

Kleine Anfrage

**der Abgeordneten Cornelia Möhring, Harald Weinberg,
Sabine Zimmermann (Zwickau), Katja Kipping, Kathrin Vogler, Birgit Wöllert,
Pia Zimmermann und der Fraktion DIE LINKE.**

Zur Situation in den klinischen Notaufnahmen

Gut funktionierende und schnell zu erreichende Notaufnahmen an Krankenhäusern retten Menschenleben. Notaufnahmen übernehmen bei akuten Krankheiten und Unfällen die medizinische Betreuung, Ersteinschätzung, Stabilisierung, Sofortdiagnostik und die notwendige Soforttherapie. Immer noch gibt es in vielen deutschen Krankenhäusern eine Vielzahl an Ambulanzen und Aufnahmebereichen, oft für jede Fachabteilung eine. Üblich ist die Aufteilung nach internistischen Erkrankungen und chirurgischen Fällen. In einer Notfallsituation sind betroffene Patientinnen und Patienten mit der Entscheidung überfordert, an welche der Fachabteilungen sie sich wenden sollen. Die Einrichtung von zentralen Notaufnahmen mit einer Lotsenfunktion ist sinnvoll.

Eine patientenorientierte und effiziente Notfallversorgung erfordert rasche Entscheidungen und damit eine hohe medizinische Kompetenz sowie ein enges Zusammenspiel aller an der Notfallmedizin beteiligten Berufsgruppen. Um die Qualität der Notaufnahmen zu steigern, fordert die Deutsche Gesellschaft interdisziplinäre Notfall- und Akutmedizin e. V. (DGINA) eine eigene Facharztrichtung für Notfallmedizin. Denn bisher gibt es für Chirurgeninnen und Chirurgen oder Internistinnen und Internisten lediglich Zusatzweiterbildungen in der Notfallmedizin. Die Vizepräsidentin der Europäischen Gesellschaft für Notfallmedizin (EuSEM), Dr. Barbara Hogan, dazu: „Ich halte Deutschland für ein Entwicklungsland, was die notfallmedizinische Qualifikation angeht. In den meisten europäischen Ländern gibt es die fünfjährige Ausbildung zum Facharzt für Notfallmedizin. Und da muss Deutschland unbedingt anschließen.“ (www.presseportal.de/pm/75892/-swr-das-erste). Die Bundesärztekammer lehnt die Einführung eines Facharztes für Notfallmedizin jedoch ab. Gegenüber dem ARD-Magazin „REPORT MAINZ“ heißt es: „Eine eigenständige Qualifikation, die hauptsächlich auf organisatorische Aspekte und auf die Führungsqualifikation zur Leitung einer bestimmten Krankenhauseinheit abstellt, passt nicht in die Systematik der (Muster-) Weiterbildungsordnung“ (ebd.).

Die Situation in vielen Notaufnahmen hat sich zugespitzt. Die Deutsche Krankenhausgesellschaft e. V. (DKG) weist auf immer mehr Patientinnen und Patienten in Notaufnahmen hin. Viele Notaufnahmen arbeiten am Rande ihrer Belastbarkeit, vor allem nachts und an den Wochenenden. Die Personalausstattung ist unzureichend, die Arbeitsverdichtung nimmt zu. Neben langen Wartezeiten werden zunehmend kritische Versorgungssituationen bekannt, die die Sicherheit von Patientinnen und Patienten gefährden. Die DKG stellt fest: „Die Krankenhäuser übernehmen hier einen wesentlichen Teil des Versorgungsauftrages, den eigentlich die zuständigen Kassenärztlichen Vereinigungen mit ihren Mitglie-

dern zu erfüllen hätten“ (ebd.). Doch vor allem in ländlichen Regionen wurden notärztliche Dienste geschlossen und Versorgungsregionen zusammengelegt, sodass Patientinnen und Patienten weite Wege in Kauf nehmen müssen und dann auch bei Bagatellerkrankungen gleich das Krankenhaus aufsuchen.

