

## Stellungnahme der DGIIN

Per eMail: Fri, 08 May 2015 14:41:17 +0200

Sehr geehrte Damen und Herren,

Die Deutsche Gesellschaft für Internistische Intensivmedizin und Notfallmedizin (DGIIN) begrüßt die in dem Gesetzentwurf vorgesehene bessere Finanzierung der Notfallmedizin durch Zuschläge bzw. Sicherstellungszuschläge. Auch begrüßen wir es, wenn die Versorgung von ambulanten und stationären medizinischen Notfällen in Krankenhäusern als ein Teil der Daseinsvorsorge betrachtet wird, auf Länderebene koordiniert wird und die entsprechenden Investitionskosten auch von den Ländern in notwendigem Umfang bereitgestellt werden müssen. Wie in dem Gesetzentwurf vorgesehen, müssen die medizinischen Fachgesellschaften in die konkrete Ausarbeitung eines gestuften Systems von Notfallstrukturen in Krankenhäusern jedoch einbezogen werden. Die in der Deutschen Interdisziplinären Vereinigung Interdisziplinäre Intensiv- und Notfallmedizin (DIVI) zusammengeschlossenen Fachgesellschaften, zu denen auch die DGIIN gehört, sowie die Deutsche Gesellschaft Interdisziplinäre Notfall- und Akutmedizin (DGINA) unterstützen gemeinsam ein aktuelles Positionspapier, in dem ein solches Konzept aufgezeigt wird:

Riessen R, Gries A, Seekamp A et al. (2015) Positionspapier für eine Reform der medizinischen Notfallversorgung in deutschen Notaufnahmen. Notfall Rettungsmed 10.1007/s10049-015-0013-0, Epub ahead of print <http://link.springer.com/article/10.1007/s10049-015-0013-0>

Folgende Kritikpunkte an dem Gesetzentwurf sind jedoch noch zu nennen.

1. Der Ausnahmenkatalog darf auf keinen Fall hinter die Ausnahmetatbestände des § 4 Abs. 2a Satz 3 KHEntgG zurückfallen. Eine von den Krankenhäusern in der Regel nicht zu verantwortende Fallzahlsteigerung im Bereich der ambulanten und stationären Notfälle muss in dem zu entwickelnden System durch Anpassung der jeweiligen Zuschläge an die Fallzahlen bzw. die dafür benötigten Vorhaltekosten abgedeckt werden.

Leistungsbereiche mit echten Notfällen können durch eine Kombination verschiedener Kriterien (Zeitdauer zwischen Aufnahme und Erstbehandlung, Uhrzeit bei Aufnahme, Notfallkodierung) vergleichsweise gut abgrenzen werden. In diesem schwer steuerbaren, stark von Vorhaltung und Auslastungsschwankungen geprägten Bereich kann bei Mehrleistungen nicht in gleicher Weise von Effizienzsteigerungen ausgegangen wie in reinen Elektivbereichen.

2. Auf Seite 73 wird ausgeführt, "dass zusätzliches Pflegepersonal auf Intensivstationen durch das Programm nicht gefördert werden soll, weil Intensivstationen in der Vergangenheit von zusätzlichen

Stellen profitiert haben." Diese Einschränkung halten wir für falsch, da in vielen deutschen Krankenhäusern die empfohlene Pflege:Patientenrelation von 1:2 bei Intensivpatienten nicht vorgehalten wird und dies allgemein zu Qualitätseinschränkungen in der Patientenversorgung führt (siehe [http://www.divi.de/images/Dokumente/Empfehlungen/Strukturempfehlungen/2011\\_StrukturempfehlungLangversion.pdf](http://www.divi.de/images/Dokumente/Empfehlungen/Strukturempfehlungen/2011_StrukturempfehlungLangversion.pdf) und

Isfort M: Einfluss der Personalausstattung auf Pflege und Patientenversorgung in deutschen Intensivstationen. Med Klin - Intensivmed Notfallmedizin 2013, 108:71–77). Von besonderer Bedeutung ist dies allerdings auch angesichts der Zunahme von multiresistenten Bakterien auf deutschen Intensivstationen. Zur Prävention und Therapie solcher Infektionen ist eine angemessene Personalausstattung auf Intensivstationen unbedingt erforderlich.

Mit freundlichen Grüßen

Prof. Dr. Reimer Riessen

Präsident-elect der DGIIN