



Kassenärztliche  
Bundesvereinigung

Körperschaft des öffentlichen Rechts

*Pressegespräch  
am 2. Dezember 2016*

Vorschläge zur Entlastung der  
Notfallambulanzen

*Statement von Dr. Andreas Gassen*

Vorstandsvorsitzender der Kassenärztlichen Bundesvereinigung

Sehr geehrte Damen und Herren,

dass zu viele Patienten die Notaufnahmen aufsuchen, obwohl eigentlich der vertragsärztliche Bereitschaftsdienst für sie zuständig wäre, ist hinlänglich bekannt. Man kann darauf verschiedentlich reagieren. Auf Seiten der Krankenhäuser wird beispielsweise die Summe von 1 Milliarde Euro in den Raum geworfen, die sie durch die ungesteuerte Inanspruchnahme ihrer Notfallambulanzen mit Bagatellfällen auszugleichen haben. Dass diese Summe schön- bzw. „schlecht“-gerechnet ist, werden wir Ihnen gleich in einem Gutachten zeigen können. Nichtsdestotrotz bleibt das Problem bestehen und brauchen wir neue Lösungsansätze.

Das lässt uns Vertragsärzte mehrere Konsequenzen ziehen. Die erste laute: Wir machen den vertragsärztlichen Bereitschaftsdienst deutlich bekannter. Vielen Patienten ist gar nicht bewusst, dass es diesen Bereitschaftsdienst gibt – und das nicht erst seit gestern. Wir werden deshalb die bundeseinheitliche Rufnummer 116 117 stärker bewerben. Dazu haben wir bereits die ersten Maßnahmen beschlossen – unter anderem wird die Kampagne der Vertragsärzte und Vertragspsychotherapeuten auch einen Fokus auf die 116 117 legen.

Zweitens werden wir – wie im Konzept KBV 2020 vorgesehen – die regionale Zusammenarbeit mit den Kliniken für eine koordinierte Notfallversorgung voranbringen. Dafür haben wir der Deutschen Krankenhausgesellschaft mehrfach unsere Zusammenarbeit angeboten. Das kann beispielsweise über die Einrichtung von Portalpraxen an Kliniken geschehen, die entweder von den Vertragsärzten, oder aber in Kooperation mit Klinikärzten betrieben werden. Da gibt es in den Regionen schon hervorragende und gut funktionierende Modelle. Fakt ist: Wir brauchen eine vernünftige Triagierung der Patienten, um die echten Notfälle von den leichten Fällen zu trennen. Denn in die Klinikambulanzen gehören nur die wirklich schweren Fälle. Nur für diese Patienten werden die entsprechende Technik und das entsprechende Personal vorgehalten. Alle anderen, man muss es leider so sagen, verstopfen die Notfallambulanzen zulasten derjenigen, die sie dringend nötig haben.

Drittens sind wir vom Gesetzgeber aufgefordert, im ergänzten Bewertungsausschuss ein neues Vergütungssystem für den Notfalldienst zu etablieren, das nach Schweregrad der Fälle unterscheidet. Natürlich erkennen wir an, dass eine Krankenhausambulanz mit den nach EBM-Vergütung honorierten Notfällen, die eigentlich nicht ins Krankenhaus gehören, ihre technischen und personellen Aufwände nicht decken kann. Die EBM-Vergütung von ca. 32 Euro pro Fall gleicht die Kosten einer Notfallambulanz von ca. 120 Euro pro Fall nicht aus. Zur ganzen Wahrheit gehört aber auch: Für die leichten Fälle, die eigentlich im vertragsärztlichen Bereitschaftsdienst behandelt werden müssten, ist eine Klinikambulanz eben nicht gedacht.

Es liegt jetzt ein Konzept der KBV vor, das Elemente der Vorschläge der Deutschen Krankenhausgesellschaft und des GKV-Spitzenverbandes für eine neue Notfallvergütung zusammenführt. Ich denke, mit diesem Vorschlag kommen wir zu einer Vergütung, die die Bedürfnisse der Kliniken sachgerecht abbildet. Nun liegt der Ball im Feld der DKG – ich denke, unser Ansatz ist nachvollziehbar und konsensfähig.