Der erhöhte Aufwand im Notfallbereich wird im Vergütungssystem der Fallpauschalen (Diagnosis Related Groups – DRGs) nur unzureichend abgebildet. Vor allem solche Kliniken – vornehmlich im öffentlichen Besitz –, die breit aufgestellt und eine möglichst umfassende Versorgung bieten wollen, stehen unter einem extremen Kostendruck. Während die Anzahl der Krankenhäuser insgesamt abgenommen hat, ist die Anzahl der privaten Kliniken gestiegen (vgl. Bundestagsdrucksache 17/14555). Das heizt die Spirale weiter an: die Arbeitsbedingungen der Beschäftigten werden weiter verschlimmert, die Versorgung der Patientinnen und Patienten verschlechtert sich. Die Bevölkerung muss lange Wege bis zum Krankenhaus auf sich nehmen. Bei Schlaganfällen, Unfällen und anderen Notfällen verlängert sich die Zeit bis zur medizinischen Versorgung. Dabei läuft in diesen Fällen die Uhr. Je schneller die medizinische Versorgung einsetzt, desto höher ist die Wahrscheinlichkeit des Überlebens bzw. desto geringer sind nachfolgende gesundheitliche Beeinträchtigungen und mögliche Pflegebedarfe.

Wir fragen die Bundesregierung:

1. Wie viele klinische Notaufnahmen gibt es nach Kenntnis der Bundesregierung aktuell, und wie viele Patientinnen und Patienten suchen diese durchschnittlich auf?
2. Wie hat sich die Zahl der Notaufnahmen nach Kenntnis der Bundesregierung in den letzten zehn Jahren entwickelt?
3. Wie hat sich nach Kenntnis der Bundesregierung die Auslastung der klinischen Notaufnahmen in der Bundesrepublik Deutschland in den letzten zehn Jahren entwickelt?
4. Hat es nach Kenntnis der Bundesregierung eine Steigerung bei den Patienten- und Behandlungszahlen gegeben?
5. Wie lange müssen Patientinnen und Patienten nach Kenntnis der Bundesregierung auf eine Behandlung durchschnittlich und höchstens warten, und wie haben sich die Wartezeiten in den letzten zehn Jahren verändert?
6. Im welchem Verhältnis hat sich nach Kenntnis der Bundesregierung der Personalschlüssel im Bereich der Notaufnahmen in den letzten zehn Jahren im Verhältnis zum Patientenaufkommen entwickelt?
7. Gibt es Hinweise auf eine Zunahme der Überlastungs- beziehungsweise Gefährdungsanzeigen des in Notaufnahmen tätigen Pflegepersonals?
Wenn ja, in welcher Anzahl und für welche Tage und Situationen (tagsüber, nachts, Wochenenden, Urlaubszeiten, Krankheitsausfälle etc.)?
8. In wie vielen Krankenhäusern und Kliniken sind nach Kenntnis der Bundesregierung zentrale Notfallaufnahmen eingerichtet worden?
In wie vielen Krankenhäusern und Kliniken erfolgt die Notaufnahme in nach Fachrichtung getrennten Stationen?
9. Wie viele der in Kliniken eingewiesenen Patientinnen und Patienten wurden nach Kenntnis der Bundesregierung über die Notaufnahme eingewiesen?
Falls bekannt, wegen welcher Diagnosen?

