PATIENTENSTEUERUNG IN DER NOTFALLVERSORGUNG

Dr. Matthias Gruhl
Leiter des Amtes Gesundheit, BGV

Hamburg | Behörde für Gesundheit und Verbraucherschutz

Steuern? Wen und wie?

Hamburg

Magisches Viereck der Notfallversorgung

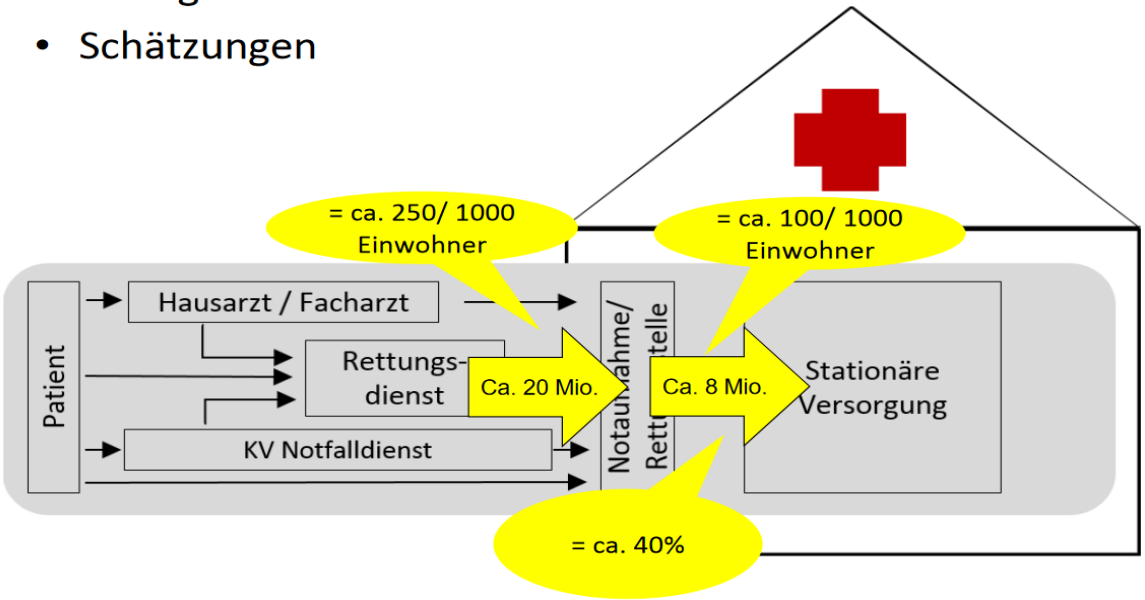
Hamburg

KBV

Notfälle?

Notfälle in Deutschland

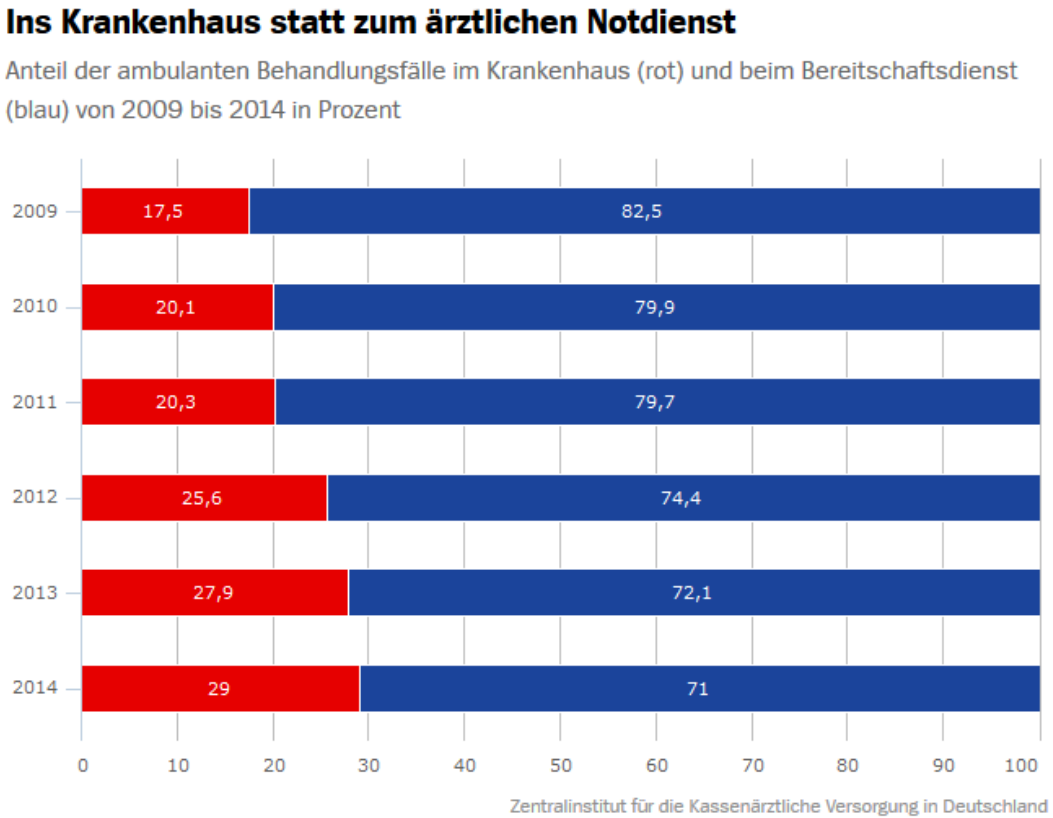
- Wenig verlässliche Daten
- Schätzungen



