

DIE ZENTRALE NOTAUFNAHME

Chronisch überlastet und unterfinanziert

Die Situation in der Notfallversorgung in Deutschland hat sich in den letzten Jahren grundlegend geändert. Das Patientenaufkommen in den Kliniken wächst und deren Notaufnahmen sind überlastet. Univ.-Prof. Dr. Dr. Wilfried von Eiff erklärt, warum die Neuregelung im EBM zum Notfall- und Bereitschaftsdienst an der Realität vorbeigeht.

Der demografische Wandel und Änderungen in den ambulanten Notdienststrukturen führten zu einem starken Anstieg der Behandlungen in den Notaufnahmen der Krankenhäuser. Jedes Jahr wächst das Patientenaufkommen um vier bis sieben Prozent. Etwa 25 Millionen Patienten wurden im Jahr 2016 stationär und ambulant in den Krankenhäusern versorgt. Mehr als elf Millionen Patienten werden in den Notfallaufnahmen ambulant versorgt. Dies ist deutlich mehr, als der vertragsärztliche Bereitschaftsdienst leistet, dem eigentlich der Sicherstellungsauftrag für die ambulante Notfallversorgung obliegt. Jedoch stellen steigende Wartezeiten von bis zu fünf bis sieben Stunden, die nicht kostendeckende Finanzierung und Personalengpässe das Management der Notaufnahme vor besondere Herausforderungen.

Die Notaufnahme ist eine wichtige Organisationsdrehscheibe im Klinikbetrieb, da zwischen 30 und 70 Prozent aller Akutpatienten über die ZNA aufgenommen werden. Die Aufnahmequote, d.h. der Anteil an Notfallpatienten, die über die Notaufnahme in den vollstationären Bereich überwiesen wird, beträgt durchschnittlich 38 Prozent (Median = 51 Prozent). Damit hat die ZNA eine wichtige Einweiserfunktion für den vollstationären Bereich.

UNTERFINANZIERUNG

Für 2016 stellte sich die wirtschaftliche Situation der Notfallbehandlung in Krankenhäusern als äußerst prekär dar:

- Die durchschnittlichen Kosten, die ein ambulanter Notfallpatient bei der Behandlung verursacht, liegen bei 126 Euro. Demgegenüber stehen Erlöse pro Fall im Schnitt von 32 Euro. Der durchschnittliche Fehlbetrag pro Patient in Höhe von 88 Euro führt zu einem Gesamtdefizit bei den im Notfalldienst engagierten Häusern in Höhe von über 1 Milliarde Euro je Jahr.
- Rund 80 Prozent der Kosten (etwa 101 Euro durchschnittlich je Fall) einer Behandlung eines Notfallpatienten fallen in der Notaufnahmen an, wobei sich dieser Kostenblock zu jeweils einem Drittel auf den ärztlichen Dienst sowie den Pflege- und Funktionsdienst aufteilt, neun Prozent für medizinische Sachkosten aufgewendet werden und 25 Prozent für Infrastrukturkosten (Gebäudebewirtschaftung, Verwaltung, Wartung, Zentralsterilisation) zu Buche schlagen.
- Etwa 13 Prozent der Notfallbehandlungskosten (im Durchschnitt 46 Euro) werden durch Inanspruchnahme radiologischer Leistungen verursacht (das betrifft 35 Prozent aller Notfallpatienten) und circa fünf Prozent (im Durchschnitt 26 Euro) durch Laborleistungen (das betrifft circa 24 Prozent der Fälle). Damit werden im Durchschnitt 25 Euro für Radiologie- und Laborleistungen je ZNA-Patient kalkuliert.
- Patienten unter sechs Jahre verursachen durchschnittliche Kosten von 89 Euro, während für Patienten älter als 75 Jahre 160 Euro, für rettungsdienstliche eingewiesene Patienten 171 Euro und für Patienten mit notärztlicher Begleitung 242 Euro zu veranschlagen sind.

