicht beziffert werden.

Die Auszahlungen für Sach- und Dienstleistungen (Zeile 11) ergeben sich wie folgt:

Für die Durchführung der Studie zur Situation der Notfallversorgung 2019 - 2025 (siehe A 5) sind insgesamt von 2019 bis 2020 Mittel i. H. v. 261.800 € vorzusehen. Davon sind in 2019 Mittel i. H. v. 87.200 € und in 2020 Mittel i. H. v. 174.600 € vorzusehen. Die Mittel sind dem Sachkonto 651000 zugeordnet und werden bei IA 536001204 veranschlagt. Der Stadtrat wird mit einem Vergabebeschluss gesondert befasst werden.

3. Finanzierung

Die Finanzierung kann weder durch Einsparungen noch aus dem eigenen Referatsbudget erfolgen.

Die zusätzlich benötigten Auszahlungsmittel werden genehmigt und in den Haushaltsplan 2019 und 2020 aufgenommen.

Die beantragte Ausweitung weicht von den Festlegungen für das Referat für Gesundheit und Umwelt im Eckdatenbeschluss für den Haushalt 2019 ab, weil sich Einsparungen i. H. v. 192.800 € bei den Sachkosten ergeben haben. Die beantragten erforderlichen Mittel in dieser Sitzungsvorlage bewegen sich innerhalb des Rahmens der festgelegten Höchstgrenze nach dem Eckdatenbeschluss (siehe auch TOP1 Ziffer 9 der heutigen Sitzung mit der Bekanntgabe zum Controlling des Eckdatenbeschlusses für den Haushalt 2019 „Umsetzung geplanter Beschlüsse“).

4. Produktbezug

Die Veränderungen betreffen das Produkt 33414200 Gesundheitsvorsorge.

4.1 Produktbeschreibung

Eine Änderung der Produktbeschreibung ist mit dieser Maßnahme nicht verbunden.

4.2 Kennzahlen

Eine Änderung der Kennzahlen ist mit dieser Maßnahme nicht verbunden.

5. Bezug zur Perspektive München

Folgendes Ziel der Perspektive München wird unterstützt:

15.15: Die Landeshauptstadt München übernimmt die Rolle der Koordinatorin und Moderation und entwickelt gemeinsam mit den Akteurinnen und Akteuren vor Ort adäquate nachhaltige Versorgungskonzepte für eine bedarfsgerechte Versorgung von behandlungs- und hilfebedürftigen Menschen

Die Stadtkämmerei stimmt der Beschlussvorlage zu. Die Stellungnahme ist als Anlage 8 beigelegt.

Das Kreisverwaltungsreferat stimmt der Beschlussvorlage zu. Die Stellungnahme ist als Anlage 9 beigelegt.

Ergänzend weist das RGU darauf hin, dass im fachlichen Teil unter Punkt 1 „Situation der Notfallversorgung in München“ der Begriff „Ärztlicher Bereitschaftsdienst“ benutzt wurde, weil die Kassenärztliche Vereinigung Bayerns (KVB) diesen auch in ihren Veröffentlichungen verwendet.

Die Beschlussvorlage ist mit dem Seniorenbeirat abgestimmt. Die Stellungnahme ist als Anlage 10 beigelegt.

Ergänzend weist das RGU darauf hin, dass der Aufforderung des Seniorenbeirates an

das RGU, weitere Vorschläge zu weiteren Planungen und Verbesserungen der Notfallversorgung zu erarbeiten und dem Stadtrat zur Beschlussfassung vorzulegen, mit der zu vergebenden Studie Rechnung getragen wird.

Die Forderung des Seniorenbeirats, für das Klinikum Schwabing die Voraussetzungen für die Stufe 2 der Notfallversorgung zu schaffen, muss gesondert im Benehmen mit der Stadtkämmerei als Betreuungsreferat und der StKM geprüft werden.

Anhörung des Bezirksausschusses

In dieser Beratungsangelegenheit ist die Anhörung des Bezirksausschusses nicht vorgesehen (vgl. Anlage 1 der BA-Satzung).

Nachtragsbegründung

Diese Sitzungsvorlage wird in den Nachtrag eingebracht, da die Abstimmungen nicht zeitgerecht erfolgen konnten. Für die Beschlussfassung über den Haushalt ist aber eine Behandlung im Oktober zwingend notwendig.

Die Korreferentin des Referates für Gesundheit und Umwelt, Frau Stadträtin Sabine Krieger, der zuständige Verwaltungsbeirat, Herr Stadtrat Dr. Ingo Mittermaier, das Kreisverwaltungsreferat, der Seniorenbeirat sowie die Stadtkämmerei haben einen Abdruck der Vorlage erhalten.

II. Antrag der Referentin

1. Der Vortrag der Referentin zur Situation der Notfallversorgung in München wird zur Kenntnis genommen.
2. Dem Referat für Gesundheit und Umwelt wird die Federführung des Runden Tisches Notfallversorgung ab 01.01.2019 übertragen. Das Referat für Gesundheit und Umwelt wird beauftragt, gemeinsam mit der Stadtkämmerei und der Städtisches Klinikum München GmbH den Übergang der Federführung des Runden Tisches Notfallversorgung zu veranlassen.
3. Das Referat für Gesundheit und Umwelt wird beauftragt, eine Studie zur Situation der Notfallversorgung 2019 - 2025 durchzuführen.
4. Die relevanten Leistungsträger der Notfallversorgung sind in das Vorhaben der Analyse der Notfallversorgung mit einzubeziehen.
5. Das Referat für Gesundheit und Umwelt wird beauftragt, die einmalig in 2019 erforderlichen Haushaltsmittel in Höhe von 87.200 € sowie die einmalig in 2020 erforderlichen Haushaltsmittel in Höhe von 174.600 € im Rahmen der

Haushaltsplanaufstellung 2019 und 2020 bei der Stadtkämmerei anzumelden.

6. Das Produktkostenbudget erhöht sich einmalig in 2019 um 87.200 € , davon sind 87.200 € zahlungswirksam (Produktauszahlungsbudget) und einmalig in 2020 um 174.600 €, davon sind 174.600 € zahlungswirksam (Produktauszahlungsbudget).
7. Der Antrag Nr. 14-20 / A 02790 ist damit geschäftsordnungsgemäß erledigt.
8. Der Antrag Nr. 14-20 / A 03054 ist damit geschäftsordnungsgemäß erledigt.
9. Der Antrag Nr. 14-20 / A 03870 ist damit geschäftsordnungsgemäß erledigt.
10. Dieser Beschluss unterliegt nicht der Beschlussvollzugskontrolle.

III. Beschluss

nach Antrag.

Die endgültige Entscheidung in dieser Angelegenheit bleibt der Vollversammlung des Stadtrates vorbehalten.

Der Stadtrat der Landeshauptstadt München

Der Vorsitzende

Die Referentin

Ober-/Bürgermeister

Stephanie Jacobs
Berufsmäßige Stadträtin

- IV. Abdruck von I. mit III. (Beglaubigungen)
über das Direktorium HA II/V - Stadtratsprotokolle
an das Revisionsamt
an die Stadtkämmerei
an das Direktorium – Dokumentationsstelle
an das Referat für Gesundheit und Umwelt RGU-RL-RB-SB
- V. Wv Referat für Gesundheit und Umwelt RGU-RL-RB-SB
zur weiteren Veranlassung (Archivierung, Hinweis-Mail).