W. Quentin, Internationale Strukturen der Notfallversorgung Department of Health Care Management Berlin University of Technology

„Notfälle steigen an….“

Hamburg



10 Mio Behandlungsfälle im ambulanten Notfalldienst

20 Mio Behandlungsfälle im stationären Notdienst

- **10 Mio werden aufgenommen (50 % aller stat. Pat.!)**
- **300.000 benötigen stationäre Notfallversorgung***

*Quelle: Zi
Daten: 2015

Gr

Gr

- S
- P
- e
- A
- e

ve

- P
- Z
- d
- d
- die Notaufnahme hat bessere Behandlungsmöglichkeiten

51,2 % =
nachvollziehbarer
subjektiver Notfall

+ 28 % fragl.
mangelnde
Verfügbarkeit

20-50 %
fehlallokierte
Patienten

Zusammenfassung PINO-Studie:

Hamburg

„Zusammenfassend scheint es so zu sein, dass bei den Patienten ***Informationsdefizite*** *existieren, vor allem hinsichtlich der ambulanten Notfallversorgung außerhalb von Kliniken. Zusätzlich bestehen bei vielen Patienten* ***negative Wahrnehmungen der Verfügbarkeit niedergelassener Ärzte*** *und aus der Sicht einiger Patienten* ***bieten Kliniken eher die von Ihnen gewünschte Versorgung als ambulante Arztpraxen****. Außerdem scheinen die Versorgungspfade, die die Patienten beschreiten, auch bestimmt durch* ***individuelle Präferenzen und patientenseitige Erwartungen einer wohnortnahen Rund-um-die-Uhr-Versorgung*** *im Gesundheitsbereich.“*

(Prof. Scherer, PINO-Studie)

Schuld sind also allein die Patienten…

Hamburg

Patientensteuerung: Optionen

Hamburg

Direkte Patientensteuerung

1. durch finanzielle Eigenleistung
2. durch Information
3. durch verbesserte Angebote
4. durch Zugangserschwernis („Wirkung durch Warten“)
5. durch Zugangsbeschränkung

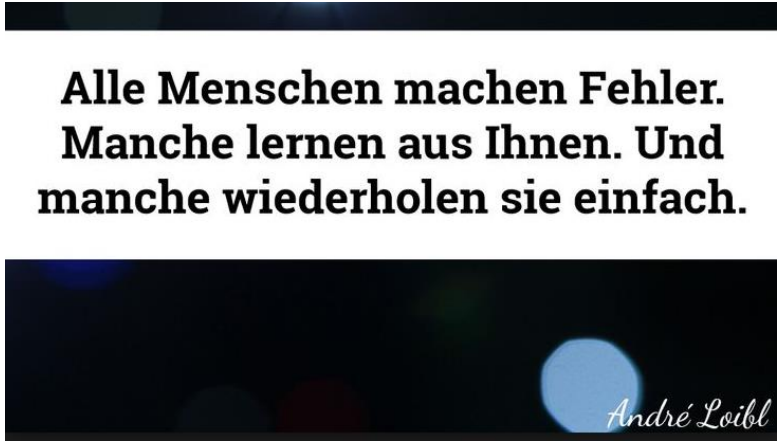
1.: durch finanzielle Eigenleistung

Hamburg

„Praxiseintrittsgebühr“

- Praxisgebühr 2004-2012
- Anfangs Rückgang der Arzt-Patientenkontakte um 8,9 %, danach aber wieder auf´s alte Niveau ansteigend
- Bei Abschaffung: Votum aller Parteien: keine steuernde Wirkung

Forderung der Hartmann-Bundes für eine Eigenbeteiligung bei Notfallversorgung



2. und 3.: durch Information und Angebotsausweitung

Hamburg

KVH

Telefonischer Arztkontakt

- Übernahme der Telefondienste durch Hamburger Ärzte
  - Freiwillig
  - In erster Linie Hausärzte
  - Elektronische Übermittlung Patientendaten
- 1. Schicht à 8 Stunden (8 – 16 Uhr)
  - Ticketsystem
  - Rückruf-Verpflichtung innerhalb 30 Minuten
- 2. Schicht à 8 Stunden (16 – 24 Uhr)
  - Direkte Weiterleitung
  - Ggf. Ticket
- 0 – 8 Uhr Mitübernahme durch fahrenden Notdienst

4.: durch Zugangserschwernis…

Hamburg

Wartezeit schreckt nicht ab…..

Notaufnahme: Okonomie und Psychologie des Wartens

Dtsch Arztebl 2014; 111(39): A-1642 / B-1420 / C-1352

Fleischmann, Thomas; Amler, Nadja; Schöffski, Oliver

Artikel | Literatur | Briefe & Kommentare | Statistik

Erstaunlich ist die Selbstverständlichkeit, mit der im Krankenhaus häufige und lange Wartezeiten als gegeben hingenommen werden.