Allerdings fordern wir von den Kliniken auch, sich für eine weitergehende kooperative Zusammenarbeit zu öffnen. Wenn manche Krankenhäuser offensiv damit werben, Patienten an 24 Stunden am Tag und an sieben Tagen in der Woche in ihren Ambulanzen zu versorgen, dann ist das Ziel klar: Man versucht über die Notfallambulanzen neue Patienten zu akquirieren, um unausgelastete Klinikabteilungen aufzufüllen. Deswegen habe ich in den vergangenen Monaten immer wieder darauf hingewiesen, dass die Zahl der sogenannten ambulant-sensitiven Krankenhausfälle deutlich zugenommen hat. Jener Fälle also, die zwar als Kurzzeitlieger im Krankenhaus behandelt wurden, die dort aber eigentlich nicht hingehört hätten. Die Kosten, die sich aus solchen ASK-Fällen summieren, und die Kosten, die aus Behandlungen von leichten Fällen in den Notfallambulanzen entstehen, sind beträchtlich. Sie liegen bei etwa 5 Milliarden Euro im Jahr, die dem vertragsärztlichen Vergütungssystem entzogen werden. Gelder, die an anderer Stelle in der ambulanten Versorgung fehlen.

Wir sollten deshalb offen diskutieren, wie die Überkapazitäten abgebaut werden und wie der Grundsatz „ambulant vor stationär“ stärker berücksichtigt werden kann. Er ist ja nicht ohne Grund in das SGB V aufgenommen worden. Unter anderem auch deshalb, weil unnötige Krankenhausbehandlungen schlichtweg zu teuer sind, wie wir am Thema Notfallversorgung deutlich beobachten können.

Vielen Dank.

(Es gilt das gesprochene Wort.)

## Ambulante Notfallversorgung – Fakten und Zahlen

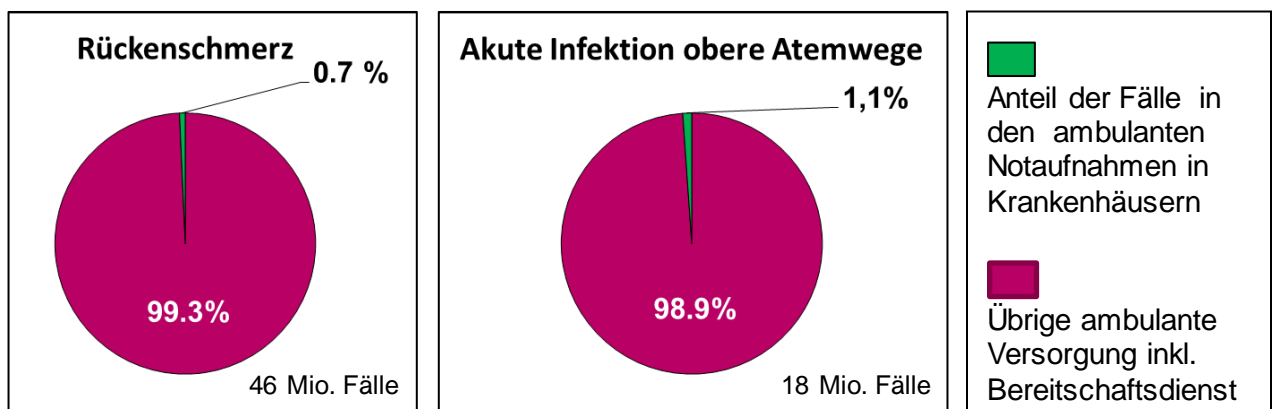
### Begriffsklärung

- Wenn Versicherte die Notfallambulanz eines Krankenhauses oder den vertragsärztlichen Bereitschaftsdienst aufsuchen, wird dies rein administrativ als Notfall bezeichnet. Die Inanspruchnahme erfolgt nicht etwa nur nachts oder am Wochenende sondern auch während der Praxisöffnungszeiten. Der Ort, die Zeit und die administrative Bezeichnung der Inanspruchnahme sagen aber nichts über die wahre Dringlichkeit der Behandlung aus.
- Viele dringliche Behandlungsfälle werden allerdings während der regulären Praxisöffnungszeiten von den niedergelassenen Ärzten behandelt.

### Zahlenverhältnisse

- Jährlich werden etwa 580 Millionen Behandlungsfälle im vertragsärztlichen Sektor betreut. Viele dieser Behandlungsfälle haben die gleichen Behandlungsanlässe, wie Behandlungsfälle in den Notfallambulanzen der Krankenhäuser, siehe Beispiele akuter Rückenschmerz und Infektion obere Atemwege.

