



Notfallversorgung muss nachjustiert werden

Die sachgerechte Finanzierung der stationären Notfallstrukturen soll durch Zu- und Abschläge nach unterschiedlichen Notfallstufen sichergestellt werden. Das bislang im Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) diskutierte Stufenkonzept aber schließt einen Großteil der Kliniken aus. Auch bei der ambulanten Notfallversorgung in Kliniken muss nachgebessert werden.

Über 20 Millionen Notfallpatienten werden jährlich in Kliniken behandelt, mehr als 10 Millionen davon ambulant. Viele Patienten suchen direkt die Notaufnahmen und nicht den kassenärztlichen Bereitschaftsdienst auf. Mittlere Fallkosten von über 120 Euro und eine tatsächliche Vergütung von rund 32 Euro verursachen den Kliniken jährlich ein Defizit von 1 Milliarde Euro. Eine Lösung wäre eine gemeinsame, sektorenübergreifende Vergütungsstruktur für die ambulanten Notfalleleistungen außerhalb der KV-Budgets. Der Koalitionsvertrag stellte eine Lösung des Finanzierungsproblems der ambulanten Notfallversorgung in Aussicht. Er adressierte auch die im DRG-System nicht sachgerecht abgebildeten Vorhaltekosten der stationären Notfallversorgung. In der aktuellen Diskussion werden die beiden Ebenen häufig vermischt. Das Krankenhausstrukturgesetz (KHSg) sieht eine verpflichtende Zusammenarbeit von Kassenärztlichen Vereinigungen und Krankenhäusern vor, etwa durch Ansiedlung von Portalpraxen an Kliniken. Die ambulante Finanzierungslücke wird so allerdings nicht geschlossen.

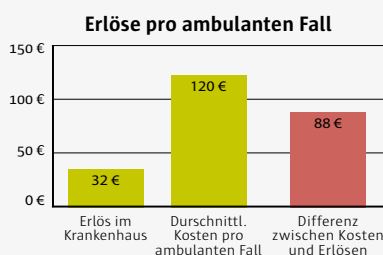
Laut KHSg soll der G-BA ein Stufenkonzept entwickeln, das mit den in den DRG-Vergütungen bisher unzureichend berücksichtigten Vorhaltekosten korreliert und für die an der Notfallversorgung teilnehmenden Kliniken je nach Einstufung entsprechende Zuschläge vorsieht. Relevante Kostenunterschiede identifiziert der G-BA aber bisher nicht, obwohl der gesetzliche Auftrag die Darstellung der Vorhaltekosten für die 24-stündige Bereitstellung der stationären Versorgungskapazitäten erfordert.

Stattdessen regelt er die Zugangsvoraussetzungen zur Teilnahme an der Notfallversorgung anhand bundeseinheitlicher Strukturvorgaben – ungeachtet bestehender Versorgungsnetzwerke vor Ort. Aus Sicht der Christlichen Krankenhäuser in Deutschland wird dadurch die flächendeckende Notfallversorgung gefährdet und die Finanzierungsproblematik der Kliniken massiv verschärft. Der Gesetzgeber hat diese Fehlentwicklung erkannt. Vor der Einführung eines Stufenmodells soll nun zumindest eine Auswirkungsanalyse stehen.

Die Probleme in der ambulanten und der stationären Notfallversorgung dürfen nicht vermergt werden. Lösungsvorschläge der CKiD:

Ambulante Notfallversorgung

Das Vergütungs-dilemma bei ambulanten Notfällen ließe sich durch ein sektorenübergreifendes, extrabudgetäres Modell außerhalb der KV-Budgets lösen. Besonderheiten der ambulanten Notfalleleistungen der Krankenhäuser müssen sachgerecht finanziert werden.



Quelle: Eigene Darstellung 2016

Stationäre Notfallversorgung

ZIEL:

Entwicklung eines Stufenkonzeptes zur Refinanzierung der Vorhaltekosten durch Zu- und Abschläge und nicht die Festlegung von Zugangsvoraussetzungen zur Notfallversorgung.

LÖSUNG:

- 🕒 Analyse von kostenrelevanten Kriterien zur Abgrenzung der Notfallstufen durch das InEK.
- 🕒 Definition der Vorhaltung für die stationäre Notfallversorgung und sachgerechte Kalkulation der Kosten durch das InEK.
- 🕒 Vereinbarung der Zu- und Abschläge auf Grundlage der Kalkulation und nicht durch normative Festlegung.