10. Wie hoch ist nach Kenntnis der Bundesregierung der Anteil der Notfallpatientinnen und -patienten an den Erlösen in allgemeinen Krankenhäusern?
11. Wie viele klinische Notaufnahmen wurden in den letzten zehn Jahren geschlossen?
Wie viele Notaufnahmen haben nur noch zeitweise geöffnet (z. B. tagsüber)?
12. Wurden in Deutschland nach Kenntnis der Bundesregierung klinische Notaufnahmen geschlossen, nachdem ein privater Träger die betreffende Klinik übernommen hatte?
13. Wie ist nach Kenntnis der Bundesregierung die durchschnittliche Erreichbarkeit einer klinischen Notaufnahme (in Fahrminuten bzw. in Kilometern)?
14. Sind der Bundesregierung Gebiete mit einer unzureichenden Versorgung durch klinische Notfallaufnahmen bekannt?
15. Wie viele Kliniken in ländlichen Gebieten nehmen nach Kenntnis der Bundesregierung nicht mehr vollständig an der Notfallversorgung teil?
16. Kennt die Bundesregierung Fälle einer unzureichenden Versorgung bzw. Gesundheitsgefährdung durch eine mangelhafte klinische Notaufnahme?
17. Wie hoch ist die aktuelle Vergütung pro Fall in einer Notaufnahme?
Ist diese Vergütung nach Einschätzung der Bundesregierung kostendeckend und bildet den Aufwand der Notaufnahmen sachgerecht ab?
18. Wie ist nach Kenntnis der Bundesregierung der Stand der Evaluation der Notfallmedizin in der DRG-Begleitforschung?
Befürwortet die Bundesregierung eine Verbesserung dieser Evaluation, und plant sie entsprechende Schritte?
19. Wie hoch ist nach Kenntnis der Bundesregierung der Anteil der Patientinnen und Patienten in zentralen Notaufnahmen, die als vollstationäre bzw. vorstationäre Fälle abgerechnet werden?
20. Wie hoch sind nach Kenntnis der Bundesregierung die durchschnittlichen Vorhaltekosten, die einem Krankenhaus der Grund- und Regelversorgung durch den Betrieb einer Notaufnahme entstehen?
21. Werden diese Vorhaltekosten nach Einschätzung der Bundesregierung aktuell ausreichend durch das Fallpauschalensystem abgedeckt (bitte mit Bezug auf unterschiedliche Klinikgrößen beantworten)?
22. Folgt die Bundesregierung der Einschätzung von Niehues/Barbe (in: Das Krankenhaus, 12/2012), dass das französische Abrechnungssystem, das den Krankenhäusern einen Sockelbetrag von 500 000 Euro für die Aufrechterhaltung einer Notfallversorgung sichert zuzüglich mengenabhängiger Zuschläge, die Vorhaltekosten sachgerechter abbildet als die DRGs (wenn nicht, bitte begründen)?
Wenn ja, welche Konsequenzen erwägt die Bundesregierung?
23. Gibt es nach Einschätzung der Bundesregierung in der Bundesrepublik Deutschland eine durchweg gut organisierte und mit Sachmitteln und Personal gut ausgestattete Notfallmedizin?
Wo sieht die Bundesregierung Verbesserungspotentiale?
24. Wie hoch ist nach Kenntnis der Bundesregierung der Anteil von Patientinnen und Patienten, die statt des ärztlichen Bereitschaftsdienstes eine klinische Notaufnahme aufsuchen?

25. Kommen die Kassenärztlichen Vereinigungen aus Sicht der Bundesregierung dem Sicherstellungsauftrag nach § 75 Absatz 1 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch (SGB V) hinsichtlich der ärztlichen Bereitschaftsdienste aktuell flächendeckend und uneingeschränkt nach?
26. Wie hoch ist nach Kenntnis der Bundesregierung der Anteil an „echten“ Notfällen in den Notaufnahmen der Krankenhäuser (also Patientinnen und Patienten mit lebensbedrohlichen Zuständen wie z. B. Schlaganfall, Kreislaufkollaps, Unterzuckerung oder nach einem Unfall)?
27. In wie vielen Ländern der Europäischen Union gibt es nach Kenntnis der Bundesregierung mittlerweile die Facharztbezeichnung Notfallmedizin bzw. eine dem europäischen Curriculum für Notfallmedizin entsprechende Ausbildung?
28. Worin sieht die Bundesregierung die Gründe, dass das europäische Curriculum für Notfallmedizin in der Bundesrepublik Deutschland nicht angewendet wird?
29. Welche Position nimmt die Bundesregierung zur Forderung ein, die Facharztbezeichnung Notfallmedizin in die (Muster-)Weiterbildungsordnung (MWBO) der Bundesärztekammer zu übernehmen?

Berlin, den 18. Juli 2014

Dr. Gregor Gysi und Fraktion