

Integrierte Notfallversorgung

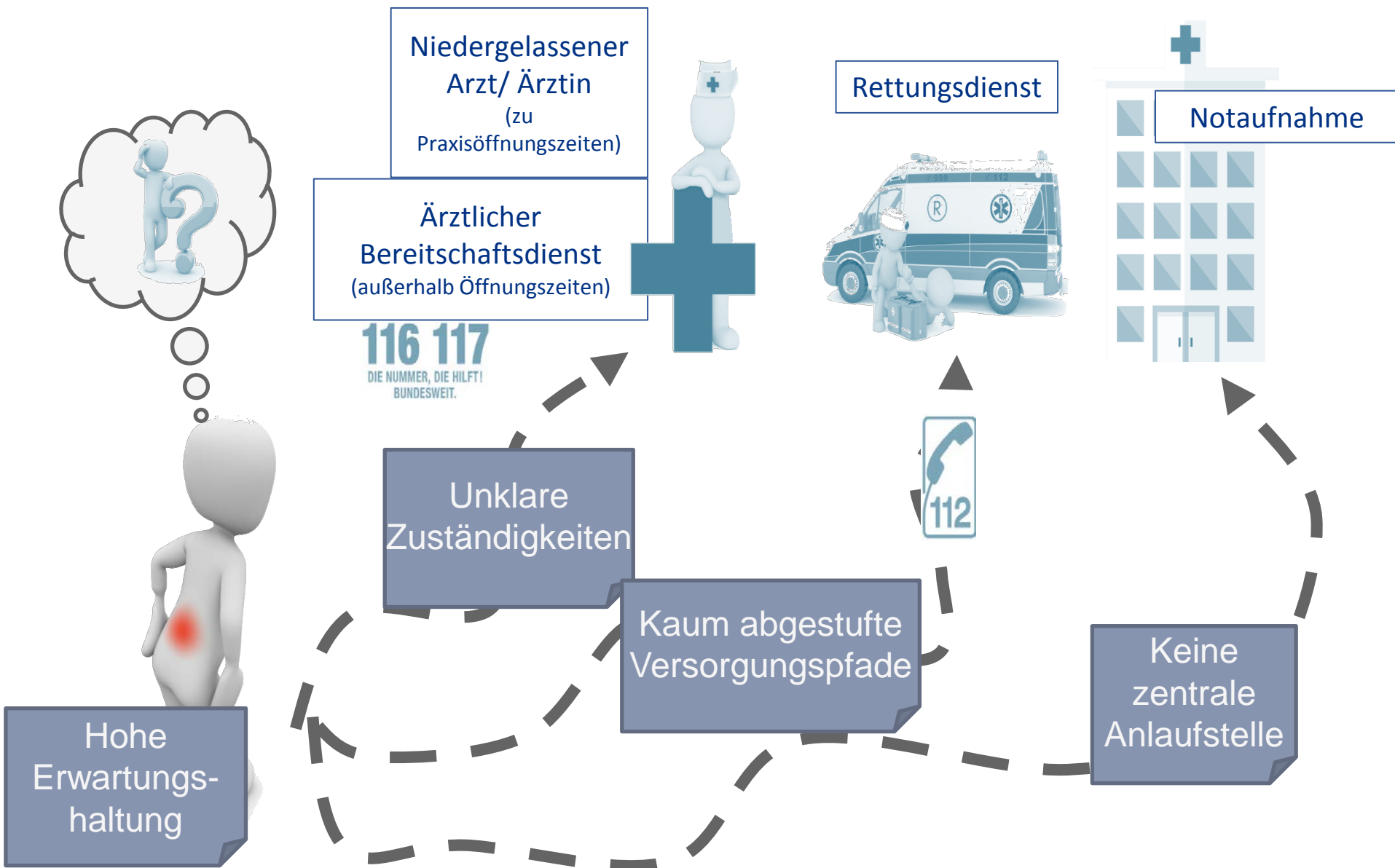


Prof. Dr. Marion Haubitz
Klinikum Fulda, MHH Hannover

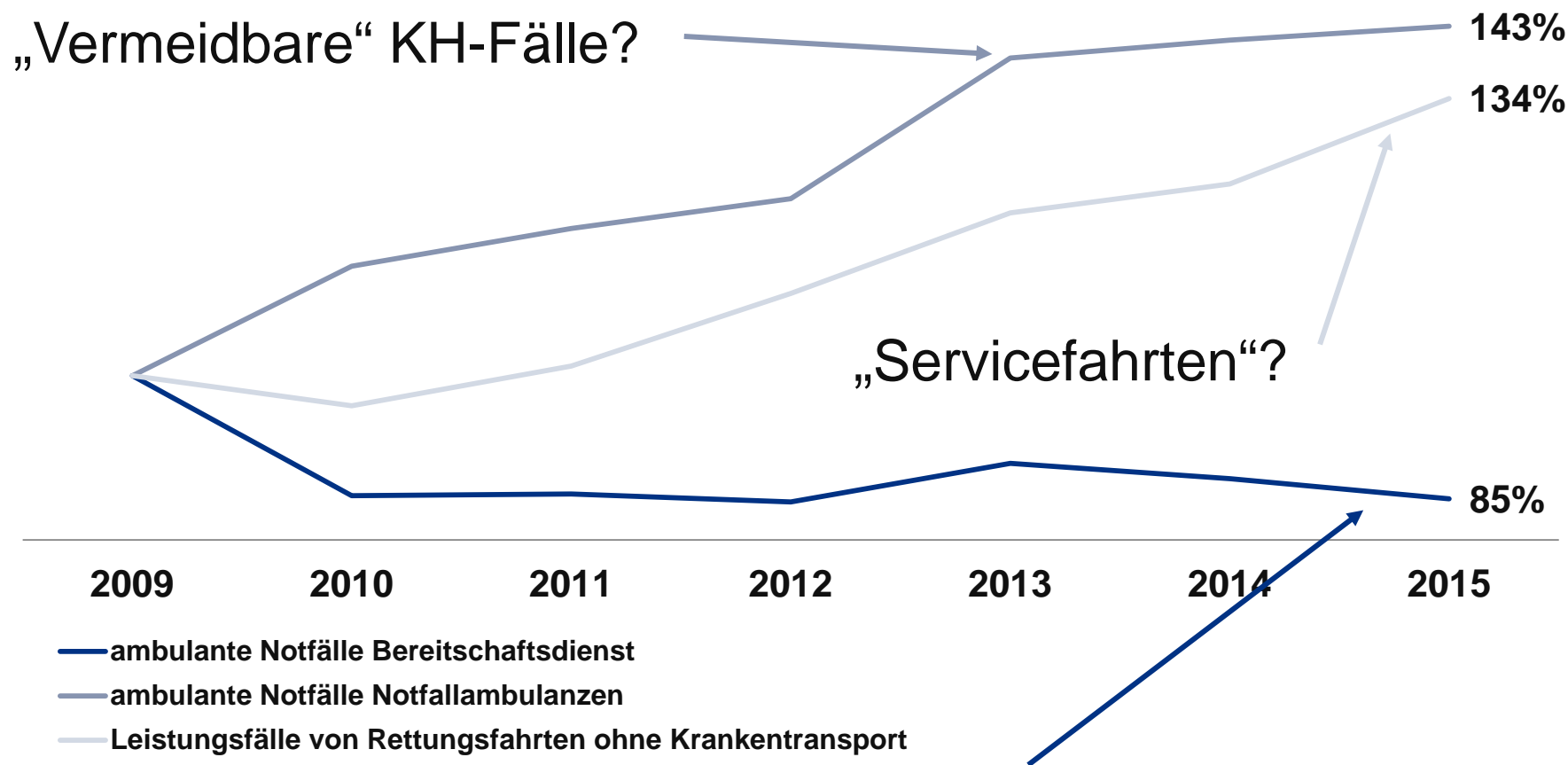
Wichtige Erkrankungen bei Multimorbidität

- **Hypertonie**
- **Diabetes**
- **KHK, Herzinsuffizienz**
- **Fettstoffwechselstörungen**
- **Degener. Gelenkerkrankungen**
- **Osteoporose**
- **Demenz**
- **Niereninsuffizienz**

- **Drei getrennte Sektoren:** Kassenärztlicher Bereitschaftsdienst, Rettungsdienst, Notaufnahmen der Kliniken
- Stark **steigende Inanspruchnahmen**, insbesondere in den Notaufnahmen + lange Wartezeiten
- Kette **finanzieller Fehlanreize**:
z.B. RTW Transporte: i.d.R. kein Geld für Leertransporte
-> mehr Patienten in Rettungsstellen
-> stat. Aufnahmen steigen, da finanziell attraktiver als amb.
- **Überlastung und Unzufriedenheit** des Personals
- **Steigende Kosten**, insbesondere infolge nicht bedarfsgerechter Versorgung auf höheren Versorgungsebenen