Abbildung 1:



- Allein im ärztlichen Bereitschaftsdienst, also außerhalb der Praxisöffnungszeiten, behandeln die niedergelassenen Ärzte rund 10 Millionen Patienten.
- Jährlich gehen etwa 20 Mio. Patienten durch die Notaufnahmen der Krankenhäuser. Davon
  - wird die Hälfte stationär aufgenommen (diese Patienten stellen die Hälfte aller stationären Fälle dar!)
  - wird die andere Hälfte ambulant behandelt. Diese rund 10 Mio. Patienten gliedern sich in drei Gruppen:
    - **Gruppe 1:** ca. 10 % benötigen keine dringliche Diagnostik und Therapie,
    - **Gruppe 2:** ca. 87 % werden wie in der vertragsärztlichen Versorgung behandelt,
    - **Gruppe 3:** ca. 3 % haben schwerwiegendere Erkrankungen.

## Bewertung

- Der größte Anteil der ambulanten Versorgung findet in den Praxen statt; eine vergleichsweise kleine Anzahl von Behandlungsfällen wird der Notfallversorgung zugerechnet, an der auch die Krankenhäuser beteiligt sind.
- Der größte Teil der Notfallversorgung findet ambulant in Praxen oder an Krankenhäusern statt. Für die ambulant an Krankenhäusern behandelten Patienten gilt:
  - **Gruppe 1:** Diese Patienten sollten nicht in den Krankenhäusern, sondern in den Arztpraxen zu regulären Sprechzeiten behandelt werden. Dies entlastet die Notaufnahmen.
  - **Gruppe 2:** Diese Patienten können problemlos nach den Regeln der vertragsärztlichen Versorgung behandelt werden. Krankenhäuser sollten hierfür nicht besser gestellt werden als die Praxen der niedergelassenen Ärzte.
  - **Gruppe 3:** Diese Patienten haben einen erhöhten Behandlungsaufwand. Für ihre Behandlung schlägt die KBV einen diagnoseabhängigen Zuschlag vor.

# Univ.-Professor (i. R.) Dr. Günter Neubauer

---

## Direktor des Instituts für Gesundheitsökonomik (IfG), München

- 2016 Direktor des Instituts für Gesundheitsökonomik (IfG), München, (seit 1991)
- Mitglied in verschiedenen Beratungs- und Aufsichtsgremien der Gesundheitswirtschaft im In- und Ausland
- 2016 Vorstand von Health Care Bayern e.V. (seit 2010)
- Vorsitzender des Erweiterten Bewertungsausschusses für Zahnärzte
- 1976 bis 2006 Professor für Volkswirtschaftslehre an der Universität der Bundeswehr, München  
Forschungsschwerpunkt: Gesundheitsökonomie
- 1991 bis 2009 Mitglied in verschiedenen Schiedsämtern der GKV
- 1999 bis 2000 Dekan der Fakultät für Wirtschafts- und Organisationswissenschaften
- 1997 bis 1999 Mitglied der Arbeitsgruppe „Organisation und Finanzierung der Universitäts-Klinika“ des Wissenschaftsrates
- 1991 bis 1998 Mitglied des Sachverständigenrates für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen
- 1998 Mitglied der Sachverständigenkommission zur Strukturreform des Universitätsklinikums des Saarlandes
- 1996 Vorsitzender der Kommission zur Strukturreform der Bayerischen Universitätsklinik
- 1992 Vorsitzender der Expertenkommission „Reform der Krankenhausfinanzierung“ beim Bundesministerium für Gesundheit
- 1987 bis 1990 Mitglied der Enquete-Kommission des Deutschen Bundestages „Reform der GKV“

*Autor zahlreicher Bücher, Forschungsberichte und Aufsätze zu den verschiedenen Themenfeldern der Gesundheitsökonomie.*

•  
•  
•

# Univ.-Prof. Dr. Günter Neubauer

## Kritische Analyse des „Gutachten zur ambulanten Notfallversorgung im Krankenhaus - Fallkostenkalkulation und Strukturanalyse“

Expertise  
für das Zentralinstitut für die kassenärztliche  
Versorgung (ZI)

Dezember 2016



INSTITUT FÜR GESUNDHEITSÖKONOMIK

[www.ifg-muenchen.com](http://www.ifg-muenchen.com)

# Gliederung

1. Repräsentativität
2. Validität der Ergebnisse
3. Kostenkalkulation und Vergütungshöhe
4. Vergütung der Hochschulambulanzen als Benchmark
5. Notfälle als Bettenfüller
6. Implizite Ko-Finanzierung der Notfallversorgung durch das DRG Entgeltsystem
7. Gibt es ein Finanzierungsdefizit?



