

Stellungnahme der Deutschen Gesellschaft interdisziplinäre Notfall- und Akutmedizin e.V. (DGINA) zum Entwurf für ein Gesetz zur Reform der Strukturen der Krankenhausversorgung (Krankenhausstrukturgesetz – KHSG) - BT-Drucksache 18/5372

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. Dazu ist es auch erforderlich, dass die Patienten in Notfallsituationen zentral gelegene Versorgungsstrukturen vorfinden – die idealerweise sektorübergreifend organisiert sein sollten – aber in jedem Fall risikoadjustiert an Krankenhäusern angesiedelt sein müssen. Doppelstrukturen sind aus wirtschaftlichen Gründen unbedingt zu vermeiden.

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.

1. 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 ambulante Notfallversorgung und deren Behandlungskosten** in Krankenhäusern untersucht hat. Das „Gutachten zur ambulanten Notfallversorgung im Krankenhaus - Fallkostenkalkulation und Strukturanalyse“¹ schafft umfassende Transparenz über die

¹ Haas, C., Larbig, M., Schöpke, T. et al. Gutachten zur ambulanten Notfallversorgung im Krankenhaus - Fallkostenkalkulation und Strukturanalyse. 17.02.2015; www.dkgev.de

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:

1.1. 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 stationären 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 in den stationären Bereichen führen. Vorhaltungen für Pandemien, Naturkatastrophen, Massenanfälle von Verletzten etc. müssen in diesbezüglichen Kalkulationen ebenfalls einfließen. Bei der Definition der Versorgungsstufen und Höhe der Zuschläge sollten die medizinischen Fachgesellschaften eingebunden werden.

1.2. 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 irreführend, wenn damit die Gleichsetzung mit einer in einer kassenärztlichen Praxis zu erbringenden Leistung impliziert wird. Auch die Gleichstellung dieser Leistungen mit vertragsärztlichen, ambulanten Leistungen hinsichtlich der Vergütung ist weder gerechtfertigt noch kostendeckend, denn aufgrund der rund-um-die-Uhr Vorhaltung und der krankenhausspezifischen Infrastrukturen sind diese Leistungen deutlich kostenintensiver als bei Erbringung in Arztpraxen zur Regelarbeitszeit. Außerdem zählen dazu 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, aufwendigen und zügigen Behandlungen in den Notaufnahmen abschließend behandelt werden können und nicht vollstationär aufgenommen werden müssen. Allein durch die ambulante Vergütung von rettungsdienstlich zugewiesenen Patienten entstehen durchschnittliche Fehlbeträge von rund 140 EUR pro Behandlungsfall, die sich jährlich auf ein Defizit von rund 500 Millionen Euro für

die Notfallkrankenhäuser Deutschlands summieren. Insgesamt belaufen sich die Fehlbeträge aller ambulanten Notfallbehandlungen an Krankenhäusern in Deutschland auf rund eine Milliarde Euro pro Jahr.

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 fordert daher die **gesetzliche Verankerung der Notfallversorgung am Krankenhaus mit Einführung einer spezifischen, kostendeckenden Finanzierung** auch für diejenigen Behandlungsfälle, die weder vollstationär behandelt werden müssen noch in Arztpraxen behandelt werden können. Folgenden Formulierungsvorschlag bieten wir an:

1.2.1. **Neuer § 115d SGB V (Notfallbehandlung im Krankenhaus)**

(1) Das Krankenhaus kann in Notfällen auch ohne Verordnung von Krankenhausbehandlung Versicherte ohne Unterkunft und Verpflegung behandeln, wenn

- a) eine ambulante Behandlung wegen Gefährdung von Gesundheit und Leben des Patienten nicht oder nicht rechtzeitig durchgeführt werden kann und in der Behandlung die besonderen Mittel des Krankenhauses zur Anwendung kommen, oder
- b) der Rettungsdienst, ein anderer Arzt oder ein anderes Krankenhaus die Notfallbehandlung im Krankenhaus begründet veranlasst.

(2) Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen und die Deutsche Krankenhausgesellschaft vereinbaren bis zum 31. Dezember 2015 einen Katalog von pauschalierenden Entgelten für die Notfallbehandlungen im Krankenhaus. Die Vertragsparteien nach Satz 1 können ihr DRG-Institut mit der Entwicklung und Kalkulation der Entgelte beauftragen. Für die Finanzierung der Aufgaben des DRG-Instituts gilt § 17d Absatz 5 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes entsprechend. Kommt eine Vereinbarung nach Satz 1 ganz oder teilweise nicht zu Stande, wird ihr Inhalt auf Antrag einer Vertragspartei durch die Schiedsstelle nach § 18a Absatz 6 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes festgesetzt.

(3) Die Leistungen der Krankenhäuser werden unmittelbar von den Krankenkassen vergütet. Die Krankenhäuser übermitteln den Krankenkassen

die Daten nach § 301, soweit dies für die Erfüllung der Aufgaben der Krankenkassen erforderlich ist.

1.2.2. **Ergänzung des § 39 SGB V Krankenhausbehandlung**

(1) Die Krankenhausbehandlung wird vollstationär, teilstationär, vor- und nachstationär (§ 115a), im Notfall (§115d) sowie ambulant (§ 115b) erbracht.

1.3. 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 zeitliche Umfang, Leistungsinhalte der Kooperationspartner und die Qualitätsvorgaben dieser geplanten Kooperationen aber nicht ausformuliert. Dies sollte im Rahmen der **sektorübergreifenden Qualitätssicherung** unbedingt auch im KHSG 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 ambulanten 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.

2. Die geplante Stärkung der unmittelbaren **pflegerischen Patientenversorgung** ist aus unserer Sicht 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 Bereiche², jedoch zählen Notaufnahmen generell zu den Bereichen der unmittelbaren Patientenversorgung und initiieren rund 50% der stationären Behandlungen.³ Die pflegerische – wie auch die

² Schöpke, T., Dodt, C., Brachmann, M. et al. Statusbericht aus deutschen Notaufnahmen. Notfall Rettungsmed 2014;17:660–670

³ Haas, C., Larbig, M., Schöpke, T. et al. Gutachten zur ambulanten Notfallversorgung im Krankenhaus - Fallkostenkalkulation und Strukturanalyse. 17.02.2015; www.dkgev.de

ärztliche - Personalausstattung ist aufgrund der bislang mangelhaften Finanzierung von Notfalleleistungen häufig als unzureichend zu bewerten⁴.

3. 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.

4. 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 zwar im Mittelpunkt der Notfallversorgung, aber es müssen alle Partner – 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^{5,6,7} und sollen in den kommenden Monaten konkretisiert werden.

Berlin, den 2. September 2015

⁴ Schöpke, T., Dodt, C., Brachmann, M. et. al. Statusbericht aus deutschen Notaufnahmen. Notfall Rettungsmed 2014;17:660–670

⁵ Beivers, A., Dodt, C. Ökonomische Aspekte der ländlichen Notfallversorgung. Notfall Rettungsmed 2014; 17:180–9

⁶ 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

⁷ Augurzky, B., Beivers, A., Straub, N. et al. Krankenhausplanung 2.0; 19.12.2014; www.vdek.com