

An das Bundesministerium für Gesundheit
z.Hd. Herrn Michael Weller
Leiter der Abteilung 2

c/o Bundesministerium für Gesundheit

11055 Berlin

Deutsche Gesellschaft für
Neurointensiv- und Notfallmedizin
Carl-Pulfrich-Straße 1
07745 Jena
Telefon: 03641 31 16 450
Fax: 03641 31 16 240
E-Mail: gs@dgni.de
Internet: www.dgni.de

Präsident:
Prof. Dr. Thomas Westermaier, MHBA
Helios Amper-Klinikum Dachau
Akademisches Lehrkrankenhaus
der Ludwig-Maximilians-Universität München
Chefarzt Neurochirurgie
Krankenhausstraße 15
85221 Dachau
Telefon: 08131 76 68 50 00
E-Mail: thomas.westermaier@helios-gesundheit.de

1. Vizepräsident:
Prof. Dr. med. Julian Bösel, FNCS, FESO
E-Mail: mail@julian-boesel.de

2. Vizepräsident:
Prof. Dr. med. Matthias Klein
Universitätsklinikum Großhadern
Marchioninistraße 15
81377 München
Telefon: 089 709 531 40
E-Mail: matthias.klein@med.uni-muenchen.de

Schatzmeister:
PD Dr. med. Wolf-Dirk Niesen
Universitätsklinikum Freiburg
Klinik für Neurologie und Neurophysiologie
Breisacher Straße 64
79106 Freiburg
Telefon: 0761 270 53 07 0
E-Mail: wolf-dirk.niesen@uniklinik-freiburg.de

Schriftführerin:
Dr. med. Katja Wartenberg
Universitätsklinikum Leipzig
Klinik und Poliklinik für Neurologie
Liebigstraße 20
04103 Leipzig
Telefon: 0341 972 00 72
E-Mail: katja.wartenberg@medizin.uni-leipzig.de

Beisitzer:
Dr. Sylvia Bele, IFAANS
Universitätsklinikum Regensburg
Klinik und Poliklinik für Neurochirurgie
Franz-Josef-Strauß-Allee 11
93093 Regensburg
Telefon: 0941 944 190 71
E-Mail: sylvia.bele@ukr.de

Prof. Dr. med. Patrick Czorlich
Klinik und Poliklinik für Neurochirurgie
Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf
Martinistraße 52
20246 Hamburg
Telefon: 040 7410 50 753
E-Mail: p.czorlich@uke.de

Nichtärztliche Beisitzerin:
Prof. Dr. phil. Anne-Kathrin Cassier-Woidasky
Hochschule für Technik und Wirtschaft
des Saarlandes
Fakultät für Sozialwissenschaften
Malstatter Straße 17
66117 Saarbrücken
Telefon: 0681 586 7644
E-Mail: a.cassier-woidasky@htwsaar.de

Kommentar der DGNI zum Referentenentwurf zum KHTFV

Sehr geehrter Herr Professor Lauterbach,
sehr geehrter Herr Weller
sehr geehrte Damen und Herren,

gerne nehmen wir Stellung zum Referentenentwurf des
Bundesministeriums für Gesundheit „Verordnung zur Verwaltung des
Transformationsfonds im Krankenhausbereich.

(Krankenhaustransformationsfonds-Verordnung – KHTFV).

Ihre Begründung für eine derart kurze Anhörungsfrist von nur wenigen
Tagen in Ihrem Begleitschreiben ist ungenügend. Es besteht der
begründete Verdacht, dass diese Verordnung aus politischen Gründen
unbedingt noch in dieser verkürzten Legislaturperiode finalisiert werden
soll und Kommentare von Fachgesellschaften im Grunde nicht
erwünscht sind.

Wir nutzen die Gelegenheit dennoch um die für die Neuro-
Intensivmedizin und Neuro-Notfallmedizin relevanten Punkte
anzumerken.

* Mit „Patient“ sind Patientinnen und Patienten gemeint.

Ziel der Verordnung ist es laut Text, die zu erwartende Reduktion der Krankenhauskapazitäten für Klinikträger finanziell abzufedern und Synergien bzw. Netzwerke zu fördern. Ersteres beinhaltet auch Rückbaumaßnahmen von Kliniken - nicht nur personaltechnisch sondern auch baulich. Letzteres zielt insbesondere auf Kooperationen zwischen Kliniken und Fern-Medizin (Telemedizin) ab. Wir sehen dies aus mehreren Gründen sehr kritisch.

