



6. Deutsches Symposium der Bundesarbeitsgemeinschaft Zentrale Notaufnahme

Hamburg, 8.-9. Mai 2009
www.bag-zna.de

Eckpunktepapier zur Notfallversorgung

Auswirkungen der DRG's auf die Krankenhauslandschaft

Chr. K. Lackner
Institut für Notfallmedizin und Medizinmanagement
Klinikum der Universität München

Quersatz über die Entgelte für voll- und teilstationäre Krankenhausleistungen
(Krankenhausentgeltgesetz - KHEntgG)

- ▶ Notfallversorgung ist betriebswirtschaftlich wenig interessant
- ▶ Hohe Vorhaltekosten bei fraglichem Erlös
- ▶ Aktive Abwendung – hin zur elektiven Versorgung
- ▶ Neuausrichtung wird aus Image-Gründen nicht kommuniziert
- ▶ Die (akut-)klinische Notfallversorgung **arrodirt schleichend**

Wochenende (ggf. auch in Zusammenarbeit mit mehreren Krankenhäusern) gewährleistet
Notfallhilfe abgegeben wurde und die Möglichkeit der Internatübernahme sowie der
Intensivbehandlung besteht. Die Festlegung wird auf der Bundesebene spätestens bis zum
31.08.2009 zwischen den Vertragspartnern vereinbart.

SACHVERSTÄNDIGENRAT
zur Begutachtung der Entwicklung
im Gesundheitswesen

Kooperation und Verantwortung

Voraussetzungen einer zielorientierten
Gesundheitsversorgung

www.svr-gesundheit.de (Gutachten 2003 und 2007)

4. Krankenhauswesen: Planung und Finanzierung

410. Bei einer Rahmenplanung würde der Staat lediglich Standorte und Fachgebiete festlegen sowie allenfalls Gesamtkapazitäten. In diesem Falle würden die Fachkapazitäten zwischen den Pflegesatzparteien bestimmt, die allerdings der staatlichen Überwachung bedürfen. Die staatliche Rahmenplanung kann Versorgungsregionen festlegen. Die Standorte der Notfallversorgung sollten dabei weiterhin durch staatliche Planung bestimmt werden (s. Ziffer 507ff.).

www.svr-gesundheit.de (Gutachten 2003 und 2007)

POLITIK

NOTFALLMEDIZIN

Die Leitlinien müssen eingehalten werden



Zwischen Fachgesellschaften und Organisationen liegen Eckpunkte für verbindliche Leitlinien vereinbart. Die Einbindung von

Die Frage der Leitlinien ist eine zentrale in der Notfallmedizin. Sie sind ein zentraler Bestandteil der Notfallversorgung und werden in der Regel von den Leitlinienkommissionen der Fachgesellschaften erarbeitet. Die Leitlinien sind ein zentraler Bestandteil der Notfallversorgung und werden in der Regel von den Leitlinienkommissionen der Fachgesellschaften erarbeitet.

A 100

Deutsches Ärzteblatt | Jg. 105 | Heft 38 | 19. September 2008

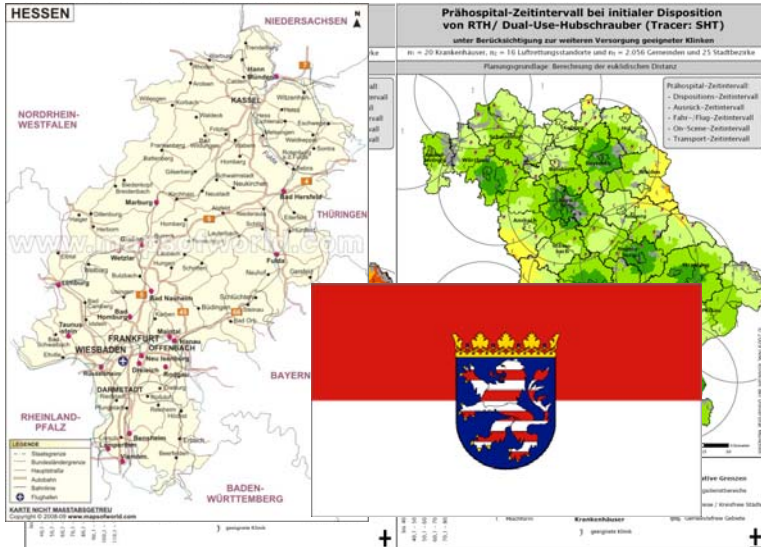
Voraussetzungen für die Teilnahme an der klinischen Notfallversorgung ist das Vorhandensein der Fachabteilungen Chirurgie/Unfallchirurgie, Innere Medizin und Anästhesiologie, Intensivstation, CT, Notfalllabor und Blutdepot (24-Stunden-Bereitschaft, sieben Tage/Woche). Für die Schnittstelle Rettungsdienst/Klinik haben sich zentrale Notaufnahmen bewährt.