Mehr zum Thema

- 📄 **Plädoyer** **2**
Wunsch und Wirklichkeit
- 📄 **Best Practice** **4**
*Blaupause für die ZNA
Kath. Marien-KH Hamburg*
- 📄 **Standpunkte** **5**
Kollegial und intersektoral
- 📄 **Kontakt** **6**
Daten und Fakten

Plädoyer: Notfallversorgung – Paradoxon zwischen Wunsch und Wirklichkeit

Es ist Sonntagabend, der 16.10. um 23:30 Uhr, in der zentralen interdisziplinären Notaufnahme (ZINA) des Düsseldorfer Florence-Nightingale-Krankenhauses. Im speziell für Kinder eingerichteten Warteraum sitzen drei kränklich aussehende junge Patienten mit Begleitung. Frau M. kommt mit ihrem dreijährigen Sohn hinzu und berichtet von dessen kurzfristige aufgetretener Atemnot. Später nach dem Kontakt mit der Ärztin und deren beruhigenden Gespräch geht Frau M. mit ihrem Sohn ungehalten ob der langen Wartezeit in der Notfallaufnahme wieder nach Hause. Im Nachgang Ihres Besuchs beschwert sie sich schriftlich bei der Geschäftsführung.

Der zuständige Chefarzt der Notfallaufnahme im Florence-Nightingale-Krankenhaus, Martin Pin, kennt solche Situationen. Eigentlich sind es typische Fälle für den kassenärztlichen Notfalldienst. Denn in Deutschland ist für die ambulante Notfallversorgung der vertragsärztliche Versorgungssektor, also die Kassenärztliche Vereinigung (KV) vor Ort, zuständig. Mit der Einrichtung von dafür zuständigen Portalpraxen wollen die KVen ihrer gesetzlichen Verpflichtung nachkommen. Doch die Stimmen aus den Krankenhäusern werden immer lauter, dass sie deren Versorgungsauftrag ungewollt übernehmen müssen. Das hat die Politik bewogen, die Notfallversorgung in Deutschland zu überprüfen und neu zu bewerten.

Der G-BA ist von der Selbstverwaltung beauftragt worden, bis Ende Januar 2017 ein klassifizierendes Stufensystem für die Notfallversorgung in den Krankenhäusern zu entwickeln, welches zugleich die Basis für deren Finanzierung sein soll. Wie bekannt wurde, soll allein die Struktur eines Hauses (Art und Anzahl von Fachabteilungen, Art und Qualifikation des vorzuhaltenden Fachpersonals etc.) Grundlage für seine Einstufung in die Notfallversorgung sein. Die medizinische Qualität der Kliniken findet leider keinerlei Berücksichtigung. Es scheint so, als werde die Selbstverwaltung bei der Systemdefinition wieder alt bekannte und gut eingelaufene Pfade beschreiten:

Zum einen wird die individuelle medizinische Qualität eines Leistungserbringers negiert. Zum anderen werden im Entwurf oftmals bedeutsame Orts- und Regionalspezifika nicht berücksichtigt. Aktuell deutet einiges darauf hin, dass Maximalversorger in Großstädten und Universitätskliniken vom künftigen System profitieren könnten. Der „Grund- und Regelversorger“ im ländlichen Bereich dagegen hätte das Nachsehen. Eine Entwicklung, die wir als christliche Krankenhausträger sehr kritisch betrachten und der wir entgegentreten müssen.



„Grund- und Regelversorger dürfen bei der Neuregelung der Notfallversorgung nicht benachteiligt werden.“

Dr. Holger Stiller, Vorstand der Kaiserswerther Diakonie



Martin Pin, Chefarzt der interdisziplinären Notaufnahme des Florence-Nightingale-Krankenhauses

Florence-Nightingale-Krankenhaus

Das Florence-Nightingale-Krankenhaus (FNK) ist ein im Norden Düsseldorfs gelegenes Krankenhaus der Schwerpunktversorgung. Es ist Teil der in Kaiserswerth seit 180 Jahren ansässigen Kaiserswerther Diakonie, die zu den ältesten diakonischen Unternehmen im Gesundheits-, Sozial- und Bildungswesen in Deutschland gehört. Rund 2.400 Menschen arbeiten hier, die meisten davon im FNK. Das Krankenhaus ist akademisches Lehrkrankenhaus der medizinischen Fakultät der Heinrich Heine Universität Düsseldorf und betreibt 618 Betten in zwölf Fachabteilungen. Diese arbeiten bereichsübergreifend zusammen und nutzen neueste Diagnose- und Behandlungsmethoden. Die seit 2011 existierende zentrale interdisziplinäre Notaufnahme mit aktuell sechs Kurzliegerbetten behandelt jährlich rund 38.000 Notfallpatienten.

