



Markus Holz, Jasmin Ackermann, Thilo Grüning

Qualitätssicherung oder Eingriff in die Krankenhausplanung?

Das Spannungsfeld zwischen den Strukturqualitätsanforderungen des G-BA und den Qualitätskriterien der Leistungsgruppen

Die Normsetzung des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) zu den Strukturqualitätsrichtlinien nach § 136 Absatz 1 Satz 1 Nummer 2 SGB V und zu den Mindestmengen nach § 136b Absatz 1 Satz 1 Nummer 2 SGB V könnte in Konflikt mit den Qualitätskriterien nach § 135e SGB V Absatz 1 Nummer 2 für die Leistungsgruppen treten und damit die Krankenhausplanung der Länder wirkungslos machen. Die mit dem Krankenhausversorgungsverbesserungsgesetz (KHVVG) angestrebte Nachrangigkeit (Subsidiarität) der Normsetzung des G-BA gegenüber den Qualitätskriterien nach § 135e SGB V ist nicht ausreichend klar geregelt.

Mit dem KHVVG¹⁾ wurde die Krankenhausplanung grundlegend reformiert: Durch die Einführung der Leistungsgruppen und ihrer Zuweisung an die einzelnen Krankenhäuser schafft das Gesetz die Basis für eine bedarfsorientierte Krankenhausplanung und bedarfsgerechte Versorgung der Bevölkerung. Die Zuweisung von Leistungsgruppen gemäß § 6a Krankenhausfinanzierungsgesetz (KHG) ermöglicht sowohl die Sicherung einer flächendeckenden Grundversorgung als auch eine gezielte Zentralisierung hochspezialisierter oder komplexer Leistungen. Beides trägt zur Verbesserung der Versorgungsqualität bei.

Vom ungeplanten zum geplanten Wandel der Krankenhausstrukturen

Seit Jahren wird die Normsetzung des G-BA im Bereich der Qualitätssicherung, insbesondere die Strukturqualitätsrichtlinien (nach § 136 Absatz 1 Satz 1 Nummer 2 SGB V) und die Mindestmengenregelungen (§ 136b Absatz 1 Satz 1 Nummer 2 SGB V), als Instrument zur Veränderung der Krankenhausstrukturen und als Ersatz für die unzureichende Krankenhausplanung der Länder zweckentfremdet.^{2), 3)} Dieser Wandel der Krankenhausstrukturen ist ungesteuert und wird auch als „kalte Strukturbereinigung“ bezeichnet.^{2), 3)} Durch umfangreiche Strukturanforderungen und hohe Mindestmengen soll eine Zentralisierung der Versorgung erreicht werden. Doch die Instrumente der Qualitätssicherung sind nicht zur Umsetzung eines zielgerichteten Strukturwandels geeignet und können unbeabsichtigte Nebenwirkungen, Risiken und Gegenstrategien verursachen.⁴⁾ Zudem kann sich die ungesteuerte, durch die Mechanismen des Marktes ablaufende Zentralisierung negativ auswirken, da die Bedarfsgerechtigkeit der Versorgung nicht im Fokus steht.^{2), 3)} Gleichzeitig ist der Nutzen für die Versorgungsqualität häufig unklar: Für die Struktur- und Prozessqualitätsanforderungen des G-BA gelten bisher keinerlei Standards bezüglich ihrer Evidenzbasierung oder des Abwägungsprozesses ihrer positiven und negativen Wirkungen. Die Deutsche Krankenhausgesellschaft hat bereits 2022 gefordert, Vorgaben für die Erarbeitung von evidenzbasierten Struktur- und Prozess-

anforderungen für die Strukturqualitätsrichtlinien in der Verfahrensordnung des G-BA zu ergänzen, und hat dafür konkrete Vorschläge vorgelegt.⁵⁾ Für die Festlegung von Mindestmengen gibt die Verfahrensordnung des G-BA zumindest eine wissenschaftliche Untersuchung des Fallzahl-Qualitätszusammenhangs sowie eine Folgenabschätzung vor.⁶⁾