# Das MCK-DGINA-Gutachten

## Gutachten zur ambulanten Notfallversorgung im Krankenhaus - Fallkostenkalkulation und Strukturanalyse

### Fallkostenkalkulation - Datengrundlage:

- 55 Krankenhäuser
- 612.070 Fälle

### Fallkostenkalkulation - Ergebnisse:

- durchschnittlichen Kosten für ambulante Notfallpatienten: **120 €** (126 € 55 KH) pro Fall.
- Fehlbetrag: **88 €** pro Fall
- Gesamtdefizit der Krankenhäuser: **1 Mrd. €**

# 1. Repräsentativität

Die Untersuchung genügt nicht den Anforderungen einer repräsentativen Studie.  
Kritisch zu sehen sind:

- die Methode der Ziehung (keine Stichprobe)
- das Fehlen einer Schichtung nach wirtschaftlicher Situation
- die geringe Teilnehmerzahl




Die teilnehmenden Krankenhäuser lassen keinen Rückschluss auf die Grundgesamtheit zu, Verzerrungseffekte sind wahrscheinlich

## 2. Validität der Ergebnisse

Die Kostenzurechnung nach der InEK-Systematik ist mit der betriebswirtschaftlichen Kalkulation der EBM-Gebühren nicht kompatibel:

- Die InEK-Kalkulation ist in weiten Teilen eine Zuschlagskalkulation, in der die Gemeinkosten des Krankenhauses auf die Kostenträger (DRG-Fallgruppen) pauschal zugeordnet werden
- Der EBM stellt eine betriebswirtschaftliche Einzelkostenkalkulation dar, nach der der normierte Aufwand pro EBM-Einzelleistung kalkuliert wird.

 Leerkapazitäten in der InEK- Kalkulation werden als Kosten zugerechnet, während in der Arztpraxis Leerkapazitäten keine kalkulatorische Berücksichtigung finden und als unternehmerisches Risiko des Praxisinhabers gelten.

Die kalkulierten Kosten des Krankenhauses für die ambulante Notfallversorgung beinhalten auch die Leerkapazitäten von rund 20%

### 3. Kostenkalkulation und Vergütungshöhe

Nicht berücksichtigt bei der Kosten (bzw. Defizit) -ermittlung werden:

- Notfallzuschläge: alle Krankenhäuser, die an der Notfallversorgung teilnehmen, erhalten eine Zuschlagspauschale von 5 € pro stationärem Patienten
- Fixkostendegressionseffekte durch die höhere Auslastung der Infrastruktur
- Unwirtschaftlichkeiten (z.B. überhöhte Diagnostik)

 Keine wirtschaftliche und bedarfsgerechte Versorgung (§ 12 SGB V)!

## 4. Vergütung der Hochschulambulanzen als Benchmark

- Als Vergleichswert für eine adäquate Vergütung kann die Vergütung der Polikliniken der Universitätsklinik herangezogen werden.
- Die Vergütungen erreichen dort Werte von 60 €-100 €je Fall

## 5. Notfälle als Bettenfüller

Die Beteiligung an der Notfallversorgung ist für Krankenhäuser betriebswirtschaftlich existentiell:

- Rund die Hälfte aller stationären Krankenhauspatienten wird über die Notfallaufnahme generiert.
- Unabhängigkeit von Zuweisern steigt



Wird im MCK-DGINA-Gutachten nicht berücksichtigt!