Das Gutachten von Management Consult Kestermann (MCK) aus dem Jahr 2015 weist unstrittig aus, dass die Notfallversorgung in Krankenhäusern finanziell deutlich besser ausgestattet werden muss. Bundesweit stehen der durchschnittlichen Vergütung von etwa 32 Euro für einen ambulanten Notfallpatienten durchschnittliche Fallkosten von rund 120 Euro gegenüber. Das Ergebnis ist ein jährlich negativer Deckungsbeitrag von rund einer Milliarde Euro. Dabei liegen Lösungsansätze aus dem Dilemma auf der Hand:

- Die Notfallmedizin darf in einem Land immer älter werdender Menschen nicht auf der Streichliste der Politik und der Kostenträger stehen. Deren Finanzierung sollte in der Erwartung zunehmender Notfallzahlen langfristig sichergestellt werden, zunächst unabhängig von den Begünstigten.
- Besonders im ländlichen Bereich, in dem zukünftig Fachkräfte fehlen werden, könnte die KV ihren ambulanten Notfallversorgungsauftrag den Krankenhäusern übertragen. Dadurch bleibt der Bevölkerung auf jeden Fall die wohnortnahe Notfallversorgung.
- Zur Sicherstellung einer qualitativ hochwertigen Notfallversorgung bedarf es nicht selten der Verwendung von technischen Großgeräten. Diese sind nicht zwingend in den Notfallpraxen vorhanden. Der Patient wird in das nächste

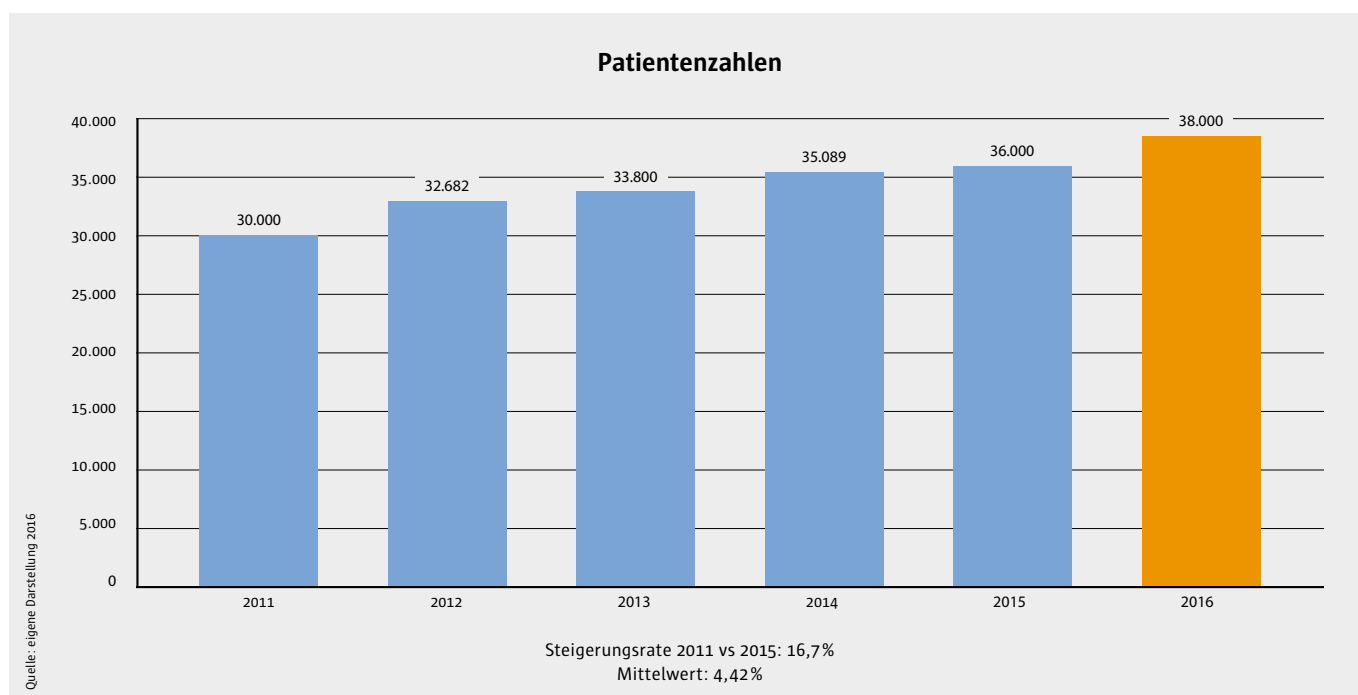
Krankenhaus überwiesen. Die Notfalldiagnostik verzögert sich – Zeit und Geld geht unnötig verloren. Ein Argument für die regelhafte Einbindung der Krankenhausträger in die ambulante Notfallversorgung.