**Netzwerkkonzepte
Krankenhausplanung:**

Wohin mit den Notfallpatienten.... ?



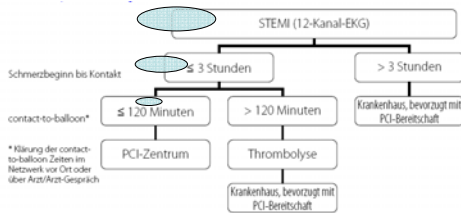

**Netzwerkkonzepte
Krankenhausplanung:**



Netzwerkkonzepte

Die Anwendung der präklinischen Lyse kann medizinisch sinnvoll nur in einem Netzwerk mit geeigneten Kliniken erfolgen. Dabei sind insbesondere Chest-Pain-Netzwerke für jede in Frage kommende Klinik zu evaluieren und durch Selbstverpflichtung der Kliniken im Netzwerk vorab zu evaluieren und durch sicherzustellen (gemäß dem Leitlinienempfehlung) und/oder ÄLRD).

Eigenwahrnehmung
Fremdwahrnehmung



München, 12. 05. 2005

Netzwerkkonzepte Krankenhausplanung:



- Die Leitlinien müssen eingehalten werden
- **ST-Hebungsinfarkt:** 90 Minuten bis zur perkutanen koronaren Intervention (PCI)
 - **Schlaganfall:** 90 Minuten bis zur Entscheidung über die Lyse (120 Minuten bis zur Lyse)
 - **Schädel-Hirn-Trauma (bewusstlos):** 90 Minuten bis zum OP-Beginn (60 Minuten bis zum CT)
 - **Schwerverletzte:** 90 Minuten bis zum OP-Beginn (60 Minuten bis zur Klinikaufnahme)

Netzwerkkonzepte



Telemedizinisches Projekt zur integrierten Schlaganfallversorgung in der Versorgungsregion

Versorgungsregion
Die Verteilung der 11 die beiden TEMPIS-Kliniken sind farblich markiert



Stroke-Unit-Politik Erlösorientierung

Durchbruch für Innere Medizin
Schlaganfall ab 2009 im DRG-Katalog erlösrelevant

Durch intensive Bemühungen des Berufsverbandes Deutscher Internisten BDJ e.V. und das besondere persönliche Engagement seines 2. Vizepräsidenten Prof. Dr. med. Malte Ludwig ist es nun gelungen, die Behandlung des Schlaganfalls in Inneren Kliniken wieder erlösrelevant zu machen. Im Fallauswahlkatalog 2009, der zum 1. Januar nächsten Jahres in Kraft tritt, wurde die Klassifikation der DRG B70C.6 (Apoplexie) CM: 1.089; 1.547; 0.891 ebenso wie die Klassifikation der DRG B89C (Transkatheterische Ischämische Attacke) so korrigiert, dass sie auch für die Innere Medizin im Krankenhaus wieder abrechenbar wird.