Bestimmend für die Kosten einer ZNA ist auch die Behandlungsstruktur:

- Allgemeine Notfallbehandlungen (etwa 33 Prozent der Fälle) verursachen durchschnittliche Fallkosten in Höhe von 82 Euro. Diese Fälle könnten weitgehend in den kassenärztlichen Notfallpraxen versorgt werden.
- Spezielle Notfallbehandlungen (rund 20 Prozent der Fälle) setzen eine spezialfachärztliche Versorgungskompetenz voraus. Die betrifft z.B. die Wundversorgung mit Naht und die Anlage von Dauerkathetern.
- Krankenhauspezifische Notfallbehandlungen (etwa 47 Prozent der Fälle) können ausschließlich von Krankenhausnotaufnahmen geleistet werden. Es handelt sich um „unverzögliche Diagnostik“ mit Technologien sowie „Eingriffe zur Lebensrettung“.

NEUREGELUNG IM EBM

Mit der ab 1. April 2017 gültigen gesetzlichen Regelung des § 87 Abs. 2a Satz 23 SGB V wurden Schweregradzuschläge für

aufwändige Versorgung zu den Notfallpauschalen eingeführt. Dies betrifft einerseits fest definierte schwerwiegende Behandlungsdiagnosen (Pneumonie, tiefe Beinvenenthrombose) und andererseits den erhöhten Aufwand wegen schwieriger Kommunikation bei Säuglingen und Kleinkindern oder infolge bestimmter Grunderkrankungen (Alzheimer, Demenz, geriatrische Patienten mit Frailty-Syndrom).

Besondere Aufmerksamkeit wurde den „Bagatelle-Fällen“ gewidmet. Es handelt sich dabei um etwa zehn Prozent aller Patienten, die eine Notaufnahme aufsuchen, aber wegen des geringen Schwere- und Dringlichkeitsgrades im niedergelassenen Bereich zu behandeln wären.

Diese Patienten sollen vom Krankenhausarzt schnell identifiziert und sofort in den Vertragsarztbereich der KV weitergeleitet werden. Als (negatives) Anreizinstrument wurde die „Abklärungspauschale“ eingeführt: Danach erhält eine Krankenhaus für einen Bagatelle-Patienten 4,74 Euro pro Behandlungsfall (zwischen 19 und 7 Uhr, an Wochenenden und Feiertagen 8,42 Euro). Faktisch bedeutet das, dass für die Diagnosestellung zwei Minuten verfügbar sind.

Diese Regelung geht an der Realität vorbei. Sie ändert nichts an dem Grundproblem der Überbelastung der Notaufnahmen und beschert den Kliniken zusätzliche Kosten. Ob ein Patient als Bagatelle-Fall anzusehen ist, lässt sich nur in ganz wenigen Fällen innerhalb von zwei Minuten entscheiden. Fast 50 Prozent der Patienten erscheinen mit unklaren Symptomen und eine medizinisch qualifizierte Abklärung nimmt mindestens 15 bis 20 Minuten in Anspruch. Innerhalb von zwei Minuten ist nicht abzuklären, ob hinter grippeähnlichen Symptomen eine Gehirnhautentzündung steckt, und die Rückenschmerzen, die ein Patient schon seit drei Monaten hat, könnten ein gedeckt perforiertes Aortenaneurysma sein. Eine auf zwei Minuten reduzierte Abklärung mit anschließender Entlassung nach Hause birgt Risiken für den Patienten und kann im Schadensfall zum juristischen Nachspiel führen. Es kann nicht darum gehen, Patienten möglichst schnell an einen niedergelas-

senen Arzt weiterzuleiten, um zu vermeiden, dass aus dem KV-Budget ambulante Krankenhausleistungen refinanziert werden, sondern die besondere Verantwortung für einen Patienten ist wahrzunehmen.

Diese Regelung verursacht zudem erhebliche zusätzliche Kosten auf Seiten der Krankenhäuser. Geht man davon aus, dass zirka zehn Prozent der Patienten, die in einer Notaufnahme um Hilfe nachsuchen, als Bagatell-Fälle einzustufen sind, bedeutet dies einen zusätzlichen finanziellen Verlust von 25 Euro je Bagatell-Patient, was einer Zusatzbelastung von 27 bis 30 Millionen Euro für alle Notaufnahmen insgesamt entspricht.

