



Leibniz Institute for
Economic Research

Sektorenübergreifende Notfallversorgung

KBV Sicherstellungskongress

28. Juni 2017

Prof. Dr. Boris Augurzky

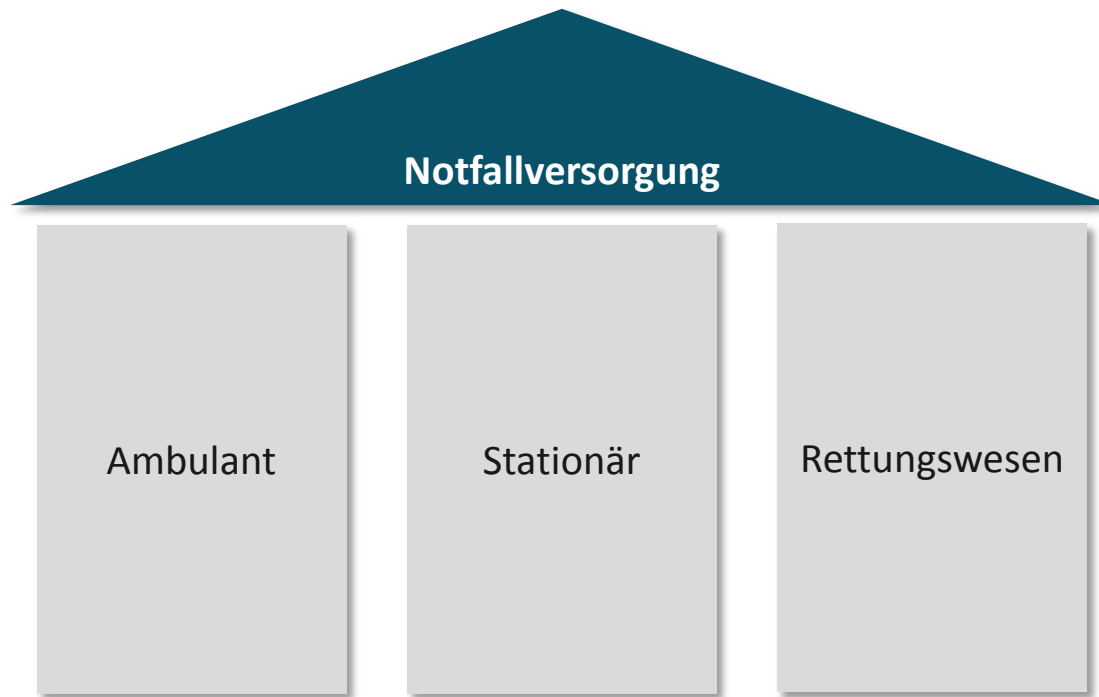
Agenda



Bestandsaufnahme

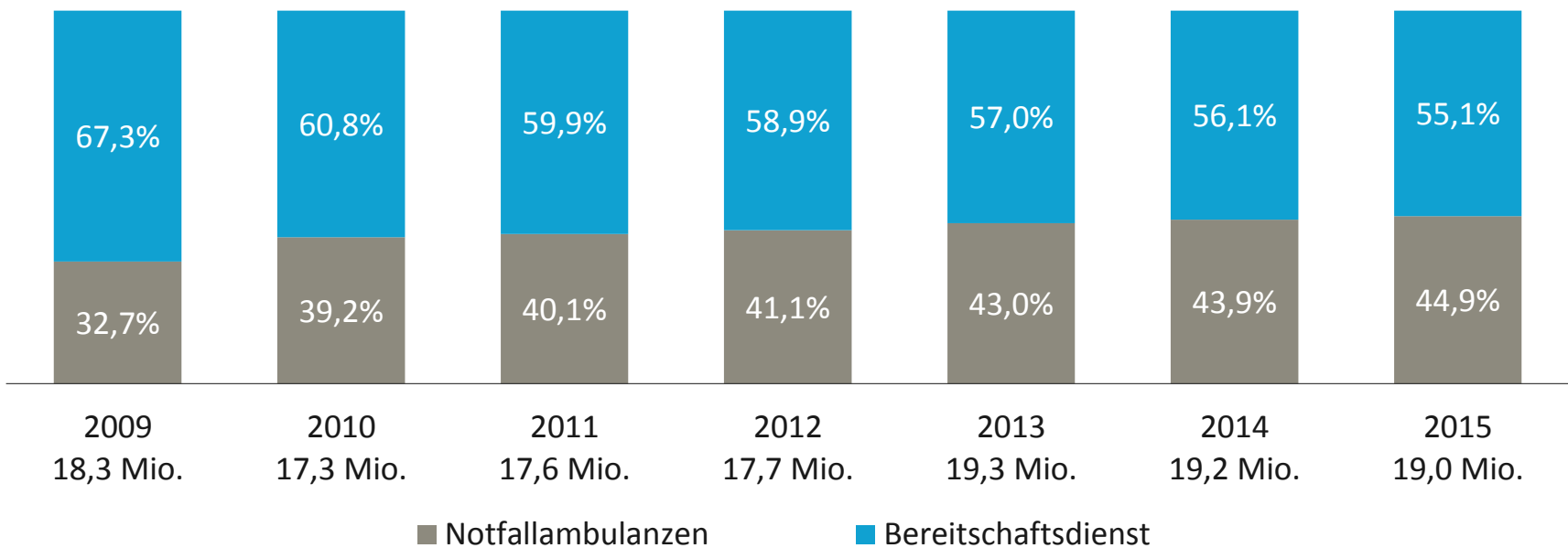
Handlungsempfehlungen

Die Notfallversorgung basiert auf drei Säulen



In den vergangenen Jahren wurden immer mehr ambulante Notfälle in der Krankenhausnotfallambulanz behandelt

Verteilung der ambulanten Notfälle



**Abschaffung der
Praxisgebühr zum 1.1.2013**

(1) Administrative Notfalldefinition: EBM 1.2
Quelle: Masterarbeit Dr. P. Wahlster (2017); RWI

Was wünscht sich die Bevölkerung?

Patientenumfrage in zehn hessischen Krankenhausnotaufnahmen⁽¹⁾

Herkunft der Patienten in den Krankenhausnotaufnahmen

- 50% **vom niedergelassenen Arzt** an Notaufnahme verwiesen
- 50% hat **keinen Termin bekommen** oder **fühlt sich im Krankenhaus besser versorgt**

Notaufnahme aufgesucht

- hauptsächlich **unter der Woche** und **zu regulären Sprechstundenzeiten**
- überwiegend von **berufstätiger Bevölkerung**

