

Vorschlag der Deutschen Gesellschaft interdisziplinäre Notfall- und Akutmedizin -
DGINA e.V. zur

Leistungsgruppe Notfallmedizin

Vorhaltekosten der Zentralen Notaufnahmen vor dem Hintergrund der Einführung einer Leistungsgruppe Notfallmedizin

Die DGINA hat sich in einer Pressemitteilung vom 28. Juni 2023 für die Einführung der Leistungsgruppe Notfallmedizin eingesetzt, um die ärztliche und pflegerische Behandlung dieser Patientinnen und Patienten in der Krankenhausplanungs- und -vergütungssystematik abzubilden. Erfreulicherweise ist die Leistungsgruppe Notfallmedizin auch weiterhin als eine von fünf Leistungsgruppen benannt, die zusätzlich zu den Nordrhein-Westfälischen Leistungsgruppen abgebildet werden soll. Die DGINA hat nun auf der Basis der Leistungsgruppen des Landes NRW einen Vorschlag zu der erforderlichen ärztlichen und pflegerischen Vorhaltung sowie zur Vorhaltung von Geräten in den verschiedenen Stufen der Notfallversorgung erstellt (Anhang).

Der Vorschlag berücksichtigt im Besonderen den hohen Anspruch an die Patientensicherheit und einen ressourcenschonenden, sektorenunabhängigen Ansatz der Notfallversorgung. Damit dies gewährleistet ist, ist es zwingend notwendig, dass die Mittel zur Vorhaltung zweckgebunden in den zentralen Notaufnahmen eingesetzt werden und die Struktur- und Personalvorgaben überprüfbar sind.

Der folgende Vorschlag zur Ermittlung von Vorhaltekosten für die Leistungsgruppe Notfallmedizin basiert auf den Strukturvorgaben (Strukturqualität) und Personalvorgaben für die Notfallmedizin mit einem fallzahlenbasierten Ansatz. Aufgrund des fehlenden Fachabteilungsschlüssels für die Notfallmedizin schlägt die DGINA vor, für eine Übergangszeit die medianen Patientenzahlen in den G-BA Stufen „Basis“, „erweiterte“ und „umfassende“ Notfallversorgung für eine Kalkulation in einem Vollkostenansatz heranzuziehen. Zur Ermittlung der Patientenzahlen wurden die in *Tabelle 1* (Anhang) dargestellten Daten aus wissenschaftlichen Umfragen herangezogen. Im Median werden pro Jahr etwa 20.000 Patient:innen in Häusern der Basisstufe, ca. 29.000 Patient:innen in der erweiterten und ca. 39.000 Patient:innen in der umfassenden Notfallstufe behandelt.

Sektorenunabhängige Vorhaltung

Grundsätzlich ist die DGINA der Ansicht, dass für die Vorhaltung keine Trennung zwischen ambulant und stationär verbleibenden Patient:innen vorgenommen werden sollte. Daher erfolgt die Kalkulation primär für alle Notfälle unabhängig von deren Verbleib. Es werden die gesamten Kosten für ärztliches und nicht-ärztliches Personal sowie für die medizinische Infrastruktur einer Zentralen Notaufnahme berücksichtigt. Fallabhängige Kosten für Verbrauchsmaterial oder Medikamente sind nicht enthalten. Auch die Kosten für sonstige Diagnostik- oder Versorgungsleistungen außerhalb der ZNA (Fachkonsile, Labordiagnostik, Röntgendiagnostik) sind nicht abgebildet. Die Vorhaltungskosten pro Haus, unterteilt nach Stufung, und die Vorhaltekosten bundesweit auf Basis der Anzahl der Notfallkrankenhäuser pro Stufe sind in *Tabelle 2* (Anhang) angegeben. Die Gesamtkosten für die Leistungsgruppe Notfallmedizin betragen hiernach ca. 4,4 Mrd. € pro Jahr.

Vorhaltung nur für den stationären Anteil der Notfallversorgung

Ungefähr 60% der Patientinnen und Patienten einer zentralen Notaufnahme werden nicht stationär aufgenommen.⁵ Eine Trennung der personellen Vorhaltekosten in „ambulant“ und „stationär“ ist aus Sicht der DGINA nicht sinnvoll. Die Versorgung in den Notaufnahmen richtet sich nach Symptom, Dringlichkeit und Risiko, nicht nach Abrechnungszuordnungen.

Sollte es keine gemeinsame Lösung für ambulante und stationäre Patient:innen in der Vorhaltekostenfinanzierung geben, hat die DGINA den stationären Kostenanteil an den Gesamtkosten kalkuliert. Hierfür wurden die fallzahlbasierten Kosten um den Anteil der ambulanten Fälle (62%) korrigiert. Die Kosten für die verbleibenden 38% stationärer Notfälle sind jedoch deutlich höher als in der Mischpopulation aus ambulanten und stationären Fällen. In einer Pilotstudie hat die DGINA zeigen können, dass die Kosten für die stationäre Notfallbehandlung doppelt so hoch sind, wie für ambulante Fälle.⁴ Dieser Faktor wurde gegengerechnet.