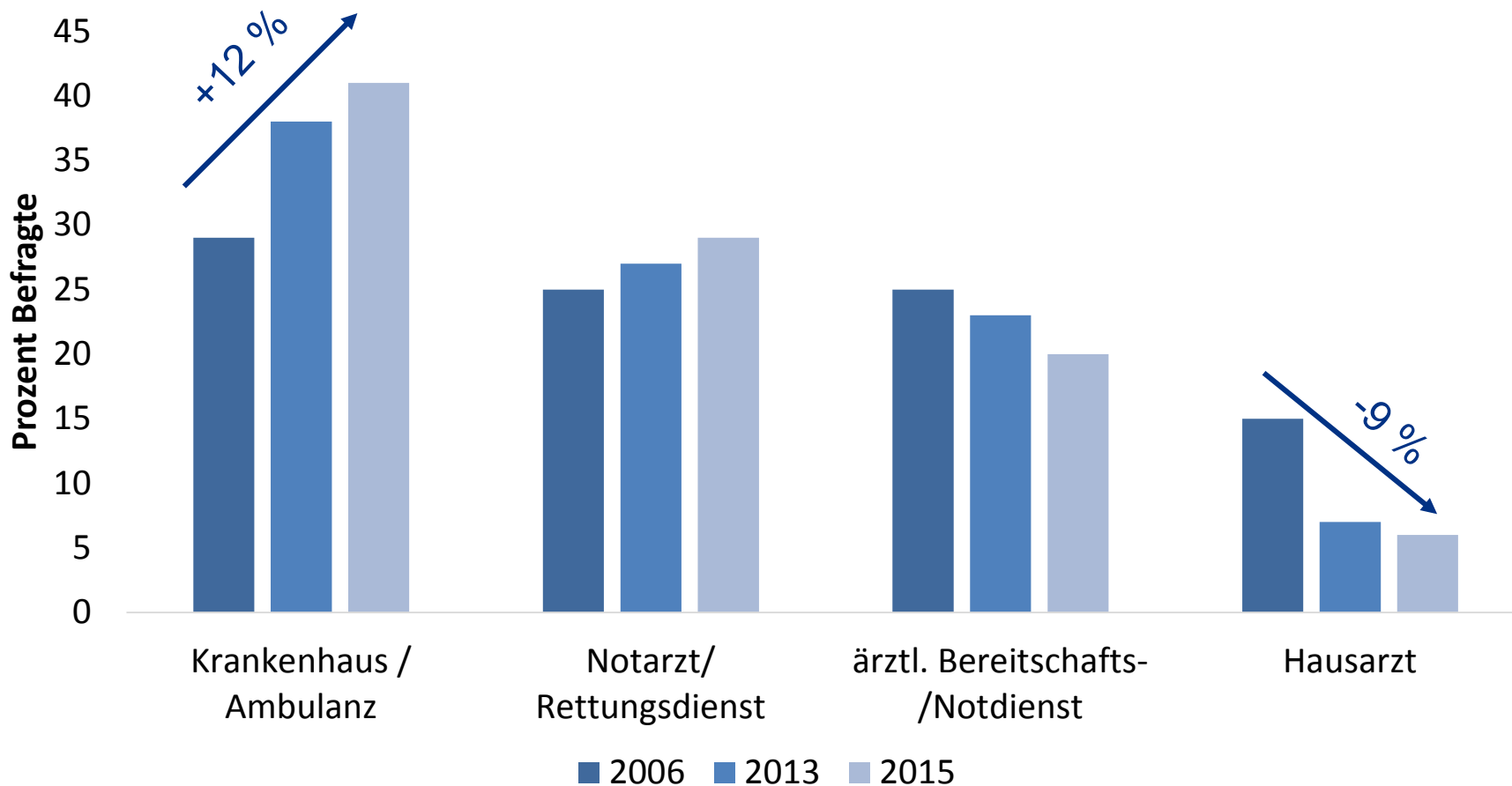


Veränderung der Inanspruchnahme seit 2009



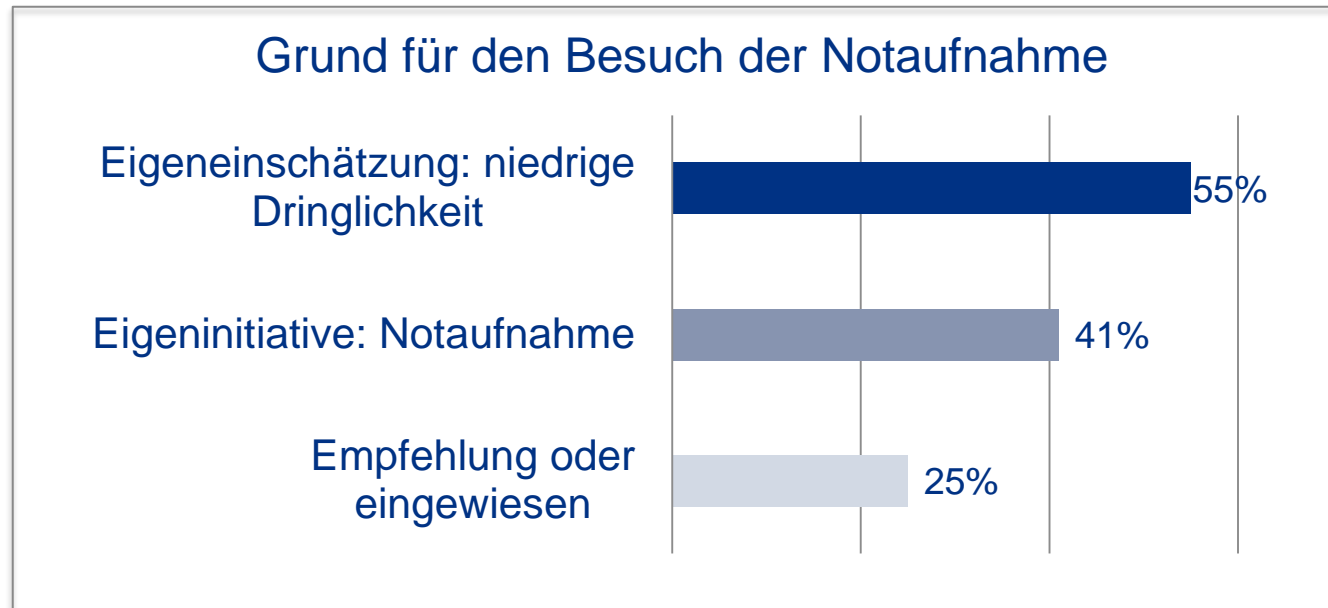