## Übersicht der wichtigsten 10 Risiken laut Befragung einer Expertengruppe:

| Top 10 | Risikobeschreibung  |
|--------|---|
| 1      | Kapazitätsgrenzen der Notfallaufnahme sind erreicht / Notaufnahme wurde "abgemeldet"    |
| 2      | Weniger Patienten aufgrund von sinkenden Einweisungen durch niedergelassene Ärzte       |
| 3      | Weniger Patienten aufgrund von sinkenden Einweisungen durch Rettungsdienste / Nothilfe  |
| 4      | Der Basisfallwert steigt nicht wie erwartet   |
| 5      | Fehlerhafte Kodierung – Leistungen werden zu niedrig abgerechnet                        |
| 6      | Mindestmengen werden nicht erreicht – Schließung von "rentablen" Stationen / Indikation |
| 7      | Vakante Stellen in der Pflege / Fachkräftemangel  |
| 8      | Betriebskosten werden durch DRG / Bewertungsrelationen / Basisfallwert nicht gedeckt    |
| 9      | Leistung wird nicht abgerechnet / Es findet keine Kodierung statt                       |
| 10     | Überlastetes / unmotiviertes Personal beeinflusst das Behandlungsergebnis negativ       |

Quelle: Helmers Masterthese 2016

## 6. Implizite Ko-Finanzierung der Notfallversorgung durch das DRG Entgeltsystem

Implizite Finanzierung durch die DRG Vergütung für Krankenhäuser die an der Notfallversorgung teilnehmen: (inklusive der Vorhaltekosten für Notaufnahmen):

|   |                |
|---|----------------|
| stationäre Fallzahl (nur Häuser mit Notfallversorgung): | ca. 17.300.000 |
| stationäre Notfälle:                                    | ca. 8.100.000  |
| ambulante Notfälle:                                     | ca. 8.500.000  |

- 865 Mio. € sind der stationären und ambulanten Notfallvergütung zuzuordnen:

➔  $50 \text{ € pro stationärem Fall: } 17.300.000 * 50 \text{ €} = \mathbf{865 \text{ Mio. €}}$

- Teilt man **ein Drittel** dieser Summe den ambulanten Notfällen zu, ergibt sich ein Finanzierungsbeitrag von 33,6 € pro ambulanten Notfall:

➔  $865 \text{ Mio. €} * 0,33 = 285,45 \text{ Mio. €}$   
 $285,45 \text{ Mio. €} / 8.500.000 = \mathbf{33,6 \text{ €}}$

- Wird **die Hälfte** der Summe den ambulanten Notfällen zugeordnet, errechnet sich ein Finanzierungsanteil von 51 € pro ambulanten Notfall.

➔  $865 \text{ Mio. €} * 0,5 = 432,5 \text{ Mio. €}$   
 $432,5 \text{ Mio. €} / 8.500.000 = \mathbf{51 \text{ €}}$



## 7. Gibt es ein Finanzierungsdefizit?

Entgeltsumme pro ambulantem Notfall:

- Expliziter Zuschlag auf die DRG Fallpauschalen: **5 €** bzw. **10 €** nur für ambulante Notfälle
  - Implizite Finanzierung durch die DRG Vergütung für Krankenhäuser die an der Notfallversorgung teilnehmen: **33,6 €** bzw. **51 €**
  - Von den Kassenärztlichen Vereinigungen gezahlten ambulanten Notfallpauschalen: **32 €**
- = **Entgeltsumme pro ambulantem Notfall: Zwischen 70,6 € und 93 €**


Das entspricht einer Gesamtsumme zwischen **600 Mio. €** und **791 Mio. €**

(70,6 €\* 8.500.000 ambulante Patienten bzw. 93 €\* 8.500.000 ambulante Patienten)

- Zuzüglich Wirtschaftlichkeitsreserven!

## Fazit

- Das im MCK-DGINA-Gutachten angegebene Defizit von 1 Mrd. € ist **nicht** haltbar
- Pro ambulantem Notfall ist den Krankenhäusern eine Finanzierung zwischen **70,6 €** und **93 €** zuzurechnen
- Weiterhin müssen **Effekte der Fixkostendegression** und **Unwirtschaftlichkeiten** bei der Kostenberechnung berücksichtigt werden.
- Bei einer Erhöhung der ambulanten Notfallpauschale durch die KVen werden Bereinigungsrechnungen erforderlich

 Für repräsentative und valide Ergebnisse ist eine weitere Untersuchung erforderlich bzw. das MCK-DGINA-Gutachten ist als Grundlage für die Neuregelung der ambulanten Notfallversorgungen nach **§ 87 Abs. 2a S. 23f SGB V (neu)** ungeeignet.