5.: durch Zugangsbeschränkung…..

Hamburg

Dänemark: Steuerung des Zugangs per Telefon

Zugang zur Notaufnahme

- *Entweder per Rettungswagen (nach Tel. 112)*
- *oder nach Telefonkontakt mit dem regionalen Notfalldienst (sitzt in der Regel im selben Raum wie 112)*
  - *Gibt medizinischen Rat übers Telefon*
  - *Vermittelt Termin im hausärztlichen Notfallzentrum: 46 landesweit (häufig in der Nähe der Krankenhäuser)*
  - *Vermittelt Termin in der Notaufnahme (→ Patienten können zu Hause warten)*

hinzufügen

KBV

Hamburg

Warum wird die KV aktiv?

KV: Gefahr für den Sicherstellungsauftrag

Arztkontakt

er Ärzte

- In erster Linie Hausärzte
- Elektronische Übermittlung Patientendaten

- 1. Schicht à 8 Stunden (8 – 16 Uhr)
  - Ticketsystem
  - Rückruf-Verpflichtung innerhalb 30 Minuten
- 2. Schicht à 8 Stunden (16 – 24 Uhr)
  - Direkte Weiterleitung
  - Ggf. Ticket
- 0 – 8 Uhr Mitübernahme durch fahrenden Notdienst

Interessenslage Krankenhaus

Hamburg

Aufnahmeanlass	2009	2010	2011	2012	2013	Anteil 2009	Anteil 2013
Einweisung durch einen Arzt	9.408.401	9.274.072	9.295.439	9.245.824	9.067.835	55%	50%
Notfall	6.621.561	6.844.022	7.163.214	7.464.171	7.798.904	39%	43%
Sonstiges (z.B. Geburt, Verlegung etc.)	1.161.101	1.316.306	1.250.257	1.266.452	1.266.972	7%	7%
Insgesamt	17.191.063	17.434.400	17.708.910	17.976.447	18.133.711	100%	100%

Quelle: Darstellung des Zi auf Basis der Fachserie 12 Reihe 6.4; 2009 – 2013; Statistisches Bundesamt

DRG-Statistik 2016

1.1 Eckdaten der vollstationären Patientinnen und Patienten in Krankenhäusern [1]

Anzahl der nachgewiesenen Krankenhäuser mit vollstationären Krankenhausleistungen im DRG-Entgeltbereich [2]: 1 496

Gegenstand der Nachweisung	2016			Veränderungsrate 2016 zu 2015 in Prozent		
	Insgesamt [3]	Männer	Frauen	Insgesamt [3]	Männer	Frauen
Aufnahmeanlass [7]						
Einweisung durch einen Arzt	8 936 193	4 199 121	4 736 992	*0,1*	*0,5*	*-0,1*
Notfall	8 608 710	4 043 401	4 565 240	*2,5*	*2,2*	*2,8*
Geburt (Neugeborene)	740 025	378 049	361 959	*7,0*	*6,8*	*7,2*
Verlegung aus einem anderen Krankenhaus	673 672	345 450	328 213	*3,4*	*3,3*	*3,6*
Aufnahme nach Reha(vor)behandlung	3 050	1 713	1 337	*-1,9*	*-0,8*	*-3,3*

Echte Notfälle?

Abbildung 34: Fallzahlentwicklung administrativer Notfälle

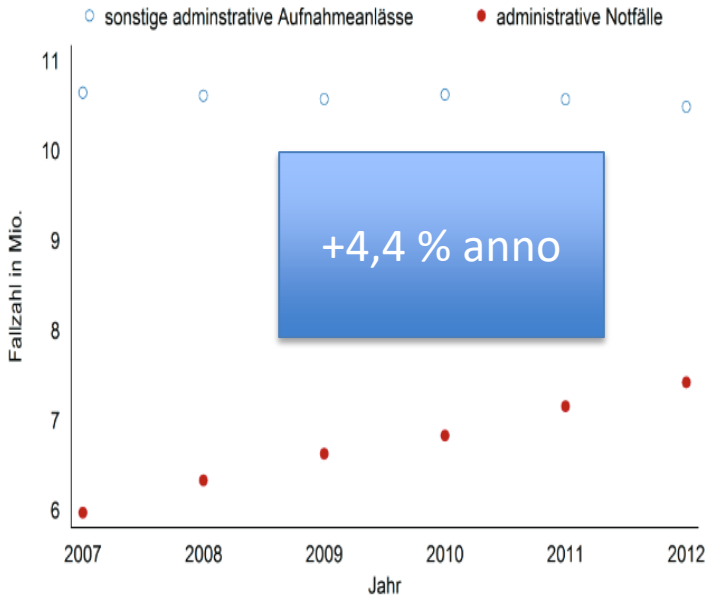
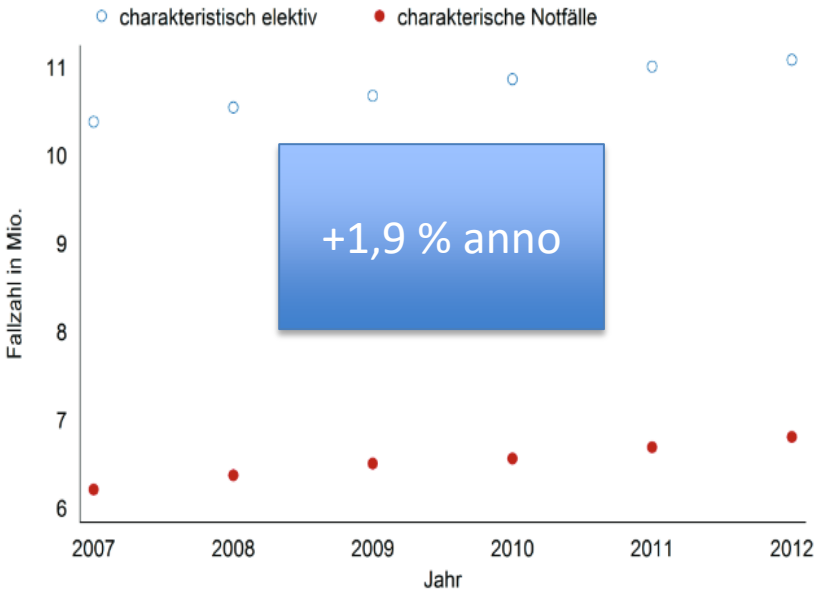


