

Stellungnahme der Deutschen Gesellschaft interdisziplinäre Notfall- und Akutmedizin
- DGINA e.V. zum

**Entwurf eines Gesetzes zur Verbesserung der Versorgungsqualität im
Krankenhaus und zur Reform der Vergütungsstrukturen**
(Krankenhausversorgungsverbesserungsgesetz – KHVVG)

Die **Deutsche Gesellschaft Interdisziplinäre Notfall- und Akutmedizin (DGINA)** befürwortet auch weiterhin die Initiative zur Reform der Krankenhausversorgung in Deutschland und hat daher den Kabinettsentwurf des Krankenhausversorgungsverbesserungsgesetzes (KHVVG) mit Interesse zur Kenntnis genommen.

Aus Sicht der DGINA ist insbesondere die Einführung der Leistungsgruppe Notfallmedizin zu begrüßen und unbedingt erforderlich. Die Notaufnahmen und Notfallkliniken an den Krankenhäusern sind Teil der Daseinsfürsorge und müssen flächendeckend 24/7 für eine Versorgung akut erkrankter und verletzter Menschen zur Verfügung stehen.

Hierzu ist eine an der Notfallversorgung ausgerichtete Krankenhausplanung und -finanzierung erforderlich, die den Vorhaltekosten für die Versorgungsnotwendigkeiten der Notfallpatienten Rechnung trägt. Durch die Einführung der Leistungsgruppe Notfallmedizin wird hierfür eine gesetzgeberische Grundlage geschaffen.

Die notfallmedizinischen Fachgesellschaften DGINA und DIVI haben im August 2024 Empfehlungen für die erforderliche Struktur und Ausstattung von Notaufnahmen der unterschiedlichen Versorgungsstufen veröffentlicht (<https://doi.org/10.1007/s10049-024-01380-9>).
(Anlage, Tabelle 1 „Strukturmatrix zur Mindestvorhaltung in Notaufnahmen“)

Diese Empfehlungen sehen als ärztliche Besetzung in der Basisnotfallversorgung nach G-BA eine ärztliche Leitung und deren Stellvertretung als Fachärztin/Facharzt mit Zusatzweiterbildung (ZWB) „Klinische Akut- und Notfallmedizin“ sowie Fachärzte mit ZWB oder in Weiterbildung zur ZWB in Anwesenheit von 8:00-17:00 Uhr (7 Tage/Woche) sowie im Rufdienst von 17:00-8:00 Uhr vor. In der erweiterten und umfassenden Notfallversorgung sind entsprechend höhere Anforderungen an das ärztliche Personal zu stellen. Die Fachgesellschaften fordern zudem auch einen Pflegeschlüssel für die Notfallpflegekräfte in der Notfallklinik.

Die personellen Anforderungen an die Basisstufe nach G-BA decken sich teilweise mit den Anforderungen in der Leistungsgruppe Notfallmedizin zu vorgesehenen Fachärzten.

Die DGINA empfiehlt, die Anforderungen an die Leistungsgruppe 65 im KHVVG wie folgt anzupassen:

Personelle Ausstattung - Qualifikation:

Von: FA Innere Medizin oder FA Chirurgie oder FA Anästhesiologie oder FA Neurologie FA Innere Medizin oder FA Chirurgie oder FA Anästhesiologie oder FA Neurologie jeweils mit ZWB Klinische Akut- und Notfallmedizin

Zu: FA in einem Fach der unmittelbaren Patientenversorgung in Weiterbildung zur ZWB Klinische Akut- und Notfallmedizin oder mit ZW Klinische Akut- und Notfallmedizin.

Personelle Ausstattung - Verfügbarkeit:

Von: Fünf FA, die zu mindestens 80% in der Notaufnahme tätig sind, mindestens Rufbereitschaftsdienst: täglich rund um die Uhr davon mindestens drei FA mit der ZW Klinische Akut- und Notfallmedizin.

Zu: Fünf FA mindestens in Weiterbildung zur ZW Klinische Akut- und Notfallmedizin, davon mindestens zwei FA mit ZW Klinische Akut- und Notfallmedizin, von 8:00-17:00 Anwesenheit und von 17:00-8:00 Rufdienst in der Notaufnahme.