- Auf Grund komplexer gewordener Medizin bedarf es eines hohen fachlichen Standards der Ärzte. Die „Zweitmeinung“ ist wichtig und auch fachfremde Expertise ist gewünscht. Dies können heute nur ambulante Facharztzentren oder die Struktur eines Krankenhauses gewährleisten. Erste sind außerhalb normaler Betriebszeiten selten besetzt, zweite stehen für die Bevölkerung schon heute rund um die Uhr bereit.

Die Diskussion um die zukünftige Notfallversorgung in Deutschland ist in vollem Gang. Jedoch sollten Schnellschüsse, wie des Öfteren schon in unserer Gesundheitsgesetzgebung erlebt, zum Wohle Aller vermieden werden.

Wir, die kirchlichen Krankenhausträger, sind gerne bereit, weitere Aufgaben aus dem ambulanten Sektor zu übernehmen, hier insbesondere die ambulante Notfallversorgung. Die Strukturen dazu und die Leistungserbringung in hoher Qualität für unsere Patienten stellen wir heute schon sicher. Es wäre wünschenswert, wenn nun die Kassenärztliche Vereinigung, die Politik und die Selbstverwaltung diese Möglichkeit mit Bedenken und die Kostenträger darauf verpflichtet, auch die Notfallfinanzierung sicherzustellen.

Entwicklung der Patientenkontakte in der ZINA des Florence-Nightingale-Krankenhauses 2011–2016



Best Practice: Blaupause für die patienten- und symptomorientierte Notfallmedizin

Deutschlandweit kommen über 20 Millionen Menschen pro Jahr in die Notaufnahme. Besonders auffällig: der Anstieg von Patienten, die keine klassischen Notfälle sind. Diese Patienten stehen zwar unter einem hohen persönlichen Leidensdruck, benötigen aber nicht das gesamte Spektrum einer professionellen Notaufnahme. Dabei binden sie Ressourcen, die für die Versorgung schwerer Notfälle benötigt werden. Hinzu kommt die immense Unterdeckung im Bereich der ambulanten Notfälle.

Bundesweit einmalige Zentrumsstruktur

Vor diesem Hintergrund hat sich das Hamburger Marienkrankenhaus bereits frühzeitig zu einer grundlegenden Neustrukturierung seiner Notfallmedizin entschieden. Mit dem Zentrum für Notfall- und Akutmedizin wurde eine bundesweit einmalige Struktur geschaffen, in der Patienten mit Schlaganfällen oder Herzinfarkten ebenso kompetent versorgt werden wie Menschen mit unkomplizierten Erkrankungen.

Akut- und Hochleistungsmedizin Hand in Hand

Die wesentliche Besonderheit ist die Einbindung einer allgemein- und akutmedizinischen Versorgungsstruktur. Unmittelbar während der Aufnahme wird die Behandlungsdringlichkeit qualifiziert eingeschätzt. Patienten mit weniger schweren Erkrankungen werden identifiziert und in die Akutmedizin weitergeleitet. Diese ähnelt in ihrer Struktur einer allgemeinmedizinischen Praxis.