Abbildung 35. Fallzahlentwicklung charakteristischer Notfälle



Forschungsbericht zur Mengenentwicklung nach § 17b Abs. 9 KHB, Juni 2014, Schreyögg

Hamburg

Notfälle sind ökonomisch interessant!

- Keine Einweisung nötig
- Administrativ einfacher
- Auslastung des Hauses kann flexibel erhöht werden
- Abrechnungsmöglichkeiten auch für Leistungen außerhalb zugelassener Disziplinen
- Mengenvereinbarungen umgehen
- MDK-Prüfungen vermeiden

Krankenhäuser: Notfälle nicht kostendeckend

Hamburg

Milliardendefizit bei ambulanter Notfallversorgung

Gutachten bestätigt Unterfinanzierung der ambulanten Notfallversorgung im Krankenhaus

Stark überlastet und unterfinanziert – das ist die Situation der Notaufnahmen der Krankenhäuser in Deutschland. Dies bestätigt das aktuelle „Gutachten zur ambulanten Notfallversorgung im Krankenhaus – Fallkostenkalkulation und Strukturanalyse", das die DKG in Kooperation mit der Deutschen Gesellschaft interdisziplinäre Notfall- und Akutmedizin (DGINA) bei der Management Consult Kestermann GmbH (MCK) in Auftrag gegeben hat. Die Ergebnisse der Untersuchung wurden am 17. Februar 2015 in Berlin vorgestellt, fanden ein breites Presseecho und lösten zahlreiche Stellungnahmen und Reaktionen in Verbänden und Körperschaften aus – zwischen Zustimmung und brüsker Ablehnung, etwa seitens der KBV und einiger Kassenärztlicher Vereinigungen und Ärzteverbände. Auszüge aus dem Gutachten (ohne Anmerkungen, Tabellen und Abbildungen) sowie Teile der öffentlichen Reaktionen werden auf den nachfolgenden Seiten dokumentiert. Das Gutachten ist in voller Länge unter www.dkgev.de und www.dgina.de einzusehen.

Die Studie zeigt: Einem durchschnittlichen Erlös von 32 € pro ambulantem Notfall stehen Fallkosten von mehr als 120 € gegenüber. Mehr als zehn Millionen ambulante Notfälle mit einem Fehlbetrag von 88 € pro Fall führten zu 1 Mrd. € nicht gedeckter Kosten, rechnete DKG-Hauptgeschäftsführer **Georg Baum** vor. Die Notaufnahmen werden seiner Auffassung nach Die Auswertung der Behandlungsfälle zeige, dass ein Drittel der Patienten von niedergelassenen Ärzten versorgt werden könnte. Viele Patienten suchten die Notaufnahmen der Krankenhäuser auf, weil im vertragsärztlichen Bereich kein geeignetes oder ausreichendes Versorgungsangebot für Notfälle vorhanden sei.

„Für die unverzichtbare ambulante Notfallversorgung im Krankenhaus muss eine geeignete Vergütung geschaffen werden, die den Behandlungsmöglichkeiten und den damit verbundenen Kostenstrukturen der Krankenhäuser Rechnung trägt", forderte der DKG-Hauptgeschäftsführer. Das Gutachten mache deutlich, dass die für die niedergelassenen Ärzte entwickelte Notfallvergütung nicht für die kostenintensiven Vorhaltungen und Leistungen der Krankenhäuser geeignet seien. „Absolut inakzeptabel sind zudem die seit Jahren stattfindenden zusätzlichen Minderungen dieser ohnehin viel zu niedrigen Vergütung infolge aktiver Diskriminierungsstrategien durch KVen und Krankenkassen", beklagte Baum. Es werde höchste Zeit, dass das Mandat zur Regelung der Rahmenbedingungen einschließlich der Vergütungen für die ambulante Notfallversorgung durch Krankenhäuser auf diese übergehe. Die in den Eckpunkten für die Krankenhausreform vorgese-