Mit dem KHVVG besteht die Chance, den bisher ungesteuerten Strukturwandel der Krankenhauslandschaft mit seinen negativen Folgen für die Versorgung durch eine geplante, bedarfsorientierte Leistungszuweisung zu ersetzen. Das KHVVG ermöglicht zudem eine sinnvolle Aufgabenteilung zwischen G-BA und Krankenhausplanung. Während die für die Krankenhausplanung zuständigen Landesbehörden die Zuweisung von Leistungsgruppen vornehmen und damit den geplanten Strukturwandel einleiten, könnte sich der G-BA auf seinen ureigenen Auftrag zur Qualitätssicherung und -verbesserung fokussieren und Richtlinien mit evidenzbasierten Struktur- und Prozessanforderungen sowie Regelungen zu Mindestmengen allein zum Zweck der Qualitätssicherung und -verbesserung erarbeiten und beschließen. Diese Aufgabenteilung entspricht der Intention des Gesetzgebers.

Die Intention des Gesetzgebers: Nachrangigkeit der Strukturqualitätsanforderungen des G-BA gegenüber den Qualitätskriterien nach § 135e SGB V

Mit dem KHVVG wird das Bundesministerium für Gesundheit (BMG) ermächtigt, durch Rechtsverordnung mit Zustimmung des Bundesrates von der Krankenhausbehandlung umfasste Leistungen in Leistungsgruppen einzuteilen und für jede Leistungsgruppe Qualitätskriterien, insbesondere Mindestanforderungen an die Struktur- und Prozessqualität, festzulegen (vergleiche § 135e Absatz 1 Nummer 2 SGB V). Hierzu gehören unter anderem die Erbringung verwandter Leistungsgruppen, die sachliche Ausstattung, die personelle Ausstattung und sonstige Struktur- und Prozessqualitätsanforderungen. Die Erfüllung dieser Qualitätskriterien ist Voraussetzung für die Zuwei-

sung von Leistungsgruppen an ein Krankenhaus. Die Qualitätskriterien sollen den aktuellen Stand der medizinisch-wissenschaftlichen Erkenntnisse berücksichtigen und zu einer leitliniengerechten, qualitativ hochwertigen und für Patienten sicheren medizinischen Versorgung beitragen. Ein vom BMG eingerichteter Ausschuss (vergleiche § 135e Absatz 3 SGB V) beschließt Empfehlungen zu den Inhalten und der Weiterentwicklung der oben genannten Rechtsverordnung und somit zu den Qualitätskriterien nach § 135e SGB V.

Durch das KHVVG wird auch der gesetzliche Auftrag an den G-BA zur Festlegung von Mindestanforderungen an die Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität gemäß § 136 Absatz 1 Satz 1 Nummer 2 SGB V verändert und neu kontextualisiert. Es erfolgt eine unmittelbare inhaltliche Verknüpfung zwischen diesen Mindestanforderungen und den als Voraussetzung für die Zuweisung der Leistungsgruppen geltenden Qualitätskriterien nach § 135e SGB V. Der G-BA ist zukünftig nur noch beauftragt, Mindestanforderungen an die Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität festzulegen, sofern diese nicht in den Qualitätskriterien nach § 135e SGB V enthalten sind (vergleiche § 136 Absatz 1 Satz 1 Nummer 2 SGB V), und wird sogar verpflichtet, die von ihm beschlossenen Mindestanforderungen aufzuheben, soweit die Qualitätskriterien nach § 135e SGB V bereits vergleichbare Mindestanforderungen festlegen (vergleiche § 136 Absatz 4 SGB V). Der Gesetzgeber wollte hiermit klarstellen, „dass eine Festlegung von Mindestanforderungen an die Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität durch den G-BA nur zulässig ist, soweit diese die Qualitätskriterien nach § 135e in erforderlicher Weise ergänzen und nicht im Widerspruch zu ihnen stehen.“⁷⁾ Das Gesetz regelt somit die Nachrangigkeit (Subsidiarität) der Festlegung von Mindestanforderungen durch den G-BA in seinen Strukturqualitätsrichtlinien gegenüber den Qualitätskriterien gemäß § 135e SGB V. Es soll sichergestellt werden, dass die Krankenhausplanung der Länder nicht durch Entscheidungen des G-BA unterlaufen werden kann. Doch die gesetzlichen Regelungen sind für die praktische Umsetzung nicht ausreichend. Zudem wurde im KHVVG für die Mindestmengenregelungen des G-BA bisher keine entsprechende Nachrangigkeitsregelung gegenüber den Qualitätskriterien nach § 135e SGB V aufgenommen. So können die Strukturqualitätsanforderungen in Konflikt mit den Qualitätskriterien nach § 135e SGB V treten.