Hier sollte die primäre Notfallversorgung stattfinden

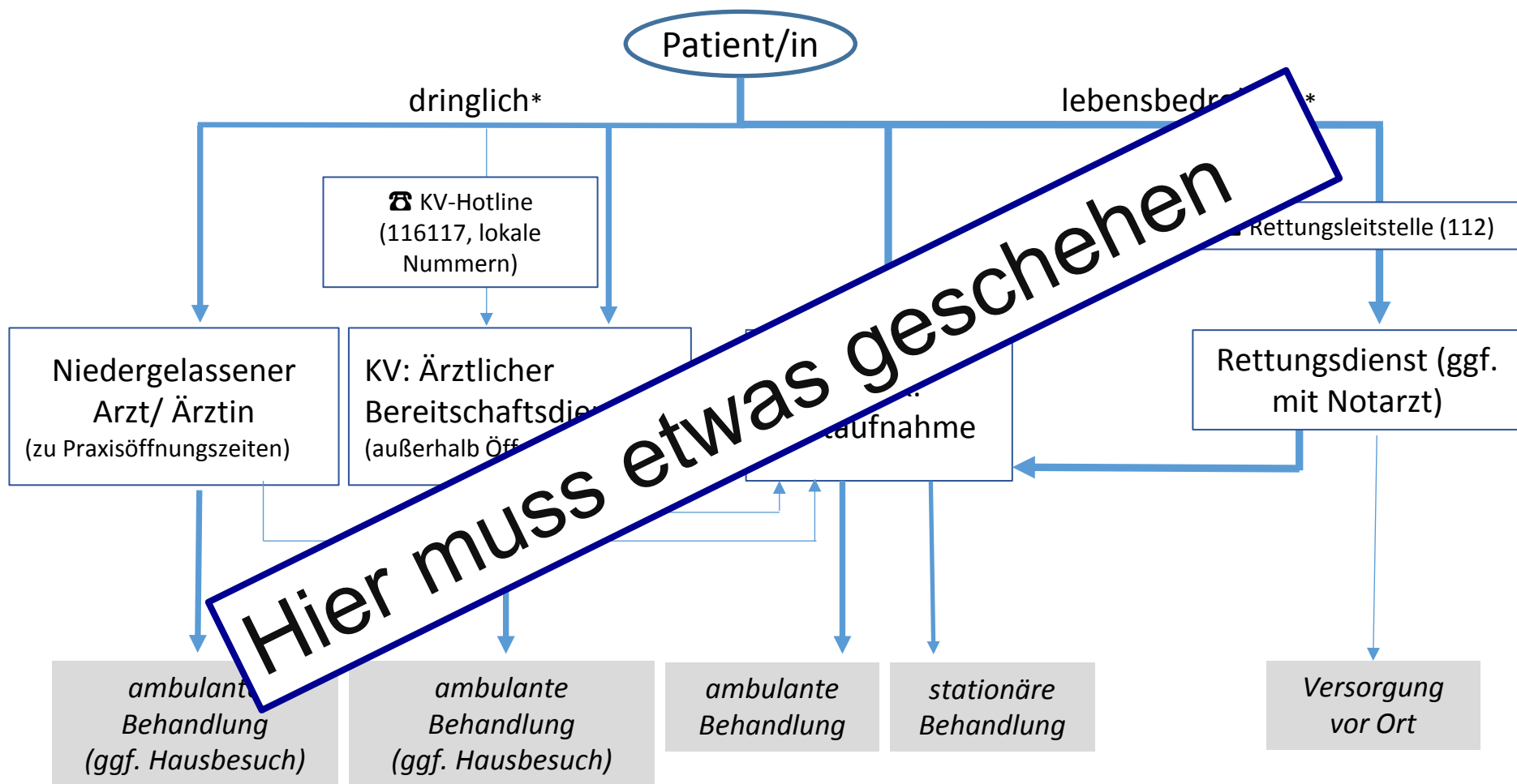
Ärztliche Hilfe nachts oder am Wochenende