Krankenhäuser: „Weniger Notfälle geht nicht….“

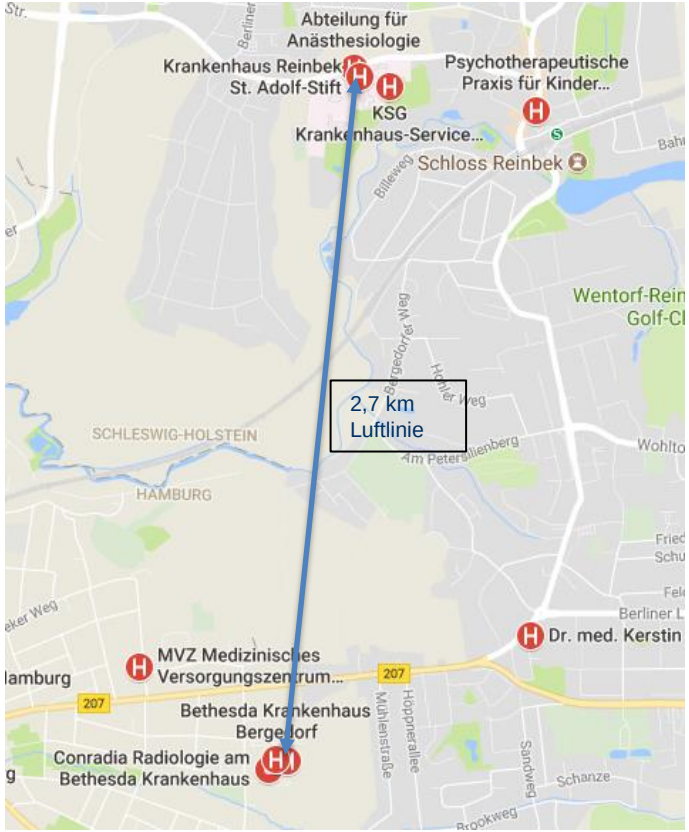
Hamburg

Bergedorfer Zeitung v. 10.11.2017 S. 11 / ;

Krankenhaus St. Adolf-Stift sticht das Bethesda aus

PORTALPRAXIS Behörde und Kassenärztliche Vereinigung verteidigen Entscheidung für Reinbek - Politik sauer

Millionendefizit befürchtet!

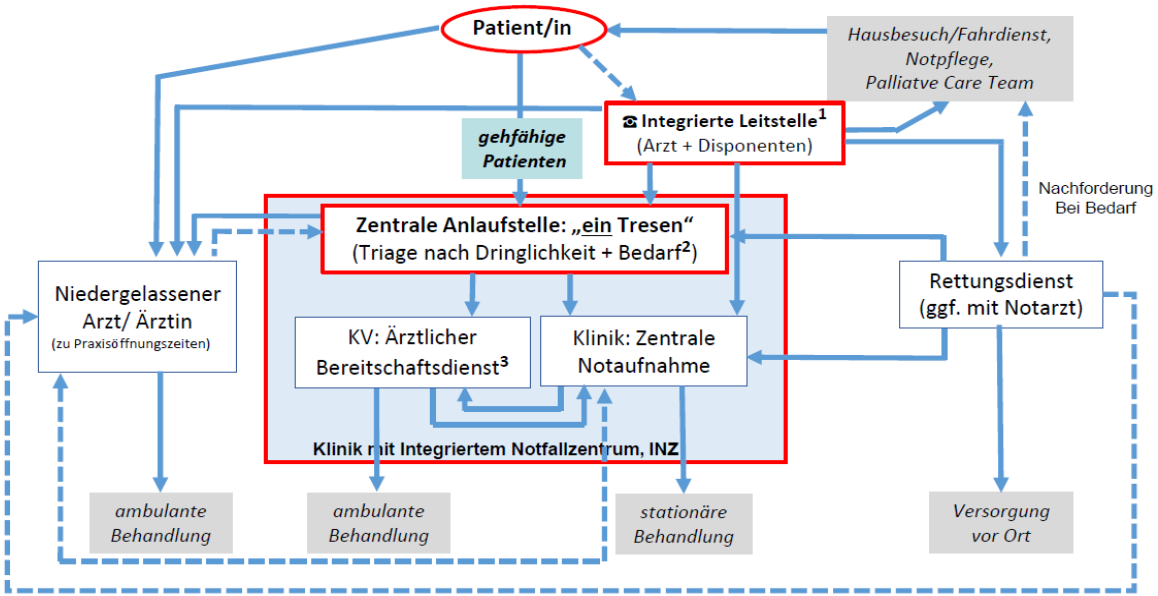


Konzept des SVR vom September 2017 - Zukunftsmodell INZ

Hamburg

SVR GESUNDHEIT

Integrierte Notfallversorgung *(Entwurf)*



1 nutzt Notfall-Algorithmen / Versorgungspfade, Zugriff auf verfügbare Ressourcen, bucht Termine bei zentraler Anlaufstelle