Ein Vorteil: Patienten können ambulant behandelt werden, ohne dass Personal, Technik oder Räume für die Notfallversorgung gebunden sind. Notaufnahmen müssen ihre Strukturen künftig wesentlich besser an die tatsächlichen Patientenbedürfnisse anpassen, wenn sie ihren hohen Behandlungsstandard aufrechterhalten wollen. Ein Ziel muss es sein, speziell zugeschnittene notfallmedizinische Angebote für diverse Patientengruppen bereit zu halten.

Die Erfahrungen mit dem Modell sind durchweg positiv. Notfälle und Patienten mit weniger schwerwiegenden Erkrankungen können nun entsprechend weiterversorgt werden. Auch die Wartezeiten haben sich verkürzt. Während für Patienten mit weniger schwerwiegenden Erkrankungen vorher rund 1,5 Stunden bis zum ärztlichen Erstkontakt vergingen, sind es nun in der Regel nur noch 30 Minuten. Nicht nur deshalb kann das Modellprojekt als Vorbild für eine standardisierte und vor allem symptomorientierte Notfallmedizin in anderen Kliniken dienen. □



Dr. Michael Wüning, Ltd.
Arzt Zentrum für Notfall-
und Akutmedizin, Kath.
Marienkrankenhaus Hamburg
Kontakt: 040 25 46 - 15 42,
wuenning.zna@marienkrankenhaus.org

Kath. Marienkrankenhaus Hamburg

Mit mehr als 1.900 Mitarbeitern sowie rund 100.000 Patienten pro Jahr gehört das Marienkrankenhaus zu den bedeutenden Krankenhäusern der Schwerpunktversorgung in der Metropolregion. Im Zentrum für Notfall- und Akutmedizin werden pro Jahr ca. 42.000 Patienten versorgt. Für die Diagnostik und Therapie stehen in der Notaufnahme elf separate Behandlungsräume mit der Möglichkeit der intensivmedizinischen Therapie sowie sieben Überwachungsplätze für eine Rund-um-die-Uhr-Überwachung der Patienten zur Verfügung. Eingebunden sind eine Zertifizierte Chest Pain Unit, eine Zertifizierte Stroke Unit und ein Traumazentrum für Unfallverletzungen.



Um für jeden Patienten das richtige notfallmedizinische Angebot zu erreichen, müssen Notaufnahmen ihre Strukturen künftig wesentlich besser an deren tatsächliche Bedürfnisse anpassen.

Standpunkte: Notfallversorgung nicht über einen Kamm scheren

Das Dilemma in der Notfallversorgung lässt sich nur durch die kollegiale Aufhebung der sektoralen Trennung lösen. Defizitäre Finanzierung und realitätsfremde Strukturvorgaben der Politik dürfen individuelle Lösungsansätze nicht verhindern.



Dr. Rotraut Asche ist Cheförzantin der Zentralen Aufnahme und Diagnostik mit einer zentralen Notaufnahme am Evangelischen Krankenhaus Königin Elisabeth Herzberge gGmbH in Berlin Lichtenberg.

„Zwischen den Anforderungen der Politik und der Arbeitsrealität in den Notaufnahmen klafft eine große Lücke.“

Die Entwicklung zunehmender Patientenzahlen in den Notaufnahmen fordert verschiedene Lösungsansätze. Im Krankenhausstrukturgesetz ist die Einbindung von Notdienstpraxen an Krankenhäusern vorgesehen. Dies ist jedoch nach Bundesland unterschiedlich umgesetzt. Auf landespolitischer Ebene erfolgte etwa in Berlin eine Verbesserung der Strukturqualität durch Vorgaben im Landeskrankenhausplan. Gefordert wurde eine eigenständige ärztliche und pflegerische Leitung für die an der Notfallversorgung beteiligten Krankenhäuser. Die Ärztekammer Berlin hat daraufhin mit der Einführung der fakultativen Zusatzbezeichnung „Klinische Notfall- und Akutmedizin“ einen Qualifikationsschub in der notfallmedizinischen Versorgung initiiert. Bessere Konzepte zur standardisierten Ersteinschätzung und die Einführung von Behandlungsalgorithmen erhöhen Struktur – und Prozessqualität in den Kliniken.

Dies alles wird künftig nicht ausreichen, die zunehmende Zahl der Patienten in den Notaufnahmen zu steuern.