Spannungsfeld zwischen den Strukturqualitätsanforderungen des G-BA und den Qualitätskriterien nach § 135e SGB V

Die Qualitätskriterien nach § 135e SGB V gelten grundsätzlich für ganze Leistungsgruppen und nehmen nicht Bezug auf einzelne Leistungen. Diese Qualitätskriterien sind insbesondere bei sehr großen Leistungsgruppen (zum Beispiel Allgemeine Innere Medizin, Allgemeine Chirurgie) im Sinne eines kleinsten gemeinsamen Nenners zur Qualitätssicherung aller Leistungen dieser Leistungsgruppe sinnvoll, aber möglicherweise nicht immer ausreichend, wenn Leistungen mit sehr unterschiedlichem

Risikoprofil, Spezialisierungs- oder Komplexitätsgrad zusammengefasst werden. Für besonders risikoreiche, spezialisierte oder komplexe Leistungen innerhalb einer Leistungsgruppe kann daher die Festlegung ergänzender evidenzbasierter Mindestmengen oder Mindestanforderungen an die Struktur- und Prozessqualität durch den G-BA sinnvoll oder sogar erforderlich sein. Ergänzende Mindestmengen oder Mindestanforderungen für eine definierte Teilmenge besonders risikoreicher, spezialisierter oder komplexer Leistungen innerhalb einer Leistungsgruppe können zwar dazu führen, dass ein Krankenhaus diese Anforderungen nicht erfüllen kann und somit diese Leistungen nicht erbringen darf, jedoch die restlichen Leistungen der im Rahmen der Krankenhausplanungsentscheidung zugewiesenen Leistungsgruppe weiterhin erbringen kann. So wird sowohl das Wirksamwerden der Krankenhausplanungsentscheidungen als auch die Qualität besonders risikoreicher, spezialisierter oder komplexer Leistungen sichergestellt.

Dagegen kann eine Strukturqualitätsrichtlinie oder Mindestmengenregelung des G-BA, die sich auf einen Großteil einer Leistungsgruppe oder eine komplette Leistungsgruppe bezieht, die Zuweisungsentscheidung der für die Krankenhausplanung zuständigen Landesbehörden wirkungslos machen und damit die Krankenhausplanung unterlaufen: Kann ein Krankenhaus die zusätzlichen Mindestanforderungen des G-BA für die zugeteilte Leistungsgruppe nicht erfüllen, droht der Wegfall der Vergütung für die gesamte Leistungsgruppe und faktisch eine Aushebelung der Zuweisungsentscheidung. Bereits jetzt beziehen sich vom G-BA beschlossene Mindestmengen auf ganze Leistungsgruppen. Leistungen aus dem Mindestmengenkatalog⁸⁾ sind deckungsgleich oder nahezu deckungsgleich zu den in einer Leistungsgruppe zusammengefassten Leistungen.⁹⁾