2 Triage möglichst durch Generalisten, breit weitergebildete (Allgemein-)Mediziner mit notfallmedizinischer Erfahrung

3 ggf. mit kinder- und/oder augenärztlichem Bereitschaftsdienst und/oder psychiatrischem Kriseninterventionsdienst

Effekt: Hauen und Stechen zw. Krankenhäusern um INZ– schwere finanzielle Verwerfungen

Hamburg

– **Trägerschaft INZ:** KV und Krankenhaus; **Betreiber INZ**: KV

- **Krankenhäuser mit INZ verlieren Zugriff auf Notfallpatienten**

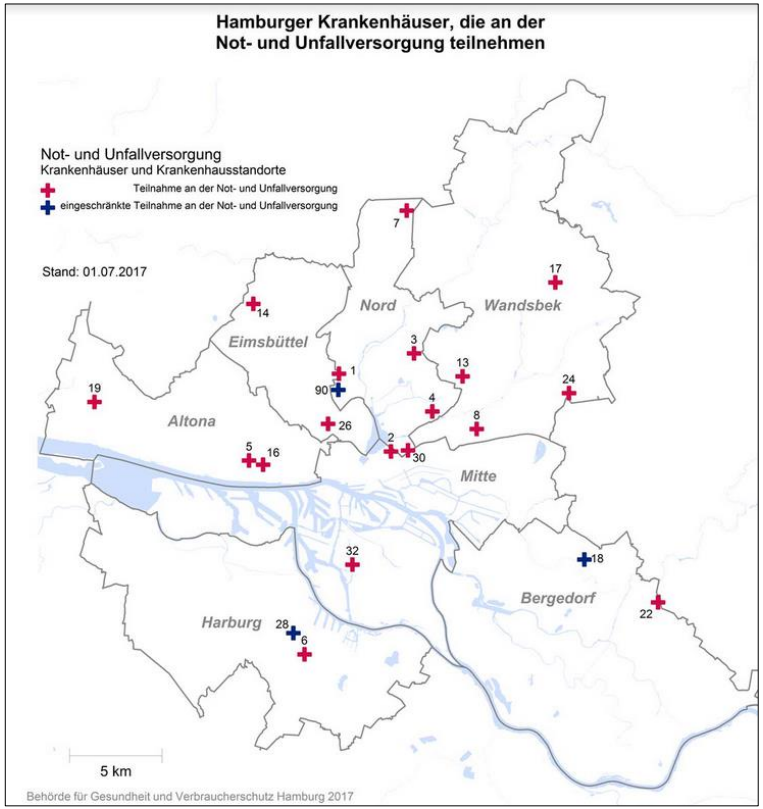
– Bundesland erstellt **Plan für Notfallversorgung** und legt INZ Standorte fest/ auch **Ausschreibungslösung** denkbar

- **Notfallpatienten verbleiben im Krankenhaus mit INZ,**
- **sonstige Krankenhäuser ohne INZ bekommen keine Notfallpatienten zugewiesen**

INZ - übertragen auf HH

Hamburg (1,8 Mio Einwohner plus Umlandversorgung):
= 21 Notfallaufnahmen

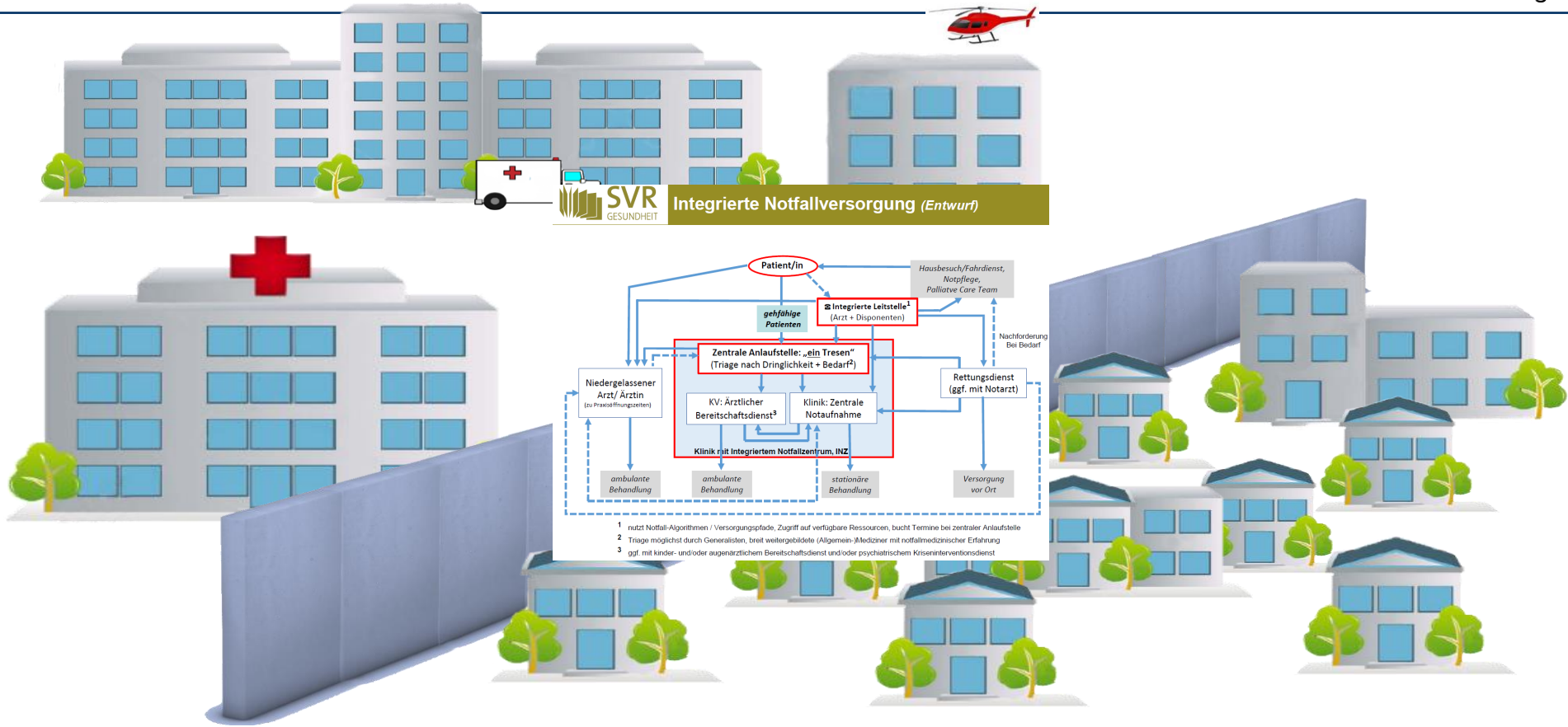
- Maßzahl Dänemark:
- 1 Notfallzentrum pro 250.000 Einwohner