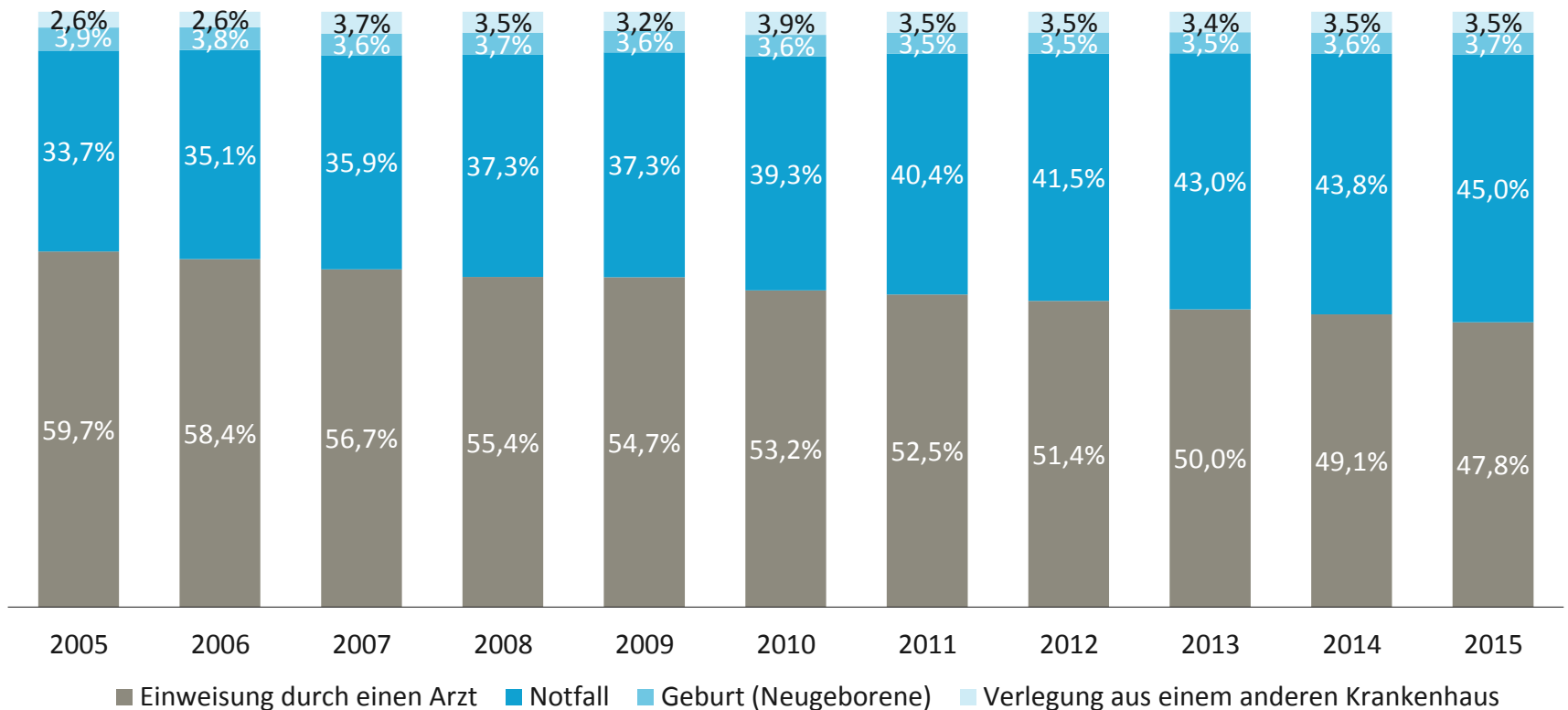
Außerhalb der Sprechstundenzeiten: 17% gaben an, die 116 117 zu kennen, aber **nur 6% konnten die korrekte Nummer angeben**

Patienten erwarten eine **schnelle und vollumfängliche Behandlung**
Sie wählen den Weg, auf dem diese **aus ihrer Sicht am schnellsten und besten verfügbar** ist

(1) Zeitraum: 12.2016 bis 02.2017; Regionen: Rhein-Main Metropolregion, Fulda, Gießen, Lahn-Dill-Kreis, Odenwaldwaldkreis, Main-Kinzig-Kreis und Kassel
Quelle: Hessische Krankenhausgesellschaft

Auch gewinnt der Aufnahmearnlass „Notfall“ für die stationäre Krankenhausbehandlung immer mehr an Bedeutung

Zunahme von 34% auf 45% zwischen 2005 und 2015



Anmerkung: Aufnahmearnlass wird in §301-Datenübermittlung nach SGB V nicht abgebildet, er soll übermittelt werden, wenn Patientenbehandlung dieses Zusatzmerkmal enthält
 Quelle: Krankenhaus Rating Report 2017; Statistisches Bundesamt 2015

Stimmen zur Notfallversorgung

„Etwa **ein Drittel dieser Patienten** [in der Notfallambulanz des KH] könnte auch von einem niedergelassenen Arzt in seiner Praxis behandelt werden“ (UKB)

Die Patienten leidet der Wunsch, medizinische Leistungen **aus einer Hand** zu erhalten

Charité: „Davon seien aber gerade mal **30% echte Notfälle**, die entweder stationär aufgenommen würden oder [...] die ambulante Kompetenzen einer Uniklinik benötigten.“

„Die Einführung einer **Portalpraxis hat sich bewährt**“ (UKB) – dort wurde aber Portalpraxis mit niedergelassenen Ärzten besetzt

Krankenhaus erhält **4,74 €** für die Begutachtung eines Notfallpatienten und Weiterleitung zu KV-Praxis⁽¹⁾

(1) KV Hessen, f&w 5/17
Quelle: RWI; f&w 5/17

Gegenwärtig einige Probleme in der Notfallversorgung

Werden die Ressourcen in der Notfallversorgung derzeit sinnvoll eingesetzt?

