

Bundesministerium für Gesundheit
Herrn Michael Weller
Leiter der Abteilung 2
Gesundheitsversorgung, Krankenversicherung,
Mauerstraße 29

10117 Berlin

216@bmg.bund.de

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 KHVVG

Sehr geehrte Damen und Herren,

vielen Dank für die Möglichkeit, uns als medizinische Fachgesellschaft zum aktuellen Referentenentwurf zum KHVVG äußern zu dürfen. Wir sehen als Deutsche Gesellschaft für NeuroIntensiv und Notfallmedizin (DGNI), deren Mitglieder Stamm sich weitgehend aus Neurologen und Neurochirurgen bildet, folgende Probleme und Ergänzungsbedarf.

Qualitätskriterien für die NRW Leistungsgruppen

In den Leistungsgruppen in NRW werden unterschiedliche Personalminima verlangt. Während etwa in der interventionellen Kardiologie und Herzchirurgie eine Mindestvoraussetzung von 5 Fachärzten für eine lückenlose ärztliche 24/7 Versorgung, wird für die meisten anderen Leistungsgruppen ein Personalminimum von 3 Fachärztinnen/Fachärzten gefordert. Dies sehen wir als nicht ausreichend an. Insbesondere in operativen Abteilungen mit hochfrequentem Einsatz im Bereitschaftsdienst (z.B. Neurochirurgie) ist davon auszugehen, dass eine derartige 24/7 Versorgung nicht genügen wird und in weiten Strecken nicht Arbeitszeitgesetzkonform ist. Dies muss geprüft und angepasst werden.

Grundsätzlich sehen wir durch die neue Gesetzeslage den Anreiz, dass durch Personalverdichtungen der wirtschaftliche Profit der Kliniken maximiert werden könnte. Es muss verbindlich geregelt werden, dass die Personalminima nicht leistungsgruppenübergreifend sein dürfen. Beispielhaft dürfen die Leistungsgruppen Stroke-Medizin und allgemeine Neurologie nicht auf den gleichen Personalstamm für eine 24/7 Versorgung zugreifen können. Gleiches gilt für die Leistungsgruppen allgemeine Neurochirurgie und Wirbelsäulenchirurgie.

Leistungsgruppe Notfallmedizin

Grundsätzlich ist eine Vorhaltung von 5 Fachärztinnen/Fachärzten für einen Präsenzdienst als absolutes Minimum zu verstehen. Die numerische Vorhaltung von Facharztzahlen ist allgemein nicht ganz plausibel, bringt unseres Erachtens nicht notwendigerweise einen Qualitätsgewinn gegenüber z.B. einem Präsenzdienst durch Ärztinnen/Ärzte in Weiterbildung mit einem Facharzt-Rufdienst.

Eine Vorhaltung von 3 Fachärzten mit der Zusatzweiterbildung Klinische Notfallmedizin kann in der aktuellen Realität allenfalls partiell durch Kliniken der Maximalversorgung gewährleistet werden. Die Zahl von fachärztlichen Kollegen mit dieser ZWB ist nicht groß genug um diese, übrigens auch nicht wissenschaftlich belegbare, Zahl gesetzlich zeitnah verpflichtend zu machen. Es ist zu erwarten, dass hierdurch die Notfallversorgung von zahlreichen Kliniken zukünftig nicht mehr gewährleistet bzw. angeboten werden kann, was zu einer erheblichen Arbeitsverdichtung in den verbleibenden Kliniken, bei dort ebenfalls nicht vorhandenen Personal für Fallzahlsteigerungen in der zu erwartenden Größe. Diesbezüglich stimmen wir mit den Stellungnahmen anderer intensiv- und notfallmedizinischer Fachgesellschaften überein (DGIIN und DIVI).

Ärztliche Personalbemessung

Der Gesetzesentwurf berücksichtigt nicht den Personalbedarf in der Krankenhausmedizin. In der Praxis wird der Personalbedarf ohne Personalbemessungssystem ermittelt. Ein derartiges Personalbemessungssystem existiert aber inzwischen in Form des Ärztlichen Personalbemessungssystems der Bundesärztekammer (ÄPS-BÄK). Wir plädieren dringend dafür, dieses Bemessungssystem im Gesetzestext zu verankern und für die Personalbemessung verpflichtend zu machen.

Strukturprobleme durch Reduktion von Krankenhausbetten

Die mit dem KHVVG ins Kalkül gezogene Reduktion der stationären Betten sehen wir mit Sorge. Eine zunehmende Zahl der Krankenhausbetten ist belegt durch alte Patienten, deren

soziales Umfeld eine häusliche Pflege nicht mehr gewährleisten kann. Das KHVVG bietet hier keine Lösung, sondern droht, dieses Problem noch zu verschärfen. Dies wiederum führt unweigerlich dazu, dass der Turnover der restlichen Patienten noch höher werden muss. Es werden Lösungen im größeren sozialen Kontext nötig sein um hier Abhilfe zu schaffen (Verpflichtung der Angehörigen zur Pflege, ggf. Beteiligung an den Kosten der Akutkrankenhausbehandlung, massive Ausweitung der Pflegekapazitäten, etc.)

Neurologische Frührehabilitation

Wir dürfen hierzu auf die gemeinsame Erklärung unserer Fachgesellschaft mit der Deutschen Gesellschaft für Neurorehabilitation (DGNR) verweisen. Sollte die neurologische Frührehabilitation laut Leistungsgruppe 26.3 (nach Krankenhausplan NRW) an die Intensivmedizin und die damit verbundenen Vorgaben gekoppelt werden, ist die Reduktion von ohnehin schon sehr knappen Kapazitäten die zwangsläufig die Folge und wird die unter dem vorherigen Punkt beschriebenen Probleme einer Verknappung von Krankenhausbetten weiter verstärken.

Durch die beiden letzten Punkte droht aus unserer Sicht eine Überlastung der Akutkliniken, weil die Patientinnen und Patienten deren Diagnostik und Behandlung in der Akutklinik beendet ist, noch schlechter weiterverlegt bzw. entlassen werden können. Es werden daraus „Langlieger“ ohne Behandlungsauftrag resultieren.

Für die Berücksichtigung der Vorschläge unserer Fachgesellschaft sind wir dankbar, die sich mit denen anderer medizinischer Fachgesellschaften decken oder überschneiden. Für Rückfragen stehe ich jederzeit zur Verfügung.

Mit freundlichen kollegialen Grüßen



Prof. Dr. Thomas Westermaier
Präsident der DGNI