Klare inhaltliche Unterscheidung notwendig

Eine klare inhaltliche Unterscheidung zwischen Strukturvoraussetzungen für die Krankenhausplanung einerseits und Strukturqualitätsanforderung an die patientenindividuelle Leistungserbringung andererseits ist notwendig. Die Qualitätskriterien nach § 135e SGB V stellen Mindeststrukturvoraussetzungen für die Zuweisung von Leistungsgruppen an ein Krankenhaus im Rahmen der Krankenhausplanung dar und beziehen sich somit auf die Versorgung aller Patientinnen und Patienten innerhalb einer Leistungsgruppe über den gesamten Zeitraum der Krankenhausplanung oder Geltung des erteilten Versorgungsauftrags. Die Qualitätskriterien nach § 135e SGB V sind grundsätzlich über längere Zeiträume erfüllbare Mindeststrukturvoraussetzungen für eine Leistungsgruppe (zum Beispiel Vorhandensein bestimmter Fachabteilungen). Die Erfüllung dieser Qualitätskriterien darf sich nicht kurzfristig von einer patientenindividuellen Leistungserbringung zur nächsten ändern können, weil ansonsten eine verlässliche Zuweisung von Leistungsgruppen und Krankenhausplanung misslingt.¹⁰⁾ Diese Art von Mindeststrukturvoraussetzungen können in den Strukturqualitätsrichtlinien oder Mindestmengenregelungen des G-BA nicht enthalten sein, da ansonsten die Zuweisungs-



entscheidung der Länder unterlaufen würde. Stattdessen stellen Strukturqualitätsanforderungen des G-BA die Voraussetzungen an die Erbringung spezieller Leistungen oder Leistungsbereiche bei individuellen Patientinnen oder Patienten dar. Eine Nichterfüllung dieser Voraussetzungen führt zum Wegfall der Vergütung der einzelnen, patientenindividuellen Leistung (vergleiche § 137 Absatz 1 SGB V). Die Erfüllung der Strukturqualitätsanforderungen des G-BA können sich entsprechend von der einen patientenindividuellen Leistungserbringung zur nächsten ändern. Beispielsweise kann die Erfüllung personeller Anforderungen tagesaktuellen Schwankungen unterliegen und somit die Vergütungsfähigkeit der Leistung beeinflussen.¹⁰⁾

Auch der G-BA sieht eine Unterscheidung der beiden Regelungsbereiche und formuliert, dass es bei der Krankenhausplanung um das „ob“ und bei der Normsetzung des G-BA um das „wie“ der Leistungserbringung gehe.¹¹⁾ Allerdings ist bisher nicht erkennbar, wie der G-BA diese Unterscheidung operationalisiert. Im Gegenteil wirken bisher zahlreiche Strukturqualitätsanforderungen des G-BA wie Mindeststrukturvoraussetzungen für die Leistungsgruppen und können sich auf Zuweisungsentscheidung von Leistungsgruppen der für die Krankenhausplanung zuständigen Landesbehörden auswirken. Strukturqualitätsanforderungen des G-BA sollten vielmehr in einem System der kontinuierlichen Qualitätssicherung und -verbesserung der Patientenversorgung in Krankenhäusern im Rahmen ihres zugewiesenen Versorgungsauftrags Verwendung finden.^{12), 13)}

Klare gesetzliche Trennung notwendig

Um der Intention des Gesetzgebers zu folgen und den G-BA mit der Festlegung von Strukturqualitätsanforderungen zu beauftragen, ohne dass dabei die Entscheidungen der Länder über die Zuweisung von Leistungsgruppen im Rahmen der Krankenhausplanung unterlaufen werden können, sind gesetzliche Anpassungen erforderlich.