Zersplitterte Versorgungslandschaft bei hohen Vorhaltekosten

- Fast alle Allgemeinkrankenhäuser nehmen an der Notfallversorgung teil⁽¹⁾
- Ungenügende Abstimmung zwischen ambulant, stationär und Rettungswesen
- Hohe Vorhalteleistungen

Nachfrage nach und Angebot an Notfallleistungen decken sich nicht

- Zum Teil überfüllte Notaufnahmen der KH
- Zum Teil zu geringes Angebot der KV-Praxen, Notrufnummer 116 117 noch wenig bekannt
- Präferenzen der Patienten gehen Richtung Krankenhäuser mit umfassender Ausstattung
- Gewähltes Versorgungsangebot passt nicht immer zu vorliegendem Schweregrad
- Unterschiedliche Vergütung ambulanter und stationärer Notfallversorgung
- **Keine effektive Steuerung der Patienten**

Wachsendes Unterangebot in ländlichen Regionen

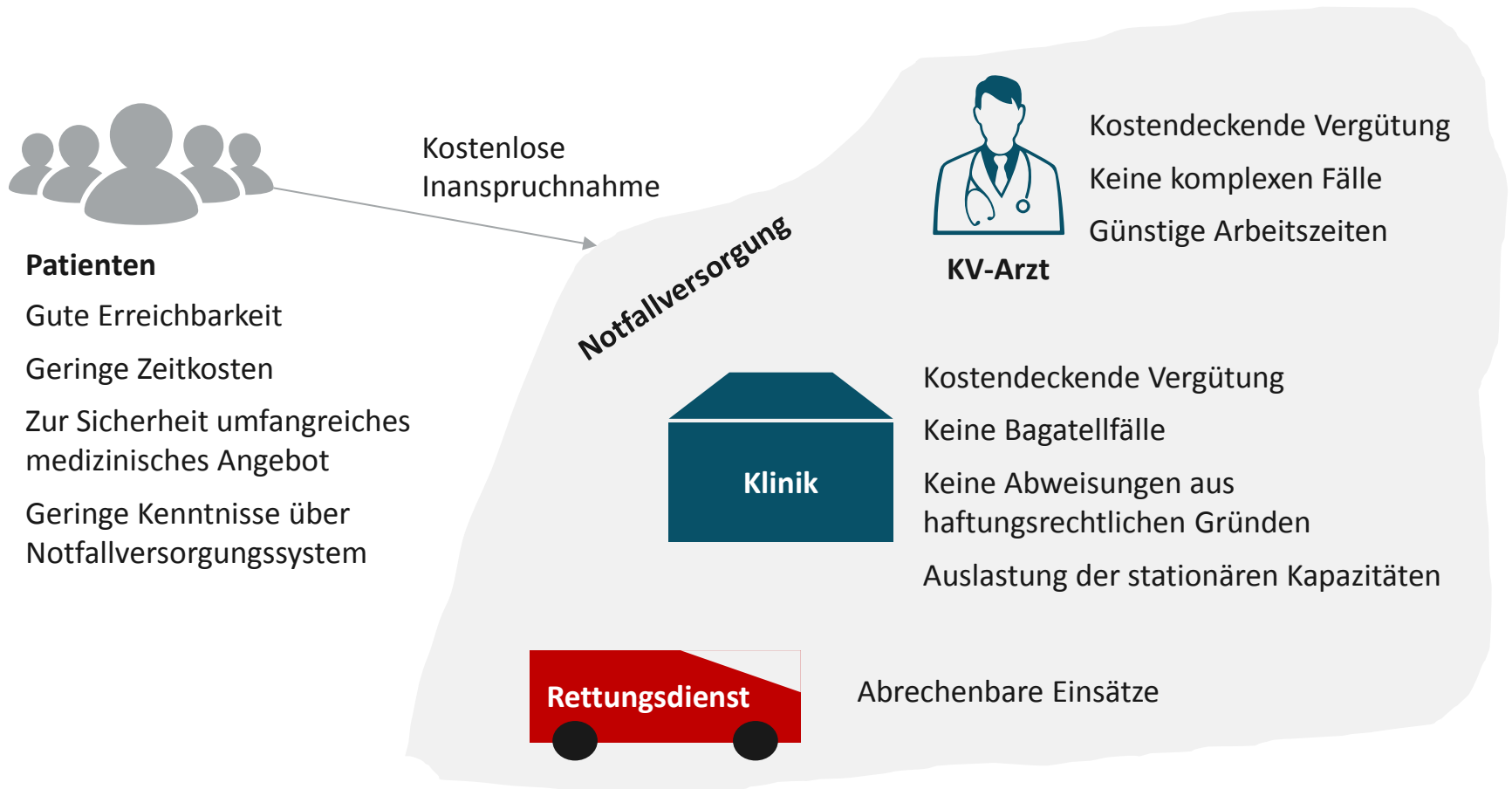
- Zunehmende Schwierigkeiten bei **Nachbesetzung von Haus- und Fachärzten**