In Summe ergeben die Reduktion der ambulanten Fälle und die kostenintensivere Behandlung der stationären Notfälle in der ZNA ein Absenken der Kosten auf 73% des Ursprungswertes.

In *Tabelle 3* (Anhang) werden die Vorhaltekosten für dieses Szenario dargestellt, die sich auf 3,2 Mrd. € belaufen.

Quellen:

[1] J DGINA Vorschlag zu der erforderlichen ärztlichen und pflegerischen Vorhaltung sowie zur Vorhaltung von Geräten in den verschiedenen Stufen der Notfallversorgung (Anlage 1)

[2] Marburger Bund VKA <https://www.marburger-bund.de/sites/default/files/tarifvertraege/2023-06/23-05-23%20Entgelttabellen.pdf>

[3] TVÖD-B 2024, Mischkalkulation aus Notfallpflege, Gesundheits- und Krankenpflege, Pflegehelfer, MFA, Notfallsanitäter

[4] DGINA Pilotstudie zum "Gutachten zur ambulanten Notfallversorgung im Krankenhaus - Fallkostenkalkulation und Strukturanalyse" der DKG, Vortrag auf der DGINA Jahrestagung 2013, Hamburg (T. Schöpke)

[5] Haas, C, Larbig, M, Schöpke, T, Lübke-Naberhaus, K, Schmidt, C, Brachmann M und C Dodt 2015: Gutachten zur ambulanten Notfallversorgung im Krankenhaus - Fallkostenkalkulation und Strukturanalyse, erstellt im Auftrag der Deutschen Krankenhausgesellschaft, 02/2015, abrufbar unter www.dkgev.de

[6] Hüfner A, Dodt C, et al; Overcrowding in deutschen Notaufnahmen – eine Flashmobumfrage zur Punkprävalenz; Posterpräsentation DGINA Jahrestagung 2022

[7] Pin M, Hüfner A, et al; Notfallkrankenhäuser - Massive Belastungssituationen Dtsch Arztebl 2022; 119 (33): A 1392–3

[8] Dormann P et al; Befragung zur IST-Situation der pflegerischen Personalbesetzung innerhalb deutscher Abteilungen für Notfallmedizin, 3.8.-25.8.2023 - in Publikation

Anhang:

Table 1: Berechnungsgrundlage **Patientenzahlen** (Median)

GBA-Stufe	Umfrage	Mittelwert	N	Abweichung	Median
Basis	Flashmob/Crowding [6]	24.314	18	10.293	20.903
	Blitzumfrage - DGINA [7]	17.373	116	7.430	17.000
	Pflegepersonalbesetzung [8]	30.060	84	24.167	24.000
	Insgesamt	22.834	218	17.238	19.739
Erweitert	Flashmob/Crowding [6]	32.587	43	13.704	30.041
	Blitzumfrage - DGINA [7]	28.817	144	12.926	25.000
	Pflegepersonalbesetzung [8]	33.904	135	23.590	30.000
	Insgesamt	31.453	322	18.361	28.598
Umfassend	Flashmob/Crowding [6]	41.152	50	11.594	38.050
	Blitzumfrage - DGINA [7]	36.819	90	12.300	35.933
	Pflegepersonalbesetzung [8]	48.876	97	28.088	44.000
	Insgesamt	42.668	237	20.862	38.800

[6] Hüfner A, Dodt C, et al; Overcrowding in deutschen Notaufnahmen – eine Flashmobumfrage, 2022,

[7] Pin M, Hüfner A, et al; Notfallkrankenhäuser - Massive Belastungssituationen 2022, [8] Dormann P et al; Befragung zur IST-Situation der pflegerischen Personalbesetzung, 2023

Table 2: Betriebskostenkalkulation Zentraler Notaufnahmen in der Leistungsgruppe Notfallmedizin über **alle** Patientengruppen

Stufe	Basis	Erweitert	Umfassend
ZNA			
Median Patientenkontakte	19.739	28.598	38.800
Kosten Ärztliches Personal	€ 1.527.463	€ 2.694.256	€ 3.802.166
Kosten Pflegerisches Personal	€ 988.360	€ 1.476.848	€ 2.081.603
Kosten administratives Personal	€ 86.140	€ 150.745	€ 258.420
Kosten Medizinische Infrastruktur	€ 209.652	€ 347.592	€ 490.314
Summe Kosten ZNA	€ 2.811.615	€ 4.669.441	€ 6.632.502
Beobachtungsstation			
Plätze	0	6	6
Kosten Ärztliches Personal		€ 125.528	€ 125.528
Kosten Pflegerisches Personal*		€ 499.585	€ 499.585
Kosten Medizinische Infrastruktur		€ 52.093	€ 52.093
Summe Kosten Beobachtungsstation	€ -	€ 677.206	€ 677.206
Kosten gesamt (ZNA + Beobachtung)	€ 2.811.615	€ 5.346.647	€ 7.309.708