1. Im Rahmen der neurologischen und neurochirurgischen Notfallmedizin bestehen bereits in fast allen Gebieten der Bundesrepublik Deutschland sehr gut funktionierende Netzwerke, insbesondere zur telemedizinischen Mitbetreuung von Notfallpatienten. Der zeitkritischste Notfall ist hierbei sicherlich der Schlaganfall. Die technischen Voraussetzungen für eine integrierte Versorgung dieser Erkrankungen sind bereits vorhanden. Das System beruht aber auf einer dichten Infrastruktur von Kliniken, auch kleineren Kliniken, in die diese Patienten* primär aufgenommen werden und primärbehandelt werden. Durch den Transformationsfonds in der geplanten Ausgestaltung wird der Rückbau von Abteilungen und Kliniken gefördert, insbesondere der kleineren Kliniken, die einen enorm wichtigen Beitrag bei dieser zeitkritischen Versorgung spielen. Dies trifft bei der zeitkritischen Versorgung von Patienten mit Schlaganfall unter anderem auf kleinere Kliniken zu, die die geforderten Strukturvoraussetzungen für Stroke Units nicht mehr erfüllen können.
2. Ähnliches gilt für die aufwendige intensivmedizinische Versorgung. Die Zahl der Intensivbetten ist heute schon begrenzt, temporäre Schließungen von Intensivbetten sind die Regel. Auch hier tragen kleinere Kliniken wesentlich zur einer guten Flächenversorgung bei. Der Anreiz, intensivmedizinische Betten oder auch ganze Intensivstationen zu schließen ist sehr hoch, insbesondere wenn dies mit einer Bundesförderung verbunden ist. Hier besteht unseres Erachtens sogar Potenzial für Klinikbetreiber, Kapital herauszuschlagen, resultierend in einer kritischen Kapazitätsverknappung.
3. Der Ausbau von Netzwerken und die Implementierung von telemedizinischen Strukturen soll gefördert werden. Im vor kurzem vorgelegten Entwurf zur Reform des Notfallwesens war allerdings genau das Gegenteil zu lesen. Telemedizinische Mitversorgung spielt dort nur eine Nebenrolle. Im Gegenteil sollen die Voraussetzungen an die Qualifikation des Personals für das Betreiben einer Notaufnahme verschärft werden. Hier ist keine politische Konsequenz zu erkennen.

4. Im Rahmen der telemedizinischen Versorgung soll auch Telechirurgie über robotische Systeme gefördert werden. Es wurde kürzlich erst gezeigt, dass dies über eine längere Distanz technisch möglich ist. Allerdings müssen die Autoren mit allem Nachdruck darauf hingewiesen werden, dass diese Technik ursprünglich mit dem Gedanken einer (zum Beispiel neurochirurgischen) Spezialversorgung im Lazarettbetrieb in Kriegsgebieten erdacht wurde. Gerade in diesen medizinischen Spezialgebieten ist sie jedoch nicht brauchbar. Diese Techniken können auf absehbare Zeit eine vor-Ort-Medizin nicht ersetzen. Es darf kein Anreiz für eine Implementierung durch staatliche Förderungen gesetzt werden. Hierin liegt die Gefahr, dass durch Klinikbetreiber medienwirksam eine technische Ausstattung beschafft wird, die im Wesentlichen unbrauchbar ist und durch das Setzen falscher Schwerpunkte in der Folge zu einer Verschlechterung der Versorgung und Gefährdung von Patienten führt.

Während formal bezüglich des Antragswesens von medizinischer Seite mangels Kenntnis der erforderlichen Schritte keine Stellungnahme abgegeben werden kann, ist der Entwurf inhaltlich im Hinblick auf die förderungswürdigen Maßnahmen mangelhaft. Wir sehen durch die offensichtlich gewünschte Umsetzung ganz klar die Versorgung von neurologischen und neurochirurgischen Notfallpatienten gefährdet.

Offensichtlich ist es politischer Wille, dieses Folgeprodukt des Krankenhausversorgungsverbesserungsgesetzes in dieser verkürzten Legislaturperiode noch „durchzuquetschen“. Während die Versorgung von neurologischen und neurochirurgischen Notfallpatienten zeitkritisch ist, ist es diese Verordnung definitiv nicht. Außerdem besteht für mich persönlich der Verdacht, dass man in der nächsten Legislatur andere Schwerpunkte vermutet/projiziert, was eine Missachtung der demokratischen Vorgänge bedeutet.

Mit freundlichen kollegialen Grüßen



Prof. Dr. Thomas Westermaier
Präsident der DGNI