Zwischen den gesetzlichen Anforderungen der Politik und der Arbeitsrealität in den Notaufnahmen klafft eine große Lücke: Die Mehrzahl der in der Notfallversorgung tätigen rund 1700 Krankenhäuser verfügt über keine Notfallpraxis. Die sektorale Trennung der ambulanten und stationären Patientenversorgung besteht weiterhin. Die steigende Anzahl kritischer Patientengruppen können Vertragsärzte nicht versorgen, Patienten sind nicht ausreichend über adäquate Versorgungsstufen informiert. Die gesundheitspolitische Umsetzung der gesetzlichen Vorgaben, monetärer Ausgleich und mehr Transparenz sind daher unerlässlich. □



Ansgar Veer ist Hauptgeschäftsführer der St. Bonifatius Hospitalgesellschaft Lingen, Trägerin von 4 Kliniken im Emsland/Ostfriesland, Vorstandsmitglied im kkvd und Mitglied im DKG-Ausschuss Krankenhausfinanzierung.

„Auf dem Land ist das gute Zusammenwirken von Niedergelassenen und Krankenhausnotaufnahmen entscheidend.“

Ohne das abgestimmte Zusammenwirken der niedergelassenen Ärzte mit den Notfallaufnahmen in unseren Kliniken und den Rettungsleitstellen bzw. -diensten ist eine qualitative Notfallversorgung auf dem Land nicht möglich. Diese kann aber nicht durch eine zwangsweise Implementierung von Portalpraxen verordnet, sondern nur im kollegialen Miteinander und mittels individueller Lösungen erreicht werden.

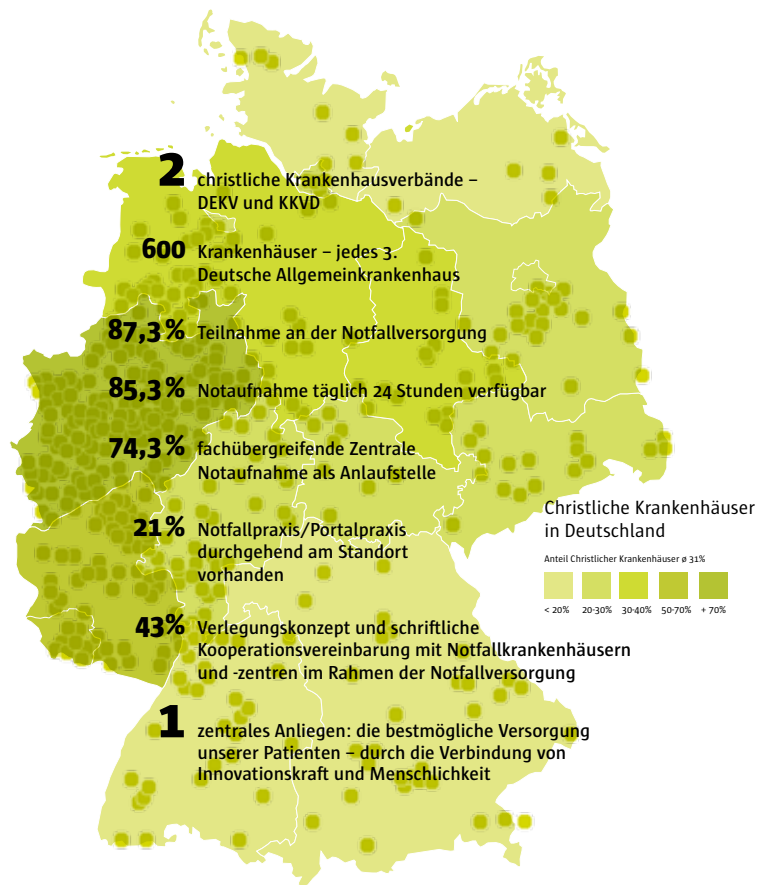
Im ländlichen Raum gibt es schon heute zahlreiche Bereitschaftsdienstpraxen an Kliniken, in denen die Zusammenarbeit mit den Notaufnahmen häufig funktioniert. Hier verbessern Portalpraxen die Notfallversorgung vermutlich nicht. Wenn sich überhaupt Ärzte finden, die dort arbeiten möchten. Vielmehr gilt es, bestehende Strukturen besser zu verzahnen. Wer die Sicherstellung der ambulanten Notfallversorgung allein über KV-Portalpraxen organisieren möchte, verkennt die Realität der Patientenautonomie: Hier wird mit den Füßen abgestimmt.