Wenig Information über Qualität der Notfallversorgung

- Keine einheitliche **Definition** und Standards der Notfallversorgung
- Keine entsprechende **Datenbasis**

(1) Im Jahr 2014 hatten 143 Krankenhausstandorte einen Abschlag für die Nichtteilnahme an der Notfallversorgung vereinbart (GKV in f&w 5/2017)
Quelle: RWI

Divergierende Interessen der einzelnen Akteure ...



Auf „normalen“ Märkten führt das Preissystem einen Ausgleich der Interessen herbei

... mit zum Teil ungünstigen zu erwartenden Folgen



Patienten

- Übernachfrage** hinsichtlich
- örtlicher Erreichbarkeit
 - zeitlicher Erreichbarkeit
 - medizinischer Ressourcen

Entweder **Steuerung** über Preise oder über zentrales Verteilungssystem



KV-Arzt

- Unterangebot** an
- zeitlicher Erreichbarkeit
 - örtlicher Erreichbarkeit

Gemeinsame Nutzung der Ressourcen vieler Praxen und Krankenhaus, Verteilung der Lasten



Klinik

- Unterangebot** an kurzen Wartezeiten in Notaufnahme
- Überangebot** an stationären Aufenthalten

Unabhängige Meinung über stationäre Weiterbehandlung

Kostendeckende ambulante Versorgung

Das KHSG soll einige Änderungen in der Notfallversorgung bringen

Krankenhaus

3-Stufenmodell vom GBA ursprünglich bis 31.12.2016 zu entwickeln, im Zuge des PsychVVG Verlängerung **bis 31.12.2017** und Erweiterung um wiss. Folgeabschätzung

Struktur- und Prozessvorgaben

- Art und Anzahl der vorzuhaltenden Fachabteilungen
- Anzahl und Qualifikation des Fachpersonals
- Kapazitäten zur Versorgung von Intensivpatienten
- medizinisch-technische Ausstattung
- Strukturen und Prozesse der Notaufnahme

Zu- / Abschläge für Teilnahme / Nichtteilnahme

- Bis 30.6.2018 durch **GBA** in Zusammenarbeit mit **InEK** zu ermitteln

Vertragsärzte

Konzept der **Portalpraxen**

- Vertragsärztliche Notdienstpraxen in oder an Krankenhäusern oder
- alternativ Notfallambulanzen der Kliniken direkt einbinden

Vergütung

Entsprechende Anpassung der Vergütungsregelungen

Investitionskostenabschlag für Kliniken bei ambulanter Vergütung aufgehoben

Agenda



Probleme und aktuelle Veränderungen

Anpassungsbedarfe

Zentrale Anforderungen an die Notfallversorgung

1

Effektive **Patientensteuerung**

Dafür auch **Definition des Notfalls** nötig und ggf. Fernbehandlung⁽¹⁾

2

Unabhängigkeit der Entscheidung bzgl. stationärer Weiterbehandlung in Verbindung mit einem kostendeckenden Vergütungssystem