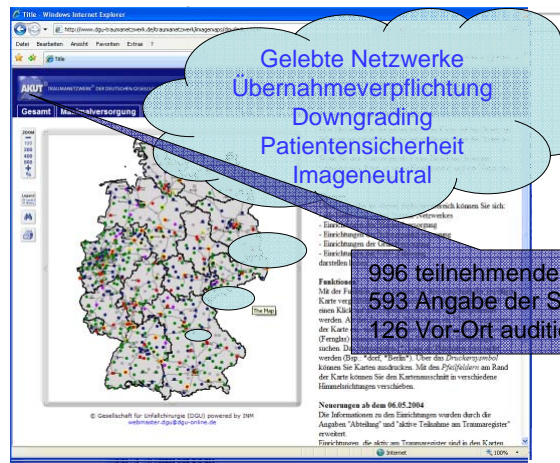
Netzwerkkonzepte Krankenhausplanung:



Die Leitlinien müssen eingehalten werden

- **ST-Hebungsinfarkt:** 90 Minuten bis zur perkutanen koronaren Intervention (PCI)
- **Schlaganfall:** 90 Minuten bis zur Entscheidung über die Lyse (120 Minuten bis zur Lyse)
- **Schädel-Hirn-Trauma (bewusstlos):** 90 Minuten bis zum OP-Beginn (60 Minuten bis zum CT)
- **Schwerverletzte:** 90 Minuten bis zum OP-Beginn (60 Minuten bis zur Klinikaufnahme).

Netzwerkkonzepte



Gelebte Netzwerke
Übernahmeverpflichtung
Downgrading
Patientensicherheit
Imageneutral

996 teilnehmende Kliniken
593 Angabe der Struktur
126 Vor-Ort auditiert

Netzwerkkonzepte Krankenhausplanung:



Die Leitlinien müssen eingehalten werden

- **ST-Hebungsinfarkt:** 90 Minuten bis zur perkutanen koronaren Intervention (PCI)
- **Schlaganfall:** 90 Minuten bis zur Entscheidung über die Lyse (120 Minuten bis zur Lyse)
- **Schädel-Hirn-Trauma (bewusstlos):** 90 Minuten bis zum OP-Beginn (60 Minuten bis zum CT)
- **Schwerverletzte:** 90 Minuten bis zum OP-Beginn (60 Minuten bis zur Klinikaufnahme).



klassisches
Spannungsfeld

Stadt - Land

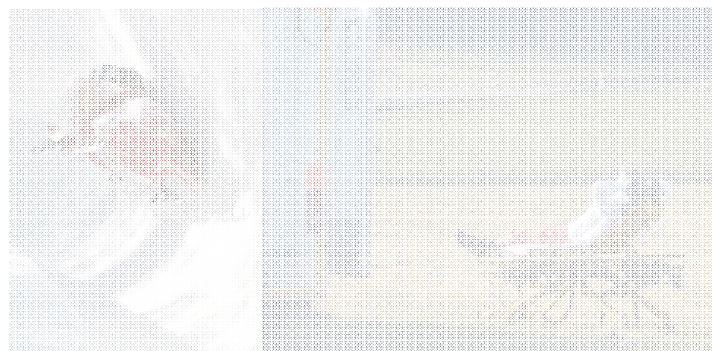


Fazit:

- ▶ Die klinische Notfallversorgung zerfällt in nahezu allen Kliniken in zwei Aggregatzustände (Routine vs. Bereitschaft/ 30% vs. 70%)
- ▶ (informelle) Abwendung von der Notfallversorgung
- ▶ Expertise der Handelnden / Ressourcen (Blutbank/ OP/ ICU)
- ▶ Prognosebestimmender Einfluss der Zielklinik (aktuell !)
- ▶ Prognosebestimmender Einfluss der ersten 60 min./ 90 min. nach Eintreffen in der Klinik

Lösungsmöglichkeiten:

- ▶ Bildung von Netzwerken mit transparenten/ zertifizierten Leistungsmerkmalen
- ▶ Analyse der tatsächlichen Ist-Situation
- ▶ Vereinbarungen zwischen Quell- und Zielkliniken
- ▶ Touch-down-Lösung versus Bypass-Lösung
- ▶ Ziel: nachhaltiges Risikomanagement/ weniger/kaum ad-hoc-Entscheidungen führen zu mehr Patientensicherheit



Ich danke für Ihre Aufmerksamkeit