PHÄNOMEN „NOTFALLPATIENT“

Für das bevorzugte Aufsuchen der Notaufnahme gerade auch durch Nichtnotfallpatienten gibt es viele Ursachen. Es mangelt an Transparenz über die in den Notdienst eingebundenen Praxen und über die Sprechstundenzeiten. Auch Wartezeiten auf einen Termin bei Hausarzt oder Facharzt sind Grund für eine wachsende Zahl von Patienten, sich in die Notaufnahme zu begeben, um hier eine Komplettbehandlung inklusive Labor- und Bildgebungsdiagnostik bei einem „One-Shop-Stop“ zu erhalten. Oft wird das Aufsuchen der Notaufnahme durch die Vermutung veranlasst, dort eine qualifiziertere, v.a. ganzheitliche Behandlung zu erhalten, weil im Bedarfsfall alle Fachdisziplinen und Geräte verfügbar sind. Hinzu kommt die Unwissenheit über die Notfallversorgungsstrukturen. So kennen vielen Patienten nicht die KV-Notdienstnummer (116 117). Auch Migranten sind es von ihren Heimatländern gewohnt, direkt ein Krankenhaus aufzusuchen, da ein niedergelassener Bereich mit Facharztversorgung dort nicht existiert.

NOTFALLGEBÜHR ALS STEUERUNGSMITTEL

Eine Notfallgebühr, um für Patienten mit Bagatell Diagnosen die Hemmschwelle zu erhöhen, ist der falsche Weg. Kein Patient darf aus finanziellen Gründen vom Arztbesuch abgehalten werden, schon gar nicht, wenn es um Notfallsituationen geht. In der

Medizin ist man nachher immer schlauer als vorher, aber dieser Erkenntnisprozess erfordert qualifizierte Ärzte, die ausreichend Zeit haben, sich um einen Patienten zu kümmern. Nicht jeder vermeintliche Notfallpatient stellt sich auf den zweiten Blick als solcher heraus.

PORTALPRAXEN: VERSORGUNGSFORM DER ZUKUNFT

Portalpraxen sind eine sinnvolle Lösung für die Weiterversorgung der Patienten, die nach der Erstuntersuchung als „nicht dringlich“ oder „normal“ eingestuft wurden. Jedoch besteht bezüglich der Ausgestaltung der Zusammenarbeit zwischen der Notaufnahme und der Portalpraxis noch Regelungsbedarf:

Portalpraxen sollten eine 7/24-Besetzung aufweisen und im Idealfall räumlich direkt an die Notaufnahme eines Krankenhauses angebunden sein. Die Triage erfolgt sinnvollerweise durch den Klinikarzt, damit bei echten Notfallpatienten keine Verzögerung eintritt. Portalpraxen, die nicht in Kliniknähe liegen, können telemedizinisch mit ihr verbunden werden. Wichtig wäre, einen einheitlichen Sicherstellungsauftrag für die Notfallversorgung einzurichten und die sektorale Vergütung durch Einrichtung eines Notfallvergütungsfonds zu überwinden. Dazu gehört auch die Einrichtung einer gemeinsamen Rettungsleitstelle für 112 und 116117. Die Portalpraxen sind mit Notfall erfahrenen Vertragsärzten zu besetzen. Zudem die müssen Portalpraxen mit ihren Standorten über eine wirksame Kommunikationsstrategie bekannt gemacht werden.

Eine Abbildung zur sektorübergreifenden Zusammenarbeit in der ambulanten Notfallversorgung finden Sie „online exklusiv“ (rechts neben dem Inhaltsverzeichnis).

UNIV.-PROF. DR. DR. WILFRIED VON EIFF

Ludwig Fresenius Center for Health Care Management and Regulation, HHL, Leipzig Graduate School of Management, Leiter des Centrums für Krankenhaus-Management (CKM, Münster), Kontakt: wilfried.von.eiff@hhl.de