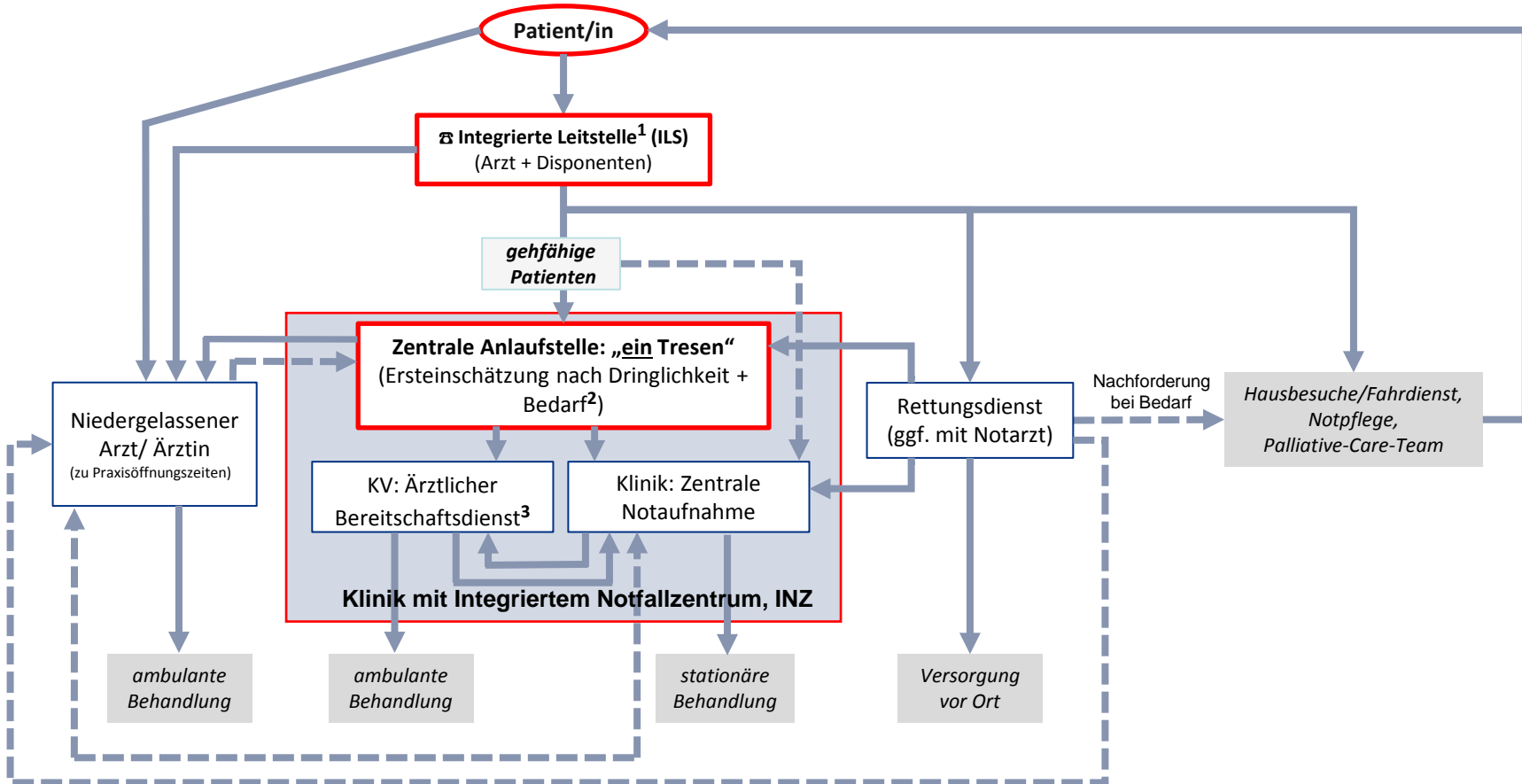


„Wenn Sie oder ein naher Angehöriger nachts oder am Wochenende ärztliche Hilfe brauchen, wohin wenden Sie sich dann?“ Versichertenbefragung (19-79 Jahre) der KBV 2006, 2013 und 2015

