

## Stellungnahme der Deutschen Gesellschaft interdisziplinäre Notfall- und Akutmedizin e.V. (DGINA) zum Entwurf der Bundesregierung für ein Gesetz zur Reform der Strukturen der Krankenhausversorgung (Krankenhaus-Strukturgesetz – KHSG)

Die Deutsche Gesellschaft interdisziplinäre Notfall- und Akutmedizin e.V. (DGINA) begrüßt die im Entwurf eines Gesetzes zur Reform der Strukturen der Krankenhausversorgung enthaltenen Neuregelungen zur Notfallversorgung. Die zentrale Rolle der Krankenhausversorgung als Element der Daseinsvorsorge und die Implementierung von Qualität als Grundvoraussetzung für Kostenerstattung, die in diesem Gesetzesentwurf erreicht werden soll, sind auch nach Auffassung der DGINA Kernelemente für eine zukunftsfähige Gesundheitsversorgung - auch für medizinische Notfälle. Es muss nach Auffassung der DGINA das Ziel sein, auch die Notfallversorgung durch umfassende gesetzliche Regelungen und eine kostendeckende Vergütung langfristig und nachhaltig sicherzustellen. Bezüglich der Notfallversorgung wird der vorliegende Entwurf aber der Versorgungsrealität in deutschen Krankenhäusern nicht ausreichend gerecht und steht deutlich hinter den Ankündigungen des Koalitionsvertrages zurück. Insbesondere die Ankündigungen des Koalitionsvertrages der Regierungsparteien vom 16. Dezember 2013, worin der hohe Stellenwert der Krankenhäuser für die Sicherstellung auch der ambulanten Notfallversorgung anerkannt wurde und eine Anpassung der gesetzlichen Rahmenbedingungen, einschließlich der Vergütung, vorgesehen war, sind nun weder im vorliegenden Gesetzesentwurf (KHSG) noch im Entwurf zum Versorgungsstärkungsgesetz (GKV-VSG) hinreichend umgesetzt.

Vor dem Hintergrund der Ankündigungen des Koalitionsvertrages hat die Deutsche Krankenhausgesellschaft (DKG) in Kooperation mit der DGINA im Februar 2015 ein Gutachten vorgestellt, das den Stellenwert der Krankenhäuser für die Versorgung und die Behandlungskosten in den Krankenhäusern untersucht hat. Das „Gutachten zur ambulanten Notfallversorgung im Krankenhaus - Fallkostenkalkulation und Strukturanalyse“<sup>1</sup> schafft umfassende Transparenz über die Situation der Krankenhäuser und bietet somit einen grundlegenden Beitrag für eine nachhaltige Weiterentwicklung der sektorübergreifenden Notfallversorgung. Auf Grundlage der Ergebnisse des Gutachtens stellen wir fest:

- Von den jährlich mehr als 20 Millionen in Notaufnahmen behandelten Notfallpatienten müssen rund 40 Prozent stationär versorgt werden. Die aus bislang ungedeckten Vorhaltekosten resultierende defizitäre Vergütung der stationären Notfallversorgung könnte mit der in diesem Entwurf geplanten Einführung von **stufenbasierten Zuschlägen zur Notfallversorgung** abgewendet werden und wird daher von der DGINA ausdrücklich begrüßt. Voraussetzung dafür ist allerdings, dass die Zuschläge auch zu einer Deckung der realen Kosten führen. Bei der Definition der Versorgungsstufen und Höhe der Zuschläge sollten daher die medizinischen Fachgesellschaften eingebunden werden.
- Etwa weitere 40 Prozent der Patienten einer Notaufnahme können zwar nach einer ambulanten Behandlung in der Notaufnahme sofort entlassen werden, jedoch bildet die krankenhausspezifische Leistungserbringung hierfür die Voraussetzung. Insofern ist der Begriff „ambulant“ in diesem Zusammenhang