Es braucht Steuerungssignale, die alle Beteiligten mit ins Boot nehmen: niedergelassene Ärzte, Rettungsdienste und Krankenhäuser. Eine gerechte Vergütung muss her, die den Behandlungsmöglichkeiten und den damit verbundenen Kostenstrukturen der Krankenhäuser Rechnung trägt. Notaufnahmen in Krankenhäusern bleiben zentrale Organisationseinheiten. Nicht nur 30 bis 70 Prozent aller Patienten werden über sie aufgenommen, sondern hier wird triagiert und es geht auch um Leben oder Tod. Im ländlichen Raum sind noch längere Wegzeiten zur medizinischen Versorgung nicht zumutbar. Im Notfall zählt jede Minute! □

Über uns: Christliche Krankenhäuser in Deutschland – zukunftsweisend menschlich

Christliche Krankenhäuser sind ein wesentlicher Stützpfeiler der Krankenhausversorgung in Deutschland. Rund jedes dritte deutsche Krankenhaus befindet sich in christlicher Trägerschaft. Mit ihren über 600 Standorten sind christliche Krankenhäuser ein fester Bestandteil auch in der bundesweiten Notfallversorgung. Jährlich werden bis zu 25 Millionen Patienten in deutschen Notaufnahmen behandelt – mit steigender Tendenz. Insgesamt nehmen fast 90 Prozent der konfessionellen Häuser an der Notfallversorgung teil. Christliche Krankenhäuser sind dabei stark in die stationäre wie auch die ambulante Notfallversorgung eingebunden. Dabei wird die Zusammenarbeit mit den niedergelassenen Ärzten bewusst gesucht und ausgebaut. Bereits 21 Prozent unserer Krankenhäuser arbeiten eng mit den niedergelassenen Ärzten vor Ort zusammen. Schon heute tragen christliche Krankenhäuser verlässlich zur flächendeckenden, patientenorientierten Notfallversorgung bei und stehen dafür auch in Zukunft zur Verfügung.

Weitere Informationen: www.christliche-krankenhaeuser.de



Quelle: Umfrage der DKG August 2016/Gesamtteilnahme 961 Standorte darunter 416 Kliniken unter freigemeinnütziger Trägerschaft.



kkvd
Katholischer Krankenhausverband Deutschlands e.V.

Ansprechpartnerin (V.i.S.d.P):
Bernadette Rummelin (MPH), Geschäftsführerin
Telefon: 030. 28 44 47 – 30
E-Mail: kkvd@caritas.de
Reinhardtstr. 13, 10117 Berlin
www.kkvd.de

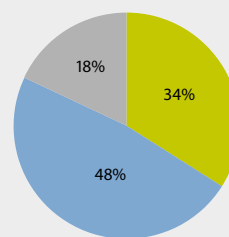


DEKV
Deutscher Evangelischer Krankenhausverband e.V.

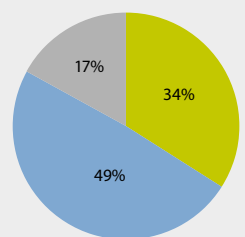
Ansprechpartner (V.i.S.d.P):
Norbert Groß (Pastor), Verbandsdirektor
Telefon: 030. 80 19 86 – 0
E-Mail: info@dekv.de
Invalidenstraße 29, 10115 Berlin
www.dekv.de

Kontakt zur Redaktion: Georg Stamelos
info@gs-media.net, Mobil: 0170. 3411699
Hinweis: Aufgrund der besseren Lesbarkeit wurde in den Texten auf die weibliche Sprachform verzichtet.

Betten in Allgemeinkrankenhäusern

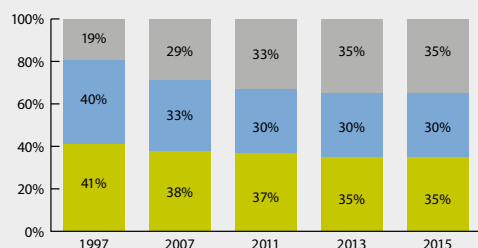


Anzahl Fälle in Allgemeinkrankenhäusern



■ gemeinnützige Träger ■ öffentliche Träger ■ private Träger

Anteil Krankenhäuser



■ gemeinnützige Träger ■ öffentliche Träger ■ private Träger

Quelle: DESTATIS 2016, eigene Darstellung