- 6-7 Zentren der Not- und Unfallversorgung
- Mind. 14 Krankenhäuser werden von der Notfallversorgung abgeschnitten!

Sektorenübergreifende Versorgung

Hamburg



Modelle, immer wieder Modelle…..

Hamburg

Krankenhaus

#	Rechtsform	§ SGB V
1	Ermächtigte Krankenhausärzte	116
2	Pseudostationäre Behandlungen	evtl. 39
3	Praxiskliniken	122 und 115
4	Ambulantes Operieren	115b
5	Vor- und nachstationäre Behandlung	115a
6	Ambulante Behandlung bei Unterversorgung	116a
7	Ambulante Behandlung	116b (alt)
8	Ambulante spezialfachärztliche Versorgung	116b (neu)
9	Hochschulambulanzen	117
10	Sozialpädiatrische Zentren	119
11	Pädiatrische Spezialambulanzen/ Spezialambulanzen an Kinderkliniken	120
12	Psychiatrische Institutsambulanzen	118
13	Geriatrische Institutsambulanzen	118a
14	Strukturierte Behandlungsprogramme	137f
15	Integrierte Versorgung	140a-d
16	Besondere Versorgung	140a-d
17	Teilstationäre Behandlung	39
18	Notfallambulanzen	75/76
19	Ambulante Behandlung via Terminservicestellen	75

Tabelle 2: Rechtsformen ambulanter Krankenhausleistungen
(Quelle: gekürzt und angelehnt an Leber und Wasem 2016)

Vertragsärztliche Versorgung

Sektorenübergreifend oder neuer Sektor?

Hamburg

Das Debakel der ASV:

Die Geschichte des 116b SGB V

Gesetz	Vorhaben des Gesetzgebers
GKV-Modernisierungsgesetz (GKV-GMG) 1. Januar 2004	Krankenkassen und deren Verbände sollen mit zugelassenen Krankenhäusern Verträge zur ambulanten Behandlung abschließen.
GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz (GKV-WSG) 1. Juli 2008	Die Entscheidung über die Zulassung von Krankenhäusern zur Teilnahme an der ambulanten Behandlung wird den für die Krankenhausplanung zuständigen obersten Landesbehörden übertragen.
Versorgungsstrukturgesetz (VStG) 1. Januar 2012	Der neue GKV-Leistungsbereich „ambulante spezialfachärztliche Versorgung" wird eingeführt.

Quelle: eigene Darstellung Großer-Seel Wissenschaft 2013

Gescheitert

Beklagt

Verkompliziert

Ergebnis nach 5 Jahren:

- 5 Richtlinien vom GBA erlassen,
- 57 zugelassene Teams bundesweit
- Antragsvolumen: mehr als 1000 Seiten
- 334 von 135.000 möglichen Patienten werden in der ASV behandelt(2014)

Hamburg

Probleme bei der ASV

- **Nachweis der Qualifikation der Personen unterschiedlich**
- **Anforderungen an Maßnahmen der Qualitätssicherung nicht kompatibel**
- **erforderlichen Aufzeichnungen über die ärztliche Behandlung nicht adaptiert**
- **Abrechnungssystematik verschieden**