Zum einen widersprechen die Verweise der Anlage 1 zu § 135e SGB V auf die Strukturqualitätsrichtlinien des G-BA der notwendigen Unterscheidung zwischen den Qualitätskriterien nach § 135 e SGB V und den Strukturqualitätsanforderungen des G-BA. Hier werden Qualitätskriterien mittels statischer Verweise auf Richtlinien des G-BA definiert. Durch die Verwendung statischer statt dynamischer Verweise soll zwar vermieden werden, dass Regelungsbefugnisse zu den Qualitätskriterien der Leistungsgruppen auf den G-BA übergehen. Doch die erforderliche inhaltliche und gesetzliche Unterscheidung der beiden Regelungsbefugnisse bleibt unvollständig. Zudem sorgen die Verweise in der Anlage 1 zu § 135e SGB V für erhebliche Rechtsunsicherheiten, wenn der G-BA die betreffenden Richtlinien anpasst und gleichzeitig zwei verschiedene Fassungen einer Richtlinie als Norm gelten. Stattdessen müssen die Verweise in den Qualitätskriterien nach § 135e SGB V auf Strukturqualitätsrichtlinien des G-BA entfernt oder ersetzt werden: Wenn die G-BA-Richtlinien nur einen spezifischen Teilbereich der Leistungsgruppe betreffen und daher für die planerische Zuwei-

sung der Leistungsgruppe nicht relevant sind, kann der entsprechende Verweis entfernt werden. Wenn andererseits durch den Verweis tatsächlich planungsrelevante Strukturkriterien für die gesamte Leistungsgruppe adressiert werden, müssen diese in der Anlage 1 zu § 135e SGB V wörtlich spezifiziert und die entsprechenden Strukturqualitätsrichtlinien des G-BA gemäß § 136 Abs. 4 SGB V aufgehoben werden.

Darüber hinaus könnte die Regelungsbefugnis des G-BA für seine Strukturqualitätsrichtlinien gemäß § 136 Absatz 1 Satz 1 Nummer 2 SGB V und für seine Mindestmengenregelungen gemäß § 136b Absatz 1 Satz 1 Nummer 2 dahingehend konkretisiert werden, dass der G-BA nur für besonders risikoreiche, spezialisierte oder komplexe Leistungen als Teil einer ganzen Leistungsgruppe ergänzende evidenzbasierte Mindestanforderungen an die Struktur- und Prozessqualität oder Mindestmengen als Voraussetzung an die patientenindividuelle Leistungserbringung beschließen kann. Für eine gesamte Leistungsgruppe dagegen sollte der G-BA – sofern erforderlich – Mindestanforderungen an die Struktur- und Prozessqualität oder Mindestmengen nur in Form evidenzbasierter Empfehlungen für die Qualitätskriterien nach § 135e SGB V beschließen und an den zuständigen Leistungsgruppenausschuss weiterleiten.

Neue Chance für den G-BA

Für den G-BA bietet diese Neuausrichtung eine Chance. Statt mit der neuen Kompetenzverteilung durch das KHVVG zu hadern¹¹⁾, könnte sich der G-BA künftig auf seine eigentliche Aufgabe, die Qualität der Versorgung zu sichern und zu verbessern, konzentrieren. Das Konfliktpotenzial zwischen den Selbstverwaltungspartnern im G-BA wäre deutlich reduziert, wenn Instrumente der Qualitätssicherung nach wissenschaftlicher Evidenzanalyse und nach Abwägung der positiven, qualitätssteigernden und der unbeabsichtigten, negativen Wirkungen erarbeitet werden würden und das Ziel aller Beteiligten die kontinuierliche Sicherung und Verbesserung der Versorgungsqualität wäre.