3

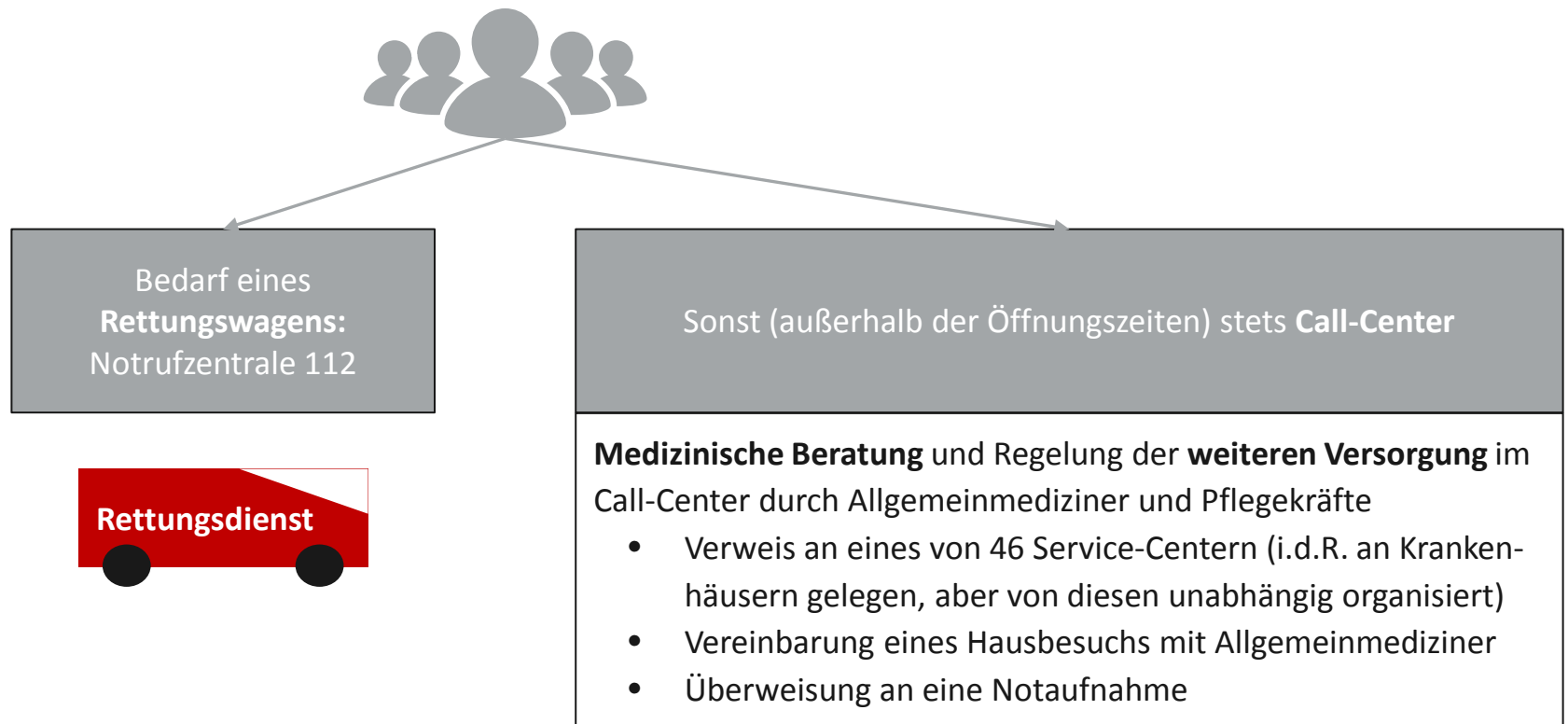
Bündelung der Ressourcen zur Erbringung der Notfallversorgung und Nutzung moderner Technologie zur Überbrückung von Distanzen

Dabei jedoch Beachtung der Erreichbarkeit der Notfallversorgung (Prüfung der Distanzen, im Zweifel Sicherstellungszuschlag)

(1) Fernbehandlungsverbot, Vergütung von telefonischen Beratungsleistungen, rechtliche Haftungsfragen
Quelle: RWI

Patientensteuerung in Dänemark als Vorbild?