- **Befragung im Rahmen der Pino Nord Studie (Scherer et al. 2017):**
 - **Viele Patienten fallen nicht unter die Definition eines medizinischen Notfalls**







- 1 nutzt Notfall-Algorithmen / Versorgungspfade, Zugriff auf verfügbare Ressourcen, bucht Termine bei zentraler Anlaufstelle
- 2 Ersteinschätzung möglichst durch ärztliche „Generalisten“, breit weitergebildete (Allgemein-)Mediziner mit notfallmedizinischer Erfahrung. Die Ersteinschätzung muss unabhängig von Interessenskonflikten, die Patienten stationär aufzunehmen, erfolgen.
- 3 ggf. mit kinder- und/oder augenärztlichem Bereitschaftsdienst und/oder psychiatrischem Kriseninterventionsdienst



■ Integrierte Leitstellen



voll integriert mit nur einer Rufnummer



*Wenn nicht vermeidbar:
verschiedene Nummern*



perspektivisch: horizontale Integration

1. Level z.B. mit Dispatcher / erfahrenen Pflegekräften/MFA
 2. Level: erfahrene, breit weitergebildete (Allgemein)-Ärzte
- aber technisch – gemäß Algorithmen – voll integriert
 - Beendigung der „Kleinstaaterei“ mit je einer (Rettungs-)Leitstelle je Landkreis

■ Zentrenbildung, Triage



**Stationäre Notfallversorgung
nach Stufenkonzept mit
spezialisierten Zentren**

- z.B. für Stroke, Herzinfarkt, Polytrauma
- → *gute Evidenz trotz u.U. längerer Transportwege*



**Triage im Integrierten
Notfallzentrum**

- insbesondere Entscheidung zur stationären Aufnahme unabhängig (von Interessen der Krankenhausträger)

■ Patientensteuerung

- **über IT-gestützte Versorgungspfade**, einheitliche sektorenübergreifende Dokumentation für alle Beteiligten
(ein Tresen mit zwei PCs reicht nicht!)
- **Flankiert durch** (persönliche, mehrsprachige) **Patienteninformation**
- **Transparenz über Wartezeiten** in Notfallpraxis auch **via App**
(Beispiel Dänemark)
- Vergabe **eines individuellen Termins im Integrierten Notfallzentrum (INZ) einer konkreten Klinik (nur) bei vorherigem Anruf bei integrierter Leitstelle** (ansonsten ggf. längere Wartezeit bei Selbstüberweisung *ohne* festgestellte Dringlichkeit bei initialer Triage)
- **aktuell (noch) keine Empfehlung für Eigenbeteiligung**

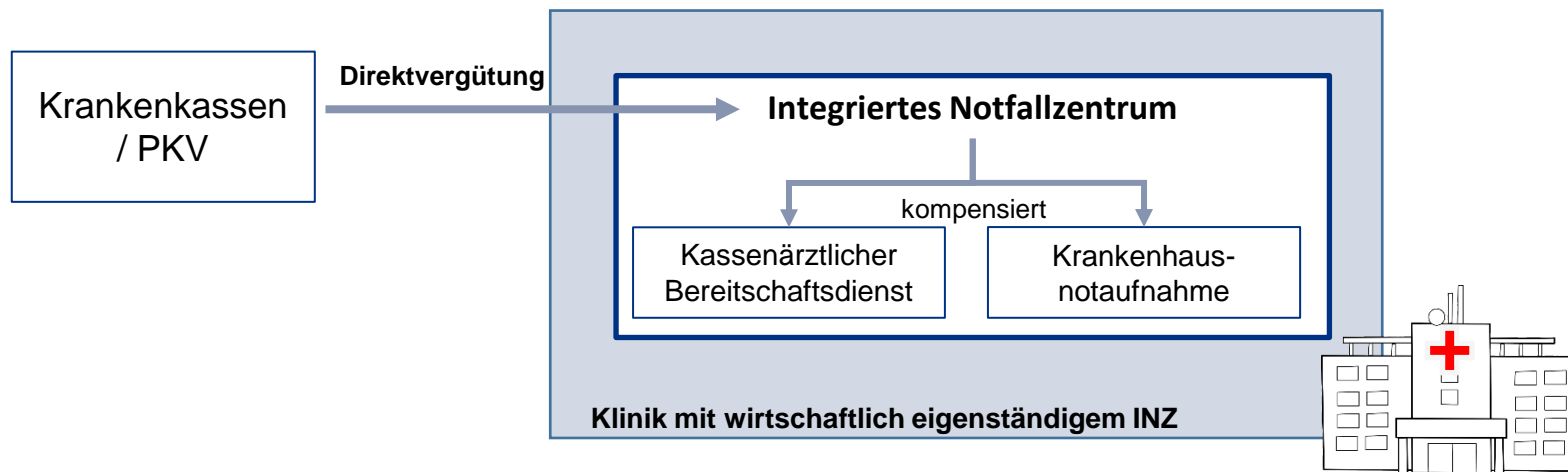
■ Regionale Evaluation und stetige Weiterentwicklung