Anmerkungen

- 1) Gesetz zur Verbesserung der Versorgungsqualität im Krankenhaus und zur Reform der Vergütungsstrukturen (Krankenhausversorgungsverbesserungsgesetz – KHVVG) vom 5. Dezember 2024. Bundesgesetzblatt Jahrgang 2024 Teil I Nr. 400, ausgegeben zu Bonn am 11. Dezember 2024.
- 2) Qualität und Patientensicherheit. Positionen der Deutschen Krankenhausgesellschaft vom 17.09.2019. <https://www.dkgev.de/themen/qualitaet-hygiene-sicherheit/die-positionen/> (Zugang 13. Juli 2024).
- 3) Grüning T. Die richtige Balance wahren. Positionen der Deutschen Krankenhausgesellschaft zu Qualität und Patientensicherheit. Das Krankenhaus 11/2019; 921-922.
- 4) zum Beispiel „Rosinenpicken“, Indikationsausweitung, Absicherungsver-sorgung, Risikovermeidungsstrategien, Gamingstrategien, „tunnel vision“, Kostenverschiebungen. Vgl. auch Veit C, Hertle D, Bungard S, Trümner A, Ganske V, Meyer-Hofmann B. Pay-for-Performance im Gesundheitswesen: Sachstandsbericht zu Evidenz und Realisierung sowie Darlegung der Grundlagen für eine künftige Weiterentwicklung. Gutachten im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit, 2012.
- 5) Vgl. TOP 8.5.6 öffentliche Sitzung des Plenums des G-BA am 18. August 2022.
- 6) 8. Kapitel, 2. Abschnitt, §§ 13 bis 24 Verfahrensordnung des Gemeinsamen Bundesausschusses in der Fassung vom 18. Dezember 2008, zuletzt geän-

- dert durch den Beschluss vom 17. Oktober 2024. <https://www.g-ba.de/richtlinien/42/> (Zugang 13. Juli 2024).
- 7) Begründung zum Gesetzentwurf zum KHVVG. Drucksache 20/11854 des Deutschen Bundestags vom 17. Juni 2024, S. 165, Nummer 9 (§ 136). <https://dserver.bundestag.de/btd/20/118/2011854.pdf> (Zugang 13. Juli 2024).
 - 8) vgl. Anlage der Regelungen des G-BA gemäß § 136b Absatz 1 Satz 1 Nummer 2 SGB V für nach § 108 SGB V zugelassene Krankenhäuser (Mindestmengenregelungen, Mm-R). <https://www.g-ba.de/richtlinien/5/> (Zugang 13. Juli 2024).
 - 9) vgl. zum Beispiel die Mindestmenge „Komplexe Eingriffe am Organsystem Speiseröhre bei Erwachsenen“ im Verhältnis zur Leistungsgruppe Nr. 32 „Ösophaguseingriffe“ oder die Mindestmenge „Nierentransplantation“ zur Leistungsgruppe Nr. 62 „Nierentransplantation“.
 - 10) Haeske-Seeberg H, Grüning T. Vorgaben zur Strukturqualität für die Krankenhausplanung. In: Heidecke C-D, Dingelstedt A, Klein S (Hrsg.): Weißbuch datengestützte Qualitätssicherung im Gesundheitswesen. Berlin: Medizinische Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft, 2025. <https://mwv-open.de/chapters/51/files/d700f819-bd73-4b3d-8028-e016e0f8846c.pdf> (Zugang 13. Juli 2024).
 - 11) Maag K. Qualität im Fokus. Die Krankenhausreform und die Folgen für die stationäre Qualitätssicherung. KU Gesundheitsmanagement 5/2025; 23–25.
 - 12) Grüning T. Chance für einen Paradigmenwechsel. Ein neues System der Qualitätssicherung und -verbesserung der Patientenversorgung als Ergänzung zur Krankenhausstrukturreform. Das Krankenhaus 5.2024; 412–415.
 - 13) Ein neues System der Qualitätssicherung und -verbesserung der Patientenversorgung – Vorschlag der Deutschen Krankenhausgesellschaft e. V. vom 11. März 2024. <https://www.dkgev.de/themen/qualitaet-hygiene-sicherheit/die-positionen/> (Zugang 13. Juli 2024).