---

<sup>1</sup> Haas, C., Larbig, M., Schöpke, T. et al. Gutachten zur ambulanten Notfallversorgung im Krankenhaus - Fallkostenkalkulation und Strukturanalyse. 17.02.2015; [www.dkgev.de](http://www.dkgev.de)

irreführend, wenn damit die Gleichsetzung mit einer in einer kassenärztlichen Praxis zu erbringenden Leistung impliziert wird. Die Gleichstellung dieser Leistungen mit vertragsärztlichen, ambulanten Leistungen hinsichtlich der Vergütung ist weder gerechtfertigt noch kostendeckend. Denn dazu zählen Leistungen, die im Notfall weder in einer Arztpraxis noch in einer KV-Bereitschaftspraxis unverzüglich erbracht werden könnten – wie beispielsweise Röntgen-, CT- oder Laboruntersuchungen sowie weitere fachspezifische und fachübergreifende Behandlungen etwa durch Unfallchirurgen, Gynäkologen oder Augenärzte. Zu dieser Gruppe gehören auch die Patienten, die mit dem Rettungsdienst ins Krankenhaus gebracht werden und dank der qualitativ hochwertigen und aufwendigen Behandlungen in den Notaufnahmen abschließend behandelt werden können und nicht vollstationär aufgenommen werden müssen. Die erwartete Regelung zur Kostendeckung dieser Behandlungen ist weder im GKV-VSG noch im vorliegenden Entwurf zum KHSG vorgesehen, was die Qualität und die nachhaltige Weiterentwicklung der Notfallversorgung in hohem Maße gefährdet. Zudem wird ein Fehlanreiz gesetzt, vermehrt stationäre Aufnahmen zu indizieren, um eine Kostendeckung zu erreichen. Die DGINA unterstützt daher die Forderung der DKG zur **Einführung eines §115d SGB V (Notfallversorgung im Krankenhaus)**, die in der Stellungnahme der DKG vom 17.03.2015 zum GKV-VSG formuliert wurde.<sup>2</sup> Sollte es nicht zu der Einführung dieses Paragraphen kommen, bedarf es entsprechend der höchstrichterlichen Rechtsprechung (B 6 KA 5 12 R und B 3 KR 34 12 R) einer gesetzlichen Regelung, welche Notfalleleistungen von Krankenhäusern zukünftig als „ambulant“ und welche als „stationär“ zu deklarieren sind. An diesbezüglichen Definitionen sollten die relevanten Fachgesellschaften beteiligt werden.

- Lediglich 20 Prozent der Patienten in Notaufnahmen – also jeder Fünfte – könnte auch ambulant in einer Arztpraxis behandelt werden. Diese Möglichkeit ist aber nachts und an Wochenenden nicht überall oder nicht durchgehend gegeben, wie aus dem Gutachten hervorgeht. Hier könnte zwar die Neuerung des GKV-VSG greifen, wonach die Kassenärztlichen Vereinigungen zukünftig im Rahmen der ambulanten Notfallversorgung mit den Krankenhäusern kooperieren sollen. Im Gegensatz zu den sonstigen detaillierten Qualitätsvorgaben des vorliegenden Entwurfes zum KHSG wurden der Umfang, der Inhalt und die Qualitätsvorgaben dieser geplanten Kooperationen aber nicht ausformuliert. Dies sollte im Rahmen der **sektorübergreifenden Qualitätssicherung** unbedingt noch erfolgen und entsprechend gesetzlich fixiert werden. An diesbezüglichen Qualitätsvorgaben müssen die medizinischen Fachgesellschaften, die Krankenhausgesellschaften, die Krankenkassen und die kassenärztlichen Vereinigungen beteiligt werden. Sollten Krankenhäuser dennoch zukünftig nicht von derartigen Behandlungsfällen entlastet werden können, muss auch für die Behandlungen dieser Patienten in Krankenhäusern eine Kostendeckung auf gesetzlicher Grundlage erfolgen. Hierzu müssen die Krankenhäuser an diesbezüglichen Budgetverhandlungen zwischen Kassenärztlichen Vereinigungen und Krankenkassen beteiligt werden.