- **Datenvergleichbarkeit und -verfügbarkeit** (im Rettungsdienst, bei ambulanter und stationärer (Weiter-)Versorgung) **muss** (auch für Versorgungsforschung) **verbessert werden**

- **Ausweitung der Sprechzeiten** niedergelassener Hausärzte sollte gefördert werden
- Es sollten vermehrt **Samstag- und Abendsprechstunden** in der vertragsärztlichen Versorgung angeboten werden
- **Erweiterung der Befugnisse der Notfallsanitäter**
 - einheitlicher Ausbildungsstandard
 - festgelegte Qualifizierungskurse
- Gezielte (multimediale) **Aufklärung der Bevölkerung** über
 - Konzept der gestuften Notfallversorgung in Deutschland
 - zentrale Rufnummer(n)
 - Informationsportale / Apps, Ersthelfer-/First Responder-Konzepte
 - Laienreanimation etc.

■ Zahlungsströme, Trägerschaft und Betreiber

- **Kassen/PKVen zahlen direkt an integriertes Notfallzentrum (INZ)** (eigenständige organisatorische / wirtschaftliche Einheit, aus Krankenhaus herausgelöst, aber auf Campus angesiedelt!)
- INZ kompensiert **Leistungen der Krankenhausnotaufnahme** sowie des **kassenärztlichen Bereitschaftsdienstes**
- Bundesland erstellt **Plan für Notfallversorgung** und legt INZ Standorte fest/ auch **Ausschreibungslösung** denkbar
- **Trägerschaft und Betreiber INZ:** KV und Krankenhaus; **Triage:** KV



■ Finanzierungstopf

- Vergütung der INZ aus **neuem Finanzierungstopf für sektorenübergreifende Notfallversorgung**
- Finanzierungstopf aus **bereinigter morbiditätsbedingter GV und Klinikbudgets** herausgelöst