Seit 2014 Organisation der Notfallversorgung durch Call-Center



Zugang zur Notaufnahme in Krankenhäusern nur für Patienten, die mit einem **Rettungswagen** eingeliefert werden oder eine **Überweisung** von einem Call-Center/Allgemeinmediziner vorweisen können



Thesen zur Reform der Notfallversorgung: Generell

1

Primat der Notfallversorgung: Patienten mit **zeitkritischen Diagnosen zeitnah** identifizieren und effizient versorgen

2a

Der **Notfall** muss klar, umfassend und **unabhängig vom Ort der Versorgung** definiert werden⁽¹⁾
Dabei Trennung der schwerwiegenden von einfachen, weniger zeitkritischen Fällen

2b

Ganzheitliche Organisation der Notfallversorgung: ambulant, stationär und Rettungswesen aus einer Hand, dabei Abstufungen vorzunehmen

2c

Unabhängigkeit des Triage-Prozesses vom Krankenhaus, Portalpraxen mit niedergelassenen Ärzten

2d

Effektive Patientensteuerung zur korrekten Zuordnung der Notfälle gemäß Definition unter 2a
Zentrale Anlaufstelle für Patienten über Telefon/Apps
Elektronische Patientenakte mit für Notfallversorgung wichtigen Patientendaten

(1) Als Notfallpatienten werden alle Personen eingestuft, die körperliche oder psychische Veränderungen im Gesundheitszustand aufweisen, für die der Patient selbst oder eine Drittperson unverzügliche medizinische und pflegerische Betreuung als notwendig erachten .

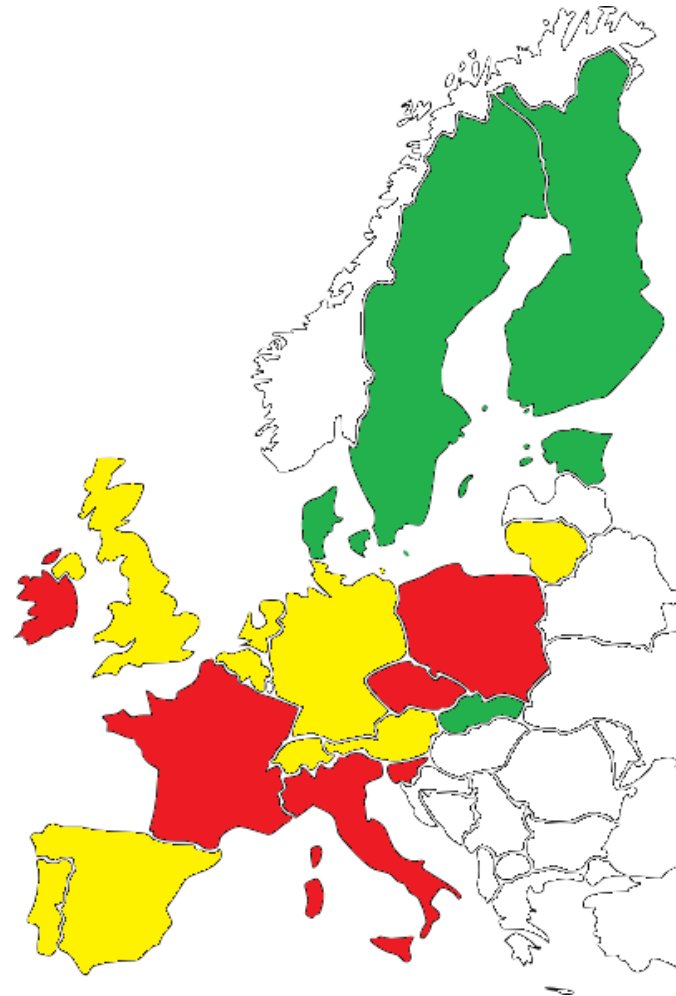
Quelle: RWI

Elektronische Patientenakte nutzen



Elektronische Patientenakte (ePA) zur direkten strukturierten Datenerfassung in der Akte, z.B.

- Befunde, Behandlungen
- Impfstatus
- Rezepte
- „Bonushefte“
- Arzneimittel
- ...