•  
•  
•

**Vielen Dank für Ihre Aufmerksamkeit!**



INSTITUT FÜR GESUNDHEITSÖKONOMIK

Frau-Holle-Str. 43, 81739 München

Tel. 089 / 60 51 98

Fax: 089 / 606 11 87

E-Mail: [ifg@ifg-muenchen.com](mailto:ifg@ifg-muenchen.com)

[www.ifg-muenchen.com](http://www.ifg-muenchen.com)



Kassenärztliche  
Bundesvereinigung

Körperschaft des öffentlichen Rechts

P R E S S E M I T T E I L U N G

Gassen: „Sinnvolle Lösungen für Patienten finden“

Notfallversorgung – **Gutachten von Prof. Günter Neubauer zeigt gravierende Fehler bei grundlegenden Annahmen der Deutschen Krankenhausgesellschaft (DKG) auf. Vorschläge der KBV zur Entlastung der Notfallambulanzen.**

**Berlin, 2. Dezember 2016** – „Nun liegt der Ball im Feld der DKG. Unsere Vorschläge helfen den Patienten und sorgen für eine Entlastung der Notfallambulanzen in den Krankenhäusern“, erklärte Dr. Andreas Gassen, Vorstandsvorsitzender der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV), heute in Berlin. „Wir schlagen vor, dass der Patient bereits bei seiner Ankunft im Krankenhaus von einem Arzt begutachtet wird, der dann entscheidet, ob der Patient im Krankenhaus verbleiben soll oder in einer vertragsärztlichen Praxis weiterbehandelt wird. Die erste Begutachtung des ankommenden Patienten kann sowohl durch einen niedergelassenen Arzt als auch einen stationär-tätigen Kollegen erfolgen“, erläuterte der KBV-Chef.

Die Zahlen sprechen eine deutliche Sprache: Im ambulanten Notdienst werden jährlich 20 Millionen Behandlungsfälle nahezu hälftig von Krankenhäusern und kassenärztlichem Notdienst behandelt. Weitere 10 Millionen Patienten, die in die Krankenhausnotaufnahmen kommen müssen stationär aufgenommen werden. „Von den also insgesamt 20 Millionen Krankenhausnotfällen müssen wir uns die rund zehn Millionen Fälle genauer betrachten, die ambulant weiterbehandelt werden. Nationale und Internationale Studien zeigen, dass zehn Prozent der Patienten akut keinerlei dringliche medizinische Hilfe benötigen. Der größte Anteil von 87 Prozent der Patienten gehört eigentlich in den ärztlichen Bereitschaftsdienst und in die normale ambulante Versorgung“, führte Gassen aus. Sie sollten von dem begutachtenden Arzt dorthin überwiesen werden. „Dies könnten die Krankenhäuser wie bisher nach Sätzen im Einheitlichen Bewertungsmaßstab (EBM) berechnen. Für die schweren und besonders aufwändigen Fälle schlagen wir Zuschläge vor, etwa in Form eines Schwergradzuschlags“, sagte er.

*Dezernat Kommunikation*

*Herbert-Lewin-Platz 2, 10623 Berlin*

*Postfach 12 02 64, 10592 Berlin*

*Tel.: 030 4005-2202*

*Fax: 030 4005-2290*

*E-Mail: [presse@kbv.de](mailto:presse@kbv.de)*

*Internet: [www.kbv.de](http://www.kbv.de)*

„Das ist unser Angebot an die DKG. Die Vorteile liegen auf der Hand: Die Notfallambulanzen werden entlastet und der Patient wird an der für ihn sinnvollsten Stelle versorgt.“ Er appellierte an die DKG, darüber in einen sachlichen Dialog mit der KBV zu treten. „Lassen Sie uns die starren Grenzen der Sektoren verlassen“, forderte er.

Zum Hintergrund: Der Gesetzgeber hat den Parteien der gemeinsamen Selbstverwaltung, der KBV, dem Spitzenverband der gesetzlichen Krankenversicherung und der Deutschen Krankenhausgesellschaft mit dem Krankenhausstrukturgesetz den Verhandlungsauftrag erteilt, die Vergütung der ambulanten Notfallbehandlung an den Krankenhäusern bis Jahresende 2016 neu zu regeln.