Stufe	Basis	Erweitert	Umfassend
Anzahl Krankenhausstandorte	631	265	166
Kosten ZNA pro Standort	€ 2.811.615	€ 4.669.441	€ 6.632.502
Kosten Beobachtungsstation pro Standort	€ -	€ 677.206	€ 677.206
Summe Kosten pro Standort	€ 2.811.615	€ 5.346.647	€ 7.309.708
Summe Kosten pro Stufe in LG Notfallmedizin	€ 1.774.128.951	€ 1.416.861.336	€ 1.213.411.509
Summe Kosten LG Notfallmedizin	€	€	4.404.401.795

Tabelle 3: Betriebskostenkalkulation Zentraler Notaufnahmen in der Leistungsgruppe Notfallmedizin nur für **stationäre** Notfälle

Stufe	Basis	Erweitert	Umfassend
ZNA			
Median Patientenkontakte (ambulant + stationär)	19.739	28.598	38.800
Kosten Ärztliches Personal (stationärer Anteil)	€ 1.116.223	€ 1.968.880	€ 2.778.506
Kosten Pflegerisches Personal (stationärer Anteil)	€ 722.263	€ 1.079.235	€ 1.521.171
Kosten administratives Personal (stationärer Anteil)	€ 62.948	€ 110.160	€ 188.845
Kosten Medizinische Infrastruktur (stationärer Anteil)	€ 111.959	€ 185.622	€ 261.839
Summe Kosten ZNA	€ 2.013.394	€ 3.343.897	€ 4.750.362
Beobachtungsstation			
Plätze	0	6	6
Kosten Ärztliches Personal		€ 125.528	€ 125.528
Kosten Pflegerisches Personal*		€ 499.585	€ 499.585
Kosten Medizinische Infrastruktur		€ 52.093	€ 52.093
Summe Kosten Beobachtungsstation	€ -	€ 677.206	€ 677.206
Kosten gesamt (ZNA + Beobachtung)	€ 2.013.394	€ 4.021.102	€ 5.427.567

Stufe	Basis	Erweitert	Umfassend
Anzahl Krankenhausstandorte	631	265	166
Kosten ZNA pro Standort	€ 2.013.394	€ 3.343.897	€ 4.750.362
Kosten Beobachtungsstation pro Standort	€ -	€ 677.206	€ 677.206
Summe Kosten pro Standort	€ 2.013.394	€ 4.021.102	€ 5.427.567
Summe Kosten pro Stufe in LG Notfallmedizin	€ 1.270.451.308	€ 1.065.592.077	€ 900.976.134
Summe Kosten LG Notfallmedizin	€	€	3.237.019.519

Anmerkungen zu den Kalkulationen

Aktuell ist nicht geplant, die Struktur der dualen Krankenhausfinanzierung durch die Reform aufzuheben. Aus diesem Grund werden in der Vorhaltekostenkalkulation nur die Betriebskosten und nicht die Investitionskosten berechnet. Von der Kalkulation unberührt sind die Vorhaltungen und Kosten anderer Krankenhausbereiche, die auch in die Notfallversorgung eingebunden sind (andere Fachbereiche, OP-Bereitschaft, Labor, usw.). Nicht erfasst sind zudem die Kosten der pädiatrischen Notfallversorgung von Kinderkliniken oder von Krankenhäusern, in denen die Versorgung von Kindernotfällen nicht in der ZNA sondern in speziellen Kindernotaufnahmen stattfindet. Außerdem nicht inkludiert sind Arzneimittel und Sprechstundenbedarfe. Die Versorgung von Patient:innen der gesetzlichen Unfallversicherungen sowie privatversicherte und selbstzahlende Patient:innen soll weiterhin nach den jeweils geltenden Katalogen (GOÄ, BG-GOÄ, DKG-NT) abgerechnet werden. Werden die Betriebskosten nur für stationäre Notfälle abgebildet, bleibt die Abrechnung ambulanter KV Notfallpatientinnen und -patienten über den EBM bestehen.

Table 4: Ergänzende Kalkulationsgrundlagen

Annahmen zur Kalkulation	
Nettojahresarbeitszeit in Stunden	1.650
Brutttojahresarbeitszeit in Stunden	1.800
Patienten pro VK Pflege p.a. in ZNA ¹	1.200
Patienten pro VK Assistenzarzt pro Jahr ¹	1.500
AG-Bruttopersonalkosten pro VK Assistenzarzt ²	€ 83.685
AG-Bruttopersonalkosten pro VK Facharzt ²	€ 116.521
AG-Bruttopersonalkosten pro VK Oberarzt ²	€ 133.505
AG-Bruttopersonalkosten pro VK CA-Vertreter ²	€ 148.328
AG-Bruttopersonalkosten pro VK Pflege Basis ³	€ 56.642
AG-Bruttopersonalkosten pro VK Pflege Erweitert ³	€ 59.474
AG-Bruttopersonalkosten pro VK Pflege Umfassend ³	€ 62.448
AG-Bruttopersonalkosten pro VK Administration (MFA) ³	€ 48.675
Anteil Personalkosten an Gesamtkosten ⁴	84%
Anteil Kosten Medizinische Infrastruktur ⁴	7%
Anteil ambulanter Fälle an Gesamtfällen in der ZNA ⁵	62%
Kostenverhältnis ambulanter zu stationärer Notfall in ZNA ⁴	52%