Begründung:

- Die Erweiterung auf FÄ der unmittelbaren Patientenversorgung schließt auch FÄ für Allgemeinmedizin mit ein. Es gibt viele FÄ für Allgemeinmedizin, welche die ZWB Klinische Akut- und Notfallmedizin erworben haben bzw. in Weiterbildung hierzu sind und zum Teil auch Notaufnahmen leiten. Deren Ausschluss wäre weder inhaltlich noch aus Kapazitätsgründen vertretbar (Konsens mit Antrag Bundesrat).
- Fachärzte in Weiterbildung zur ZW Klinische Akut- und Notfallmedizin sind bereits hochqualifizierte Ärzte, die dauerhaft in Notaufnahmen tätig sind und auch an Rufdiensten teilnehmen können. FÄ in Weiterbildung zur ZWB sollten bei den fünf vorgesehenen Ärzten berücksichtigt werden
- da dies die Förderung der Weiterbildung in den Kliniken unterstützt (Konsens mit Antrag Bundesrat). Davon unbenommen müssen ärztliche Leitung und deren Stellvertretung einer Notaufnahme die ZWB besitzen.
- Die Vorgabe an alle FÄ, mindestens im Rufdienst zur Verfügung zu stehen und zu 80% in der Notaufnahme tätig zu sein, lässt aus Sicht der DGINA zu viel Interpretationsspielraum und sollte durch konkrete Dienstzeiten ersetzt werden.

Sonstige Struktur- und Prozesskriterien:

Von: Erfüllung der Voraussetzungen der Basisnotfallversorgung gemäß §§ 8ff der Bekanntmachung eines Beschlusses des G-BA über die Erstfassung der Regelungen zu einem gestuften System von Notfallstrukturen in Krankenhäusern gemäß § 136c Absatz 4 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch (SGB V vom 19. April 2018 (BAnz AT 18.05.2018 B4), der durch Beschluss vom 20. November 2020 (BAnz AT 24.12.2020 B2) geändert worden ist

Zu: Erfüllung der Vorgaben der jeweiligen Stufen gemäß der Bekanntmachung eines Beschlusses des G-BA über die Regelungen zu einem gestuften System von Notfallstrukturen in Krankenhäusern gemäß § 136c Absatz 4 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch (SGB V vom 19. April 2018 (BAnz AT 18.05.2018 B4), der durch Beschluss vom 20. November 2020 (BAnz AT 24.12.2020 B2) geändert worden ist in der jeweils aktuellen Form.

Begründung:

Über die Basisanforderungen in der Leistungsgruppe Notfallmedizin hinaus müssen Kliniken der erweiterten und umfassenden Notfallversorgung weitere personelle und strukturelle Anforderungen erfüllen. Da eine Stufung der Leistungsgruppe Notfallmedizin (analog zur Leistungsgruppe Intensivmedizin) nicht vorgesehen ist, kann durch die Aufnahme von G-BA Anforderungen für alle Stufen eine höhere Verbindlichkeit erreicht werden und auch eine Vorhaltefinanzierung hierüber angestrebt werden.

Zur Berechnung der Vorhaltungskosten:

- Die DGINA hält für die in der Leistungsgruppe Notfallmedizin abgebildeten personellen ärztlichen Basisanforderungen von fünf Fachärzten eine komplette Vorhaltungsfinanzierung ohne Fallbezug für erforderlich.
- **Fachabteilungsschlüssel Notfallmedizin:**
Zur Abbildung des Leistungsgeschehens in den Notaufnahmen und zu einer fallzahlabhängigen Berechnung von Kosten in der erweiterten und umfassenden Notfallversorgung ist die Einführung eines Fachabteilungsschlüssels Notfallmedizin erforderlich. Nur durch die Einführung des Fachabteilungsschlüssel Notfallmedizin lassen sich zukünftig valide Daten erheben, die eine fallzahlabhängige Kalkulation durch das INEK ermöglichen. Die aktuell erhobenen Daten (z.B. § 21 Datensatz) sind hierzu nicht geeignet. Die DGINA hat seit Jahren entsprechende Anträge an die Selbstverwaltungspartner gestellt. Diese wurden aus nicht transparenten Gründen nicht aufgegriffen oder umgesetzt.

Aus Sicht der DGINA muss die Einrichtung des Fachabteilungsschlüssels daher durch das BMG erfolgen.

- Die nach Überzeugung der Fachgesellschaften in der erweiterten und umfassenden Notfallversorgung erforderliche Struktur und Ausstattung umfasst zusätzliche **fallzahlabhängige** Assistenz- und Fachärzte sowie Pflegepersonen. Die Festlegung dieser Kriterien durch den G-BA wäre wünschenswert, wobei erforderliche Änderungen im Rahmen der Anpassung der Richtlinie zur Stufung der Notfallversorgung an Leistungsgruppen einschließlich der LG Notfallmedizin erfolgen können.