**Die Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV):**

Die KBV vertritt die politischen Interessen der rund 165.000 an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Ärzte und Psychotherapeuten auf Bundesebene. Sie ist der Dachverband der 17 Kassenärztlichen Vereinigungen (KVen), die die ambulante medizinische Versorgung für 70 Millionen gesetzlich Versicherte in Deutschland sicherstellen. Die KBV schließt mit den gesetzlichen Krankenkassen und anderen Sozialversicherungsträgern Vereinbarungen, beispielsweise zur Honorierung der niedergelassenen Ärzte und zum Leistungsspektrum der gesetzlichen Krankenkassen. Die KVen und die KBV sind als Einrichtung der ärztlichen Selbstverwaltung Körperschaften des öffentlichen Rechts. Mehr Informationen im Internet unter: [www.kbv.de](http://www.kbv.de).

Aktuelle Informationen der KBV erhalten Sie auch in unserem wöchentlichen Newsletter PraxisNachrichten unter [www.kbv.de/praxisnachrichten](http://www.kbv.de/praxisnachrichten) sowie über die App KBV2GO! unter [www.kbv.de/kbv2go](http://www.kbv.de/kbv2go). Beide Angebote sind kostenlos.

**Ansprechpartner für die Presse:**

**Dr. Roland Stahl**, Tel.: 030 4005-2201

**Tanja Hinzmann**, Tel.: 030 4005-2240

## Pressemitteilung

### **Datenbasis fragwürdig, Kostenkalkulation löchrig, Schlussfolgerungen falsch**

#### **Zi kritisiert Gutachten zu finanziellen Folgen der Notfallversorgung für Krankenhäuser**

**Berlin, 2. Dezember 2016** In der Diskussion um Kosten der Notfallversorgung in Krankenhäusern hat das Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung (Zi) ein Gutachten der MCK-Beratungsgesellschaft als fragwürdig und in Teilen falsch kritisiert.

Führende Wissenschaftler vom Institut für Gesundheitsökonomik (IfG) in München analysierten im Auftrag des Zi das Gutachten, das die Management Consult Kestermann GmbH (MCK) für die Deutsche Krankenhausgesellschaft (DKG) und die Deutsche Gesellschaft interdisziplinäre Notfall- und Akutmedizin (DGINA) erstellt hatte. „Das Papier weist hinsichtlich der betriebswirtschaftlichen Kalkulationen so erhebliche Mängel auf, dass es keine Grundlage für eine sachgerechte Diskussion über Vergütungsleistungen sein kann“, bilanziert IfG-Ökonom Prof. Günter Neubauer die Untersuchung.

Die Kritik stützt sich auf mehrere Aspekte:

- Die Datengrundlage ist fragwürdig. Bereits die Verfasser des MCK-Gutachtens erklären, die Auswahl der befragten 55 Krankenhäuser sei nicht repräsentativ. „In der Tat ist die Stichprobe sehr klein und in ihrer Zusammensetzung nicht nachvollziehbar. ‚Fallbeispiele‘ wäre daher die treffendere Bezeichnung“ sagt Neubauer. Er weist auf das Fehlen von Krankenhäusern in privater Trägerschaft hin. Auffällig sei auch auf die hohe Zahl teilnehmender Krankenhäuser hin, die mit wirtschaftlichen Problemen kämpfen. Die Ergebnisse können folglich keinesfalls als Beschreibung der Situation von Notfallmedizinern an Krankenhäusern allgemein in Deutschland gelten.
- Die Kostenkalkulation, die auf den Daten aufbaut, folgt der Systematik zur Vergütung stationärer Leistungen von Krankenhäusern; aus dem sogenannten DRG-Entgeltsystem lassen sich aber kaum Schlüsse für die ambulante Vergütungsentwicklung ziehen. Es passt methodisch nicht zur Berechnung der Gebühren in der ambulanten vertragsärztlichen Versorgung.
- Im Ergebnis hält das MCK-Gutachten erhebliche Mehrbelastungen für Krankenhäuser für die Behandlung ambulanter Notfälle fest. Die Berechnung legt jedoch nahe, dass eine Reihe von Unwirtschaftlichkeiten unkritisch übernommen und damit die Kostenansätze über Gebühr und unnötig gesteigert worden sind. „Es ist nicht ersichtlich, warum aus Mitteln der vertragsärztlichen Versorgung ambulante Behandlungen im Krankenhaus so vergütet werden sollen, dass regelmäßig aufwändigere Diagnostik und damit höhere Kosten ausgelöst werden als in einer Arztpraxis“,

sagt dazu Dr. Dominik von Stillfried, Geschäftsführer des Zi.