Es wird ausgeführt, dass der G-BA eine Vorgabe zu der Frage beschließen sollte, für welche Leistungen die notwendige Vorhaltung für die Versorgung der Bevölkerung sicherzustellen ist, da nur hierfür **Sicherstellungszuschläge** vereinbart werden dürften. Dabei sei ein enger Maßstab anzuwenden und Vorhaltungen zu zahlen, die mit den DRG-Fallpauschalen nicht kostendeckend finanziert werden, aber zur Versorgung der Bevölkerung erforderlich seien. Hierunter fallen auch Notfalleleistungen, die allerdings auf Seite 110 des Entwurfes im Sinne

<sup>2</sup> Stellungnahme der Deutschen Krankenhausgesellschaft zum Entwurf der Bundesregierung für ein Gesetz zur Stärkung der Versorgung in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Versorgungsstärkungsgesetz – GKV-VSG); 17. März 2015; [www.dkgev.de](http://www.dkgev.de)

der rettungsdienstlichen Definition beschrieben werden, obwohl nur durchschnittlich ein Drittel aller Patienten einer Notaufnahme vom Rettungsdienst zugewiesen wird.<sup>3</sup> Hier möchte die DGINA korrigierend auf den publizierten Konsens der notfallmedizinischen Fachgesellschaften **Deutschlands, Österreichs und der Schweiz**<sup>4</sup> verweisen, nach dem folgende Definition des medizinischen Notfalls getroffen wurde:

*„Als medizinischer Notfall bzw. als Notfallpatienten werden alle Personen definiert, die körperliche oder psychische Veränderungen im Gesundheitszustand aufweisen, für welche der Patient selbst oder eine Drittperson unverzügliche medizinische und pflegerische Betreuung als notwendig erachtet.“* Eine gesetzliche Implementierung dieser Definition ist wünschenswert. Insbesondere Kriterien der Erreichbarkeit von Einrichtungen der Notfallversorgung müssen bei der Versorgungsplanung der Länder – ggf. unter Gewährung von Sicherstellungszuschlägen - Beachtung finden.

In Anbetracht der unzureichenden Regelungen zur ambulanten Notfallversorgung an Krankenhäusern begrüßt die DGINA, dass bezüglich der Maßnahmen zur Weiterentwicklung der Krankenhausversorgung eine zeitnahe Finanzierung geschaffen wird. Diese gelte für Mehrkosten, die aus Beschlüssen oder Richtlinien des G-BA resultieren und die noch nicht bei der DRG-Kalkulation und bei der Verhandlung der Landesbasisfallwerte berücksichtigt werden konnten – wie dies bei der ambulanten Notfallversorgung an Krankenhäusern der Fall ist – und geben die Möglichkeit zur Vereinbarung von **befristeten krankenspezifischen Zuschlägen**.

Auch die geplante Definition von **Qualitätsindikatoren** für Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität, sowie die Erprobung weiterer Verbesserungspotenziale im Rahmen von **Qualitätsverträgen** und die Sanktionierung von **Nichteinhaltung von Qualitätsvorgaben** wird von der DGINA begrüßt. Wir fordern allerdings, dass diese Maßnahmen auch explizit in der Notfallversorgung Anwendung finden sollen.

Die geplante Stärkung der unmittelbaren **pflegerischen Patientenversorgung** ist positiv zu bewerten. Allerdings darf sich diese Maßnahme nicht nur auf bettenführende Stationen beziehen, sondern muss auch für alle Notaufnahmen von Krankenhäusern gelten, die zukünftig an der Notfallversorgung teilnehmen. Zwar verfügen nur rund 60% der Notaufnahmen über bettenführende Bereiche<sup>5</sup>, jedoch zählen Notaufnahmen generell zu den Bereichen der unmittelbaren Patientenversorgung und initiieren rund 50% der stationären Behandlungen.<sup>6</sup> Die pflegerische – wie auch die ärztliche - Personalausstattung ist aufgrund der bislang mangelhaften Finanzierung von Notfalleleistungen häufig als unzureichend zu bewerten<sup>7</sup>.

Mit dem KHSG soll eine **repräsentative Kalkulationsgrundlage** für die bundesweiten stationären Entgeltsysteme anstelle der heutigen freiwilligen Kalkulationsteilnahme aufgebaut werden. Dadurch kann eine bessere Datengrundlage geschaffen werden. Dabei empfiehlt die DGINA, dass im Rahmen dieser Reform auch die Voraussetzungen geschaffen werden, die Notfalleleistungen der Krankenhäuser kostenrechnerisch abzubilden und eine belastbare Datengrundlage zur Leistungsbewertung herzustellen. Hierzu sind die Schaffung einer Hauptkostenstelle „Notaufnahme“ in der InEK-Kalkulationsmatrix sowie die Schaffung eines Fachabteilungsschlüssels für die fachübergreifende Notfallversorgung in zentralen Notaufnahmen notwendig.

