

Intersektorale Kooperation in der Notfallversorgung

Bundesarbeitsgemeinschaft
Zentrale Notaufnahme

Hamburg, 6. Mai 2011

Dr. med. Timo Schöpke, MBA

Probleme der klinischen Notfallversorgung

- Steigende Inanspruchnahme von Notaufnahmen
+ 4,9% im Jahr 2009 (DGINA Mitgliederbefragung 2010)
21 Millionen Notfallpatienten in allgemeinen Krankenhäusern Deutschlands ab 50 Betten im Jahr 2009
- Fehlende Kostendeckung der ambulanten Notfallversorgung in Notaufnahmen
Erlöse für ambulante Notfalleistungen 30 € je Patient aber fehlende Kostenträgerrechnungen in Notaufnahmen
- Zunehmender Ärztemangel
5.500 offene Arztstellen in Krankenhäusern 2010 (DKI 2010)
- Geringe Strukturqualität in Notaufnahmen
40% assistenzärztliche Vollkräfte (n=184) der Notaufnahmen mit weniger als 2 Jahren Berufserfahrung
(DGINA Mitgliederbefragung 2010)

Abrechnung nach EBM

Vorstationäre
Abrechnung

Praxisbesuch im
organisierten
Notfalldienst

Hausbesuch im
organisierten
Notfalldienst

Behandlung in
Notaufnahme
ohne Einweisung

Behandlung in
Notaufnahme
**mit Verordnung
zur Krankenhaus-
behandlung**
(Einweisung)

Notfallpauschale (gestaffelt nach Anzahl der Kontakte und Tageszeit)

Besuchsbereitschaft (gestaffelt wie Notfallpauschale)

Dringender Hausbesuch

abzüglich 10%

§ 120 Abs.3 Satz 2 SGB V

1 Punkt = 0,035 €

23 €

70 €

13 €

Sonographie, Dauerkatheter, Labor, Röntgen, CT, Wundversorgung, etc.

Fallpauschalen*:

Unfallchirurgie

82,32 €

Allgemeinchirurgie

100,72 €

Innere Medizin

147,25 €

Fakultative
Leistungen

Transportbegleitung
Verweilen

abzüglich 10%

§ 120 Abs.3 Satz 2 SGB V

25 €

72 €

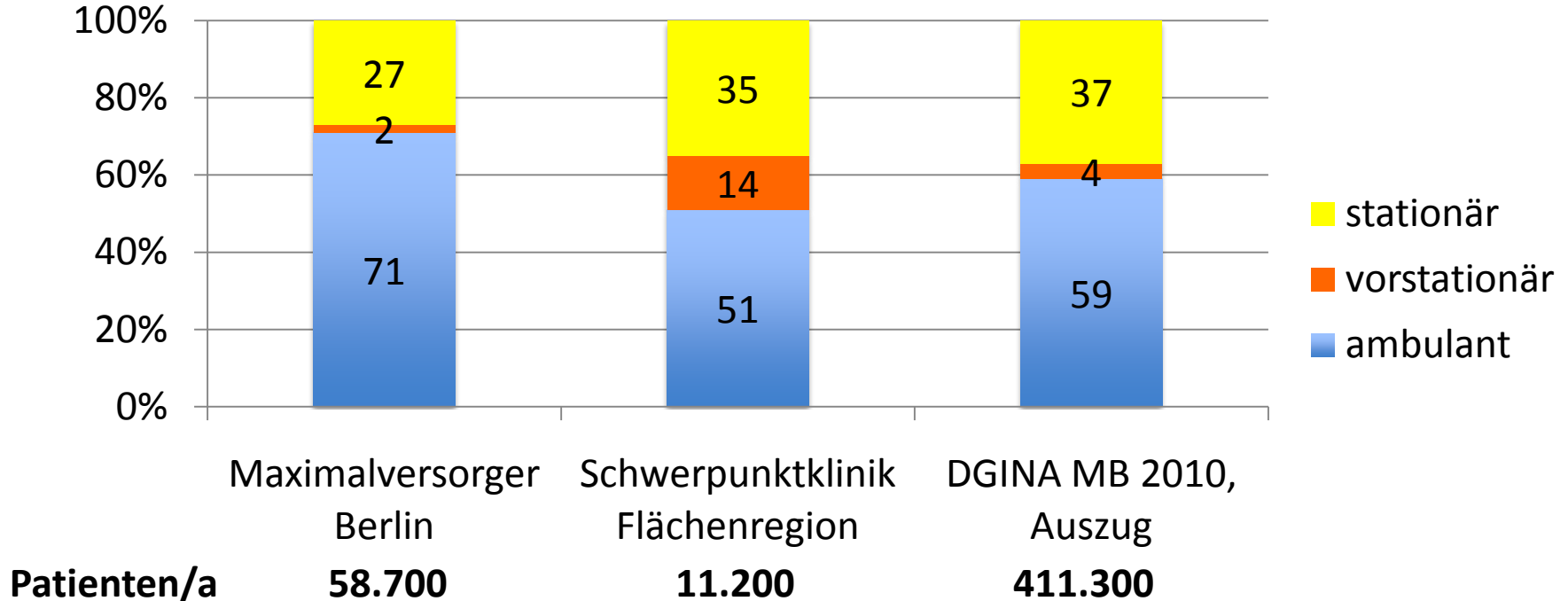
30 €

Zuzüglich

Wegepauschalen (gestaffelt
nach Entfernung und Tageszeit)

Großgeräte*

Unterschiedliche Verteilung der Fallarten in Notaufnahmen (%)



10,7 Millionen ambulante Notfallbehandlungen nach EBM an allgemeinen Krankenhäusern im Jahr 2009

(DKI Krankenhausbarometer 2010)

Durchschnittliche Personal- und Materialkosten je Behandlungsfall
(Schmittziel 1999)

Medizinisch 98,00 €

Chirurgisch 74,00 €

Würden rechtliche Grundlagen beachtet, bestünden weniger Probleme!

- § 75 SGB V: Sicherstellungsauftrag für Notfallversorgung außerhalb Sprechstundenzeiten durch Kassenärztliche Vereinigung, ausgenommen Rettungsdienst
- § 92 SGB V: Richtlinien für Verordnung von Krankenhausbehandlung, wenn ambulante Mittel ausgeschöpft sind, Pflicht zur Verwendung des Formulars
- § 39 SGB V: Krankenhausbehandlung nach Wirtschaftlichkeitsprüfung: Vollstationär vs. Vorstationär
- § 115a SGB V: Vorstationäre Behandlung
- Notfalldienstordnungen
- Abweisung von Patienten bei Eintreffen in der Notaufnahme nicht möglich: Urteil des Bundessozialgerichts vom 6.9.2006 (B 6 KA 31/05 R) zur Wahlfreiheit des Patienten bzgl. des Behandlungsortes und des behandelnden Arztes im Notfall

Erlösrelevante Prozesse der Präklinik

Nur die dokumentierte Zuweisung durch Vertragsärzte in Form der **Verordnung von Krankenhausbehandlung** ist zulässig und bringt positive Deckungsbeiträge bei der Notfallbehandlung von Patienten, die nachfolgend in die ambulante Weiterbehandlung entlassen werden.

Bisher:

- Falsche oder keine Dokumentation der Zuweisung
- Geringe Zahl an Zuweisern außerhalb Praxiszeiten
- Indikationen für Rettungsmittel anhand Symptomen, während die Krankheitsentität oft dem Vertragsarzt zuzuordnen wäre
- Falsche Anreize für Patienten für Inanspruchnahme von Notfallaufnahmen

Steffen, W.; Tempka, A.; Klute, G. (2007): Falsche Patientenreize in der Ersten Hilfe der Krankenhäuser. Deutsches Ärzteblatt 104(16): A-1088, B-969, C-921

Zukünftig:

Wenn der Patient nicht zum Vertragsarzt geht, muss der Vertragsarzt zum Patienten kommen oder dort sein, wo der Patient hinget.

Strukturen und Prozesse im Kassenärztlichen Bereitschaftsdienst bundesweit

Tätige Ärzte	Telefonische Meldung	Praxis	Hausbesuch
Alle Vertragsärzte	Individuelle Rufnummer	Keine Praxis	Eigener PKW
Freiwillige Ärzte	Zentrale Rufumleitung	Alternierende Praxen	Unqualifizierter Fahrdienst
Vertragsärzte im fachgebiets-bezogenen Bereitschaftsdienst	Leitstelle	Notfallpraxis	Qualifizierter Fahrdienst
	Notfallpraxis	Notfallpraxis im Krankenhaus	NEF

Qualität

Fix-Kosten

Fall-zahlen

Betriebswirtschaftliche Vorteile durch gemeinsame Nutzung von Räumlichkeiten, Diagnostik und Personal für Krankenhaus und Vertragsarzt

Strukturen und Prozesse im Kassenärztlichen Bereitschaftsdienst bundesweit

TABELLE

Ambulanter Bereitschaftsdienst in den KVen