Anschrift der Verfasser

Jasmin Ackermann, Markus Holz, Thilo Grüning, Geschäftsbereich IV – Qualität der Versorgung und Psychiatrie, Deutsche Krankenhausgesellschaft e. V., Wegelystraße 3, 10623 Berlin ■

DIVI fordert „starke Teams, gesellschaftliche Verantwortung und klare Perspektiven“

Die Ergebnisse einer Umfrage der Deutschen Interdisziplinären Vereinigung für Intensiv- und Notfallmedizin (DIVI) und der Deutschen Gesellschaft für Notfallmedizin (DGINA) zur personellen Ausstattung in deutschen Notaufnahmen zeigen: Weder bei Ärzten noch beim Pflegepersonal sind die geforderten Mindeststandards flächendeckend erfüllt. „Allem voran ist die Anzahl der Ärztinnen und Ärzte mit Zusatzweiterbildung Klinische Akut- und Notfallmedizin noch viel zu gering, wie auch der Anteil der Pflegekräfte mit Fachweiterbildung Notfallpflege“, kommentiert DIVI-Präsident **Prof. Florian Hoffmann** die vorgelegte Bestandsaufnahme, die jetzt open access publiziert wurde.

„Die Zahlen zeigen: Es sind noch große Anstrengungen erforderlich, um die von uns geforderten Struktur- und Personalanforderungen in Notaufnahmen zeitnah erfüllen zu können“, so auch der Erstautor der Studie, DIVI-Generalsekretär **Prof. Uwe Janssens**.

Auch bei der interdisziplinären Betreuung gibt es Nachholbedarf. In vielen Notaufnahmen fehlt es an Mitarbeitenden für Sozialdienst, Krisenintervention oder Case-Management – Angebote, die gerade für vulnerable Patientengruppen unverzichtbar sind. „Notfallmedizin endet nicht mit der Stabilisierung der Vitalfunktionen“, weiß **Dr. Torben Brod**, Sprecher der DIVI-Sektion Strukturen in der Klinischen Akut- und Notfallmedizin und Mitautor der Studie. „Auch psychosoziale Unterstützung und die Koordination weiterer Versorgungswege sind elementar!“

Zahlen und Daten von 176 Notaufnahmen aller Versorgungsstufen dokumentiert

Die Bestandsaufnahme von DIVI und DGINA basiert auf einer bundesweiten Online-Umfrage unter den Leitungen von 1 008 Notaufnahmen in Deutschland. Insgesamt beteiligten

sich 176 Häuser aller Versorgungsstufen. Die Befragung erfolgte anonym im Sommer 2023.

Ein zentrales Ergebnis: In rund der Hälfte der Notaufnahmen ist die durchgehende Präsenz von Fachärzten nicht gewährleistet. Besonders kritisch ist die Situation in Häusern der Basisnotfallversorgung – dort lag die permanente ärztliche Anwesenheit teilweise nur bei 76 %.

Nicht besser sieht es bei den Pflegefachpersonen aus. Der empfohlene Stellenschlüssel – eine Vollzeitkraft pro 1 200 Patientenkontakte – wird nur in 40 bis 63 % der Kliniken erreicht.

Strukturelle Engpässe auch bei Ersteinschätzung von Notfallpatienten

„Die im Zuge der Krankenhausreform so häufig angesprochene und wichtige Patientensteuerung kann in vielen Fällen durch fehlendes und nicht ausreichend qualifiziertes Personal durch die Notaufnahme nicht gewährleistet werden“, betont DIVI-Generalsekretär Janssens. Bei der Ersteinschätzung von Notfallpatienten zeigen sich strukturelle Engpässe – diese können zu verzögerter Behandlung bei vital bedrohlichen Krankheitsbildern und fehlender Priorisierung mit ineffektiven Abläufen führen.

DIVI fordert mehr Anstrengung bei Weiterbildung des Personals in deutschen Notaufnahmen

Entsprechend müssten jetzt die von den Fachgesellschaften bereits vor Jahren entwickelten Standards für Notaufnahmen flächendeckend umgesetzt werden, fordert die DIVI. DIVI-Präsident Florian Hoffmann: „Es müssen noch mehr Anstrengungen unternommen werden, um die Weiterbildung des gesamten Personals in deutschen Notaufnahmen weiter zu verbessern! Dazu zählt dann auch die angemessene finanzielle und infrastrukturelle Ausstattung der Notaufnahmen.“ ■