Aktuelle Studie des Instituts für angewandte Versorgungsforschung (inav) im Auftrag der **Stiftung Münch**

Ranking bei der Entwicklung der ePA

Deutschland auf Platz 10 von 20 untersuchten Ländern



Thesen zur Reform der Notfallversorgung: (Schwere) Notfälle

3

Speziell **ausgebildete pflegerische und ärztliche Fachkräfte für (schwere) Notfälle** sowie eine entsprechende Infrastruktur mit **attraktiven Berufsbildern**

4

Definition der **Prozessqualität** für (schwere) Notfälle⁽¹⁾

5

Wissenschaftliche Begleitung der Weiterentwicklung der Notfallmedizin, **notfallmedizinische Lehrstühle** mit einem entsprechenden Forschungsprofil

(1) Neben lebensrettenden und stabilisierenden Maßnahmen insb. diagnostische Abklärung von akut aufgetretenen Symptomen. Diese notfallmedizinische Erstdiagnostik erlaubt die Durchführung der weiteren adäquaten Therapie.

Quelle: RWI

Thesen zur Reform der Notfallversorgung: Alle Notfälle

6

Überprüfung der **Zuständigkeiten** bzw. Sicherstellungsaufträge bei ganzheitlicher Organisation der Notfallversorgung

7

Neuadjustierung der **Vergütung** der Notfallversorgung: sektorenübergreifend, kostendeckend, Anreize zur ressourcenschonenden Nutzung der Kapazitäten⁽¹⁾

8

Verbesserung der **Transparenz** über das Notfallversorgungsgeschehen, eigene Statistik inkl. Qualitätsindikatoren

9

Bündelung der Angebote im oder am Krankenhaus und bei Bedarf Nutzung der KH-Ressourcen
Hohe Bekanntheit der Anlaufstelle für Bevölkerung

11

Im Ländlichen Ausbau **rettungsdienstlicher und telemedizinischer Versorgung** und generell gesamte medizinische Versorgung konzentrieren im integrierten Gesundheitszentrum

(1) Denkbar sind teilstationäre oder Hybrid-DRGs

Quelle: RWI

Stationäres Notfallstufenkonzept der GKV

Konzept

Stets **feste Anlaufstelle** für den Patienten

- Alle Notfallpatienten **in einer ZNA** aufnehmen
- Überwiegend **festes medizinisches Personal in ZNA** mit umfangreicher Erfahrung in Ersteinschätzung

Differenzierung der Notfallstufen (insg. 1.724 Standorte)

- **Drei zuschlagsfähige Stufen⁽¹⁾** (ergänzt um 3stufiges Modell der Kindernotfallversorgung)
 1. Basis: Innere + Chirurgie + Anästhesie + CT, 774 Stück
 2. erweitert, + MRT, ggf. + Traumazentrum, 219 Stück
 3. Umfassend, 77 Stück
- Eine Stufe ohne Vergütungsänderungen (Spezialversorgung)
- Eine Stufe der Nichtteilnahme mit **Abschlägen**

Voraussetzungen

Bundesweit **einheitliche Definition der Fachabteilung**

Zuschläge müssen sich aus der Summe der Abschläge speisen (**Umverteilung**)

Einbindung der ambulanten Notfallversorgung und der Leitstellen des Rettungsdienstes

Je KH-Notfallstufe Mindestvorgaben zu den vorzuhaltenden ambulanten Notfallstrukturen
Herstellung einer Verknüpfung der Leitstellen des Rettungsdienstes und KV-Bereitschaftsdiensts

DKG: Auch 3-Stufen-Konzept, aber die Basisversorgung muss deutlich weiter definiert werden, damit mehr Häuser am Netz bleiben können, und die Basisstufe muss abschlagsfrei bleiben

(1) In den höheren Stufen Ausstattung für Patienten mit notfallmedizinisch besonders relevanten Krankheitsbildern (Tracerdiagnosen): Schädel-Hirn-Trauma, Schlaganfall, Polytrauma, ST-Hebungsinfarkt, plötzlicher Kreislaufstillstand, Sepsis; zudem steigende Anzahl Intensivbetten und Anforderungen an Zuverlegung auf Luftweg, Aufnahmestation zur Abklärung des weiteren Behandlungsbedarfs mit mindestens sechs Betten

Quelle: RWI, GKV nach f&w 5/2017

Integrierte Gesundheitszentren v.a. in ländlichen Regionen

Zentralisierung, Versorgung aus einer Hand, Vorhaltekosten teilen



Dabei **Vermeidung von Interessenskonflikten** bei Leistungserbringern (Einweiser vs. Behandler)