<sup>3</sup> Schöpke, T., Dodt, C., Brachmann, M. et al. Statusbericht aus deutschen Notaufnahmen – Ergebnisse der DGINA Mitgliederbefragung 2013. Notfall Rettungsmed 2014; 17:660–670

<sup>4</sup> Behringer, W., Buergi, U., Christ, M. et al. Fünf Thesen zur Weiterentwicklung der Notfallmedizin in Deutschland, Österreich und der Schweiz. Notfall Rettungsmed 2013; 16: 625-626.

<sup>5</sup> vgl. Schöpke, T., Dodt, C., Brachmann, M. et al. 2014

<sup>6</sup> vgl. Haas, C., Larbig, M., Schöpke, T. et al. 2015

<sup>7</sup> vgl. Schöpke, T., Dodt, C., Brachmann, M. et al. 2014

Die neue Bezeichnung „**Fixkostendegressionsabschlag**“ ist in Bezug auf die Notfallversorgung irreführend und ebenso unangemessen, wie die bisherige Anwendung des Mehrleistungsabschlags bei vollstationären Notfallbehandlungen. Das Aufkommen an Notfallpatienten ist niemals planbar und es ergeben sich auch keine mengenbezogenen Kostenvorteile in der Notfallversorgung. Stattdessen fallen in Krankenhäusern eher überproportionale Kostensteigerungen für Personalressourcen bei hohen Inanspruchnahmen der Notaufnahmen an.<sup>8</sup> Die Sachkosten sind dagegen vergleichsweise niedrig.<sup>9</sup> Daher sollten in der stationären Behandlung von Notfallpatienten Mehrleistungsabschläge (bzw. Fixkostendegressionsabschläge) niemals zur Anwendung kommen und diese Maßgabe entsprechend gesetzlich fixiert werden.

Zusammenfassend möchte die DGINA vor dem Hintergrund der Komplexität der Thematik und in Hinblick auf die noch unzureichende Abbildung der Notfallversorgung sowohl im Gesetzesentwurf zum GKV-VSG als auch im vorliegenden Gesetzesentwurf zum KHSG vorschlagen, zeitnah ein umfassendes, qualitätsorientiertes und nachhaltiges Konzept zur sektorübergreifenden Notfallversorgung in Deutschland zu erarbeiten. Die Notaufnahmen der Krankenhäuser stehen in Anbetracht der Fallzahlen und des Behandlungsumfangs im Mittelpunkt der Notfallversorgung, aber es müssen alle Interessenseigner – wie Rettungsdienste und Kassenärztliche Vereinigungen - bei der Konzepterstellung beteiligt werden. Ein erfolgversprechender Ansatz wäre eine Zentrumsbildung für die Notfallversorgung, die durch die in diesem Gesetzesentwurf geplante Stufenbildung gestützt würde und die sowohl aus dem geplanten **Strukturfond** sowie aus dem Innovationsfond nach §92a SGB V (GKV-VSG) teilfinanziert werden könnte. Vorschläge dazu wurden bereits unter Mitwirkung der DGINA und anderer medizinischer Fachgesellschaften Deutschlands publiziert<sup>10,11,12</sup> und sollen in den kommenden Monaten konkretisiert werden.

Berlin, den 12. Mai 2015

---

<sup>8</sup> Royal College of Emergency Medicine. Crowding in Emergency Departments. Revised June 2014; [www.rcem.ac.uk](http://www.rcem.ac.uk)

<sup>9</sup> vgl. Haas, C., Larbig, M., Schöpke, T. et al. 2015

<sup>10</sup> Beivers, A., Dodt, C. Ökonomische Aspekte der ländlichen Notfallversorgung. Notfall Rettungsmed 2014; 17:180–9

<sup>11</sup> Riessen, R., Gries, A., Seekamp, A. et al. Positionspapier für eine Reform der medizinischen Notfallversorgung in deutschen Notaufnahmen. Notfall Rettungsmed 2015. DOI 10.1007/s10049-015-0013-0

<sup>12</sup> Augurzky, B., Beivers, A., Straub, N. et al. Krankenhausplanung 2.0; 19.12.2014; [www.vdek.com](http://www.vdek.com)