➢ **Nicht beherrschbarer Aufwand zur Angleichung**

„Der Gesetzgeber hat mit der ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung ein Zuständigkeits- und Organisationsdickicht geschaffen, das sich zwar aus der Verknüpfung zweier Sektoren erklären lässt, jedoch Befürchtungen weckt, dass erhebliche Probleme in der Umsetzung und Blockaden entstehen.“

Prof. Axer, GesR 2012, S. 721

Angleichung der Systemvoraussetzungen zum Aufbau einer sektorenübergreifenden Versorgung

Hamburg

#	Rechtsform	§ SGB V

- Einheitliches Vergütungssystem
- Investionsverantwortung aus einer Hand
- Einheitliche Systeme zur Herstellung einer Leistungs- und Datentransparenz („Kodierrichtlinie“)
- Telematikinfrastruktur aufbauen
- Einheitliche Qualitätssicherung
- Bedarfsplanung und Sicherstellung nach gleichen Standards
- Angleichung der Richtlinien des GBA

Tabelle 2: Rechts

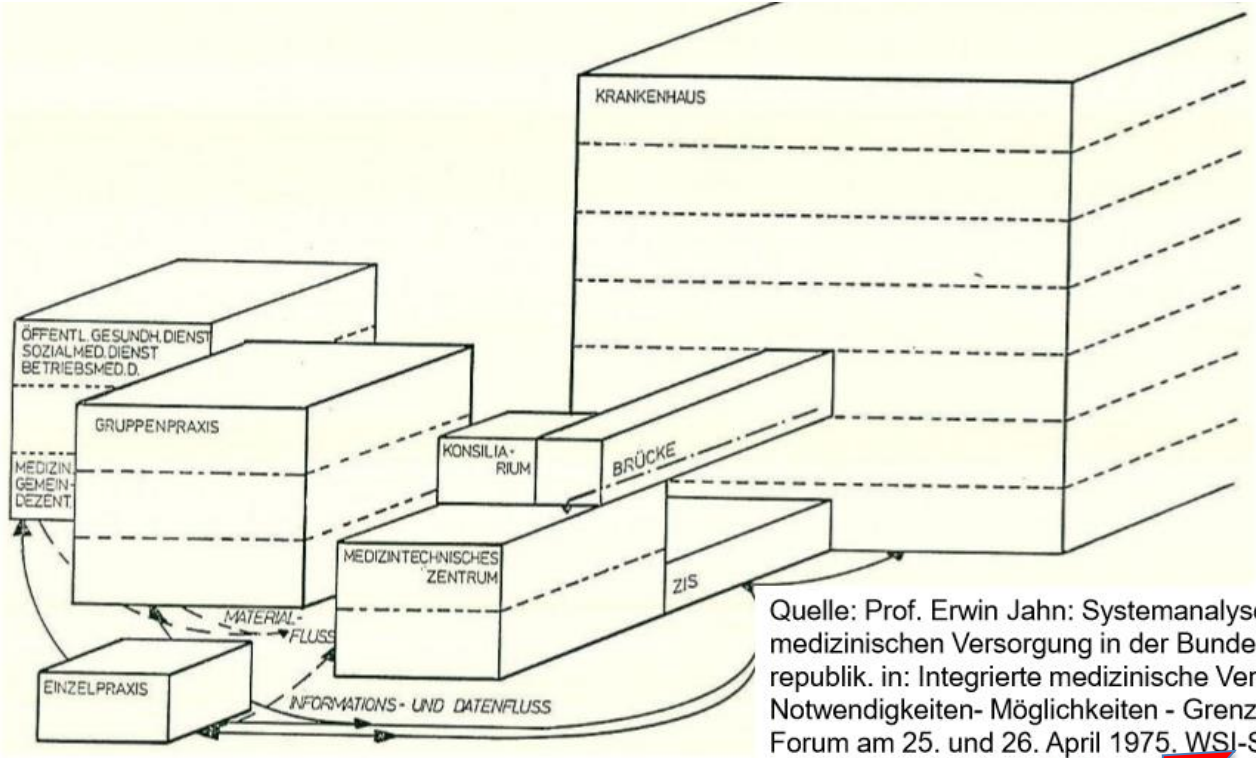
(Quelle: gekürzt und angelehnt an Leber und Wasem 2016)

Fazit:

Hamburg

- Notfall ist nicht gleich Notfall
- Patientensteuerung wird ohne Zugangssteuerung nicht funktionieren- Bereitschaft dazu?
- Die Interessenslage der einzelnen Beteiligten produziert Notfälle, insofern sind diese ebenso zu steuern
- Das SVR-Modell ist in sich logisch, negiert aber die Außenbedingungen
- Wir brauchen keine Modelle mit neuen Schnittstellen zur Regelversorgung
- Ein sektorenübergreifender Ansatz muss deutlich breiter ansetzen als nur bei der Notfallversorgung

Verzahnung der Sektoren - a never ending story….



Quelle: Prof. Erwin Jahn: Systemanalyse der medizinischen Versorgung in der Bundesrepublik. in: Integrierte medizinische Versorgung: Notwendigkeiten- Möglichkeiten - Grenzen. WSI-Forum am 25. und 26. April 1975. WSI-Studie Nr. 32, Bund-Verlag Köln, **1975**, S. 4