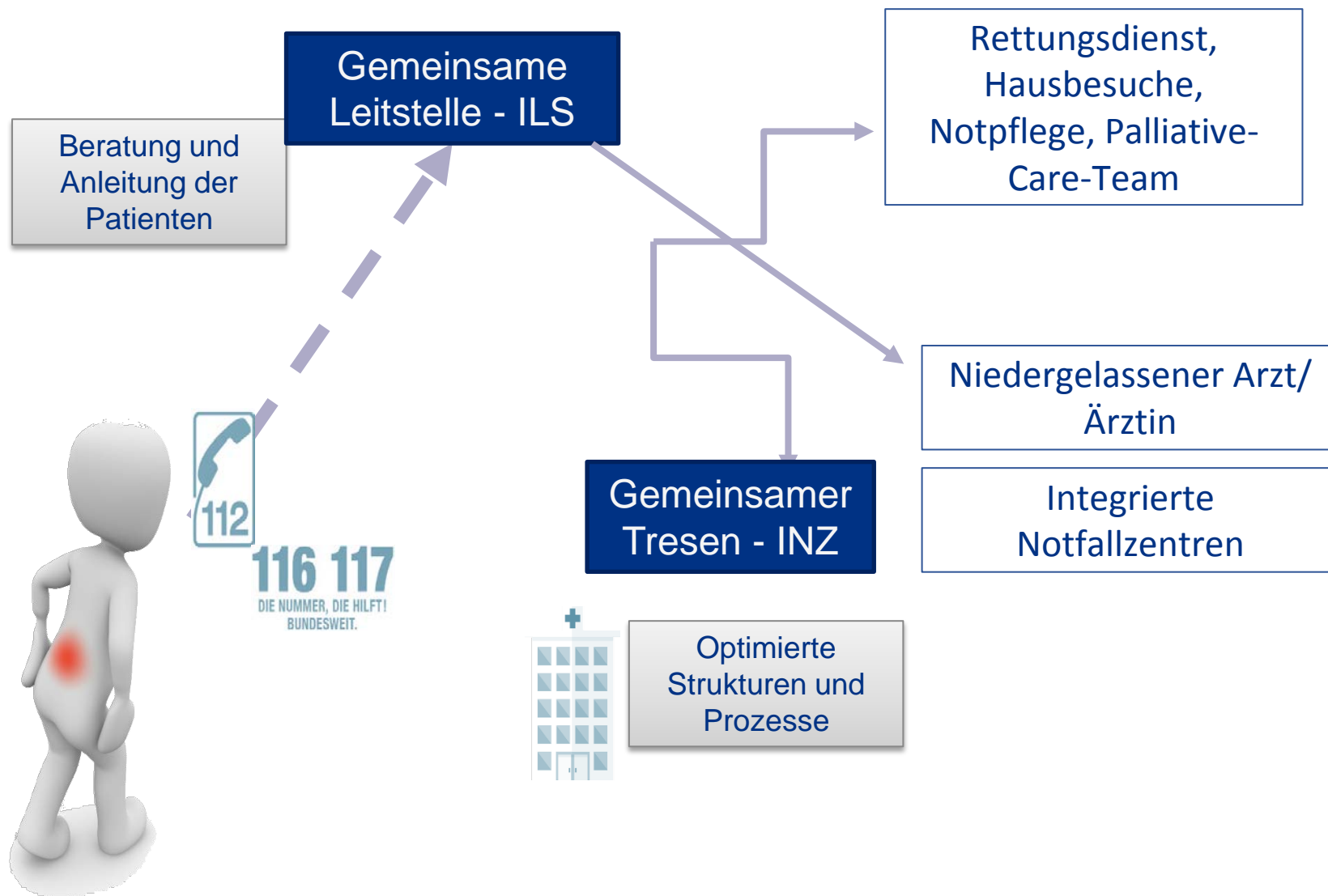
sektorenübergreifende Finanzierung folgt neu geschaffenen integrierten organisatorischen Strukturen

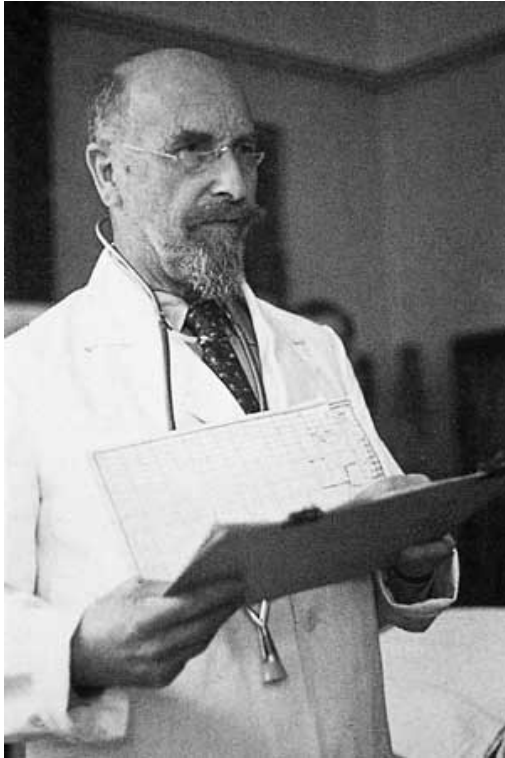
■ Vergütungsmodell

- **Sektorenübergreifende Grundpauschale für alle Vorhaltekosten plus Vergütung je Fall**
- **Grundpauschale:** 3 Stufen nach Kapazität / Ausstattung des Notfallzentrums (folgt dem Prinzip der Notfallzuschläge aus KHSG)
- **Pauschale pro Fall:** unabhängig von Fallschwere und Ort der Leistungserbringung, Zuschlag nur für Beobachtung über Nacht

- **Rettungsdienst als eigenständiger Leistungsbereich im SGB V**

- **Finanzierung des Rettungsdienstes**
 - **Einsatz selbst** (und nicht nur Transport) sollte als **medizinische Leistung** abgerechnet werden
 - **Beseitigung des Fehlanreizes**, Patienten in Krankenhaus bringen zu müssen (verbunden mit Induzierung weiterer Leistungen)
 - **Vorhaltekosten** des Rettungsdienstes: **Steuermittel**
 - **Betriebskosten**: **Krankenkassen/PKVen**





*Die Erkenntnisse von heute
sind die Irrtümer von morgen.*

*Franz Volhard
1872-1950*

*... es lohnt sich,
immer wieder
Veränderungen in Angriff
zu nehmen.*