- Nicht berücksichtigt hatten die MCK-Gutachter außerdem, dass die Krankenhäuser bereits eine Entschädigung für die Vorhaltekosten von Notfallambulanzen im Rahmen der DRG-Vergütung erhalten. Krankenhäuser, die nicht an der Notfallversorgung teilnehmen, müssen für alle stationär behandelten Fälle einen Abschlag von 50 Euro hinnehmen. Auf diese Weise erhalten die an der Notfallversorgung teilnehmenden Krankenhäuser jährlich einen hohen dreistelligen Millionenbetrag für die mit der Notfallbehandlung verbundenen Gemeinkosten. Je nach Berechnungsgrundlage summiert sich der Betrag auf 600 Millionen bis 791 Millionen Euro – das im MCK-DGINA-Gutachten angegebene Defizit von einer Milliarde Euro für Notfall-Krankenhäuser entspricht folglich nicht tatsächlichen Werten.

Prof. Neubauer fordert angesichts dieser Gesichtspunkte neue Berechnungsgrundlagen für jedwede Fallkostenanalyse: „Berücksichtigt man die Tatsache, dass die Krankenhäuser heute Ambulanzen betreiben, um ihre Betten auszulasten, bedarf es einer sorgfältigen Aufschlüsselung der Gemeinkosten auf die in den Ambulanzen behandelten Fälle und eines Abgleichs mit den bereits erfolgten Ausgleichszahlungen. Erst danach können Fallkosten rein ambulant behandelte Fälle verlässlich kalkuliert werden.“

Dr. von Stillfried würdigt die IfG-Analyse als wichtigen Diskussionsbeitrag zur Finanzierung des Gesundheitswesens. „Die Expertise des IfG zeigt uns, an welchen Stellen wir ansetzen müssen, um die Fallkosten in der Notfallbehandlung künftig zuverlässig berechnen zu können. Dabei sollten dann auch die von den Kassenärztlichen Vereinigungen an den Krankenhäusern neu eingerichteten Portalpraxen in gleicher Weise berücksichtigt werden.“

## Hintergrund

Nachdem das Gutachten von MCK von DGINA und DKG im Juni 2015 vorgestellt worden war, hat der Gesetzgeber mit dem Krankenhausstrukturgesetz (KHSG) den Parteien der gemeinsamen Selbstverwaltung, der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV), dem GKV-Spitzenverband (GKV-SV) und der Deutschen Krankenhausgesellschaft (DKG) einen Verhandlungsauftrag erteilt, die Vergütung der ambulanten Notfallbehandlung an den Krankenhäusern bis Jahresende 2016 neu zu regeln.

## Ihre Ansprechpartnerin:

**Kristina Pezzei**, Presse- und Öffentlichkeitsarbeit,  
E-Mail: [kpezzei@zi.de](mailto:kpezzei@zi.de), Tel.: 030 / 4005 2449

## Zentralinstitut für kassenärztliche Versorgung (Zi):

Das Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung in der Bundesrepublik Deutschland ist das Forschungsinstitut der Kassenärztlichen Vereinigungen und der Kassenärztlichen Bundesvereinigung in der Rechtsform einer Stiftung des bürgerlichen Rechts. Das Institut wurde im Jahre 1973 gegründet. Es wird finanziert durch jährliche Zuwendungen der Kassenärztlichen Vereinigungen. Die Forschungsarbeiten und Studien des Zentralinstituts beschäftigen sich vorwiegend mit der vertragsärztlichen Versorgung unter Nutzung der von den Trägern dafür zur Verfügung gestellten Routedaten. Mehr Informationen im Internet unter: [www.zi.de](http://www.zi.de). Das Zi übernimmt auch die Redaktion des Webportals [www.versorgungsatlas.de](http://www.versorgungsatlas.de).

Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung in der Bundesrepublik Deutschland  
Herbert-Lewin-Platz 3, 10623 Berlin, Tel. +49 30 4005 2450; Fax +49 30 4005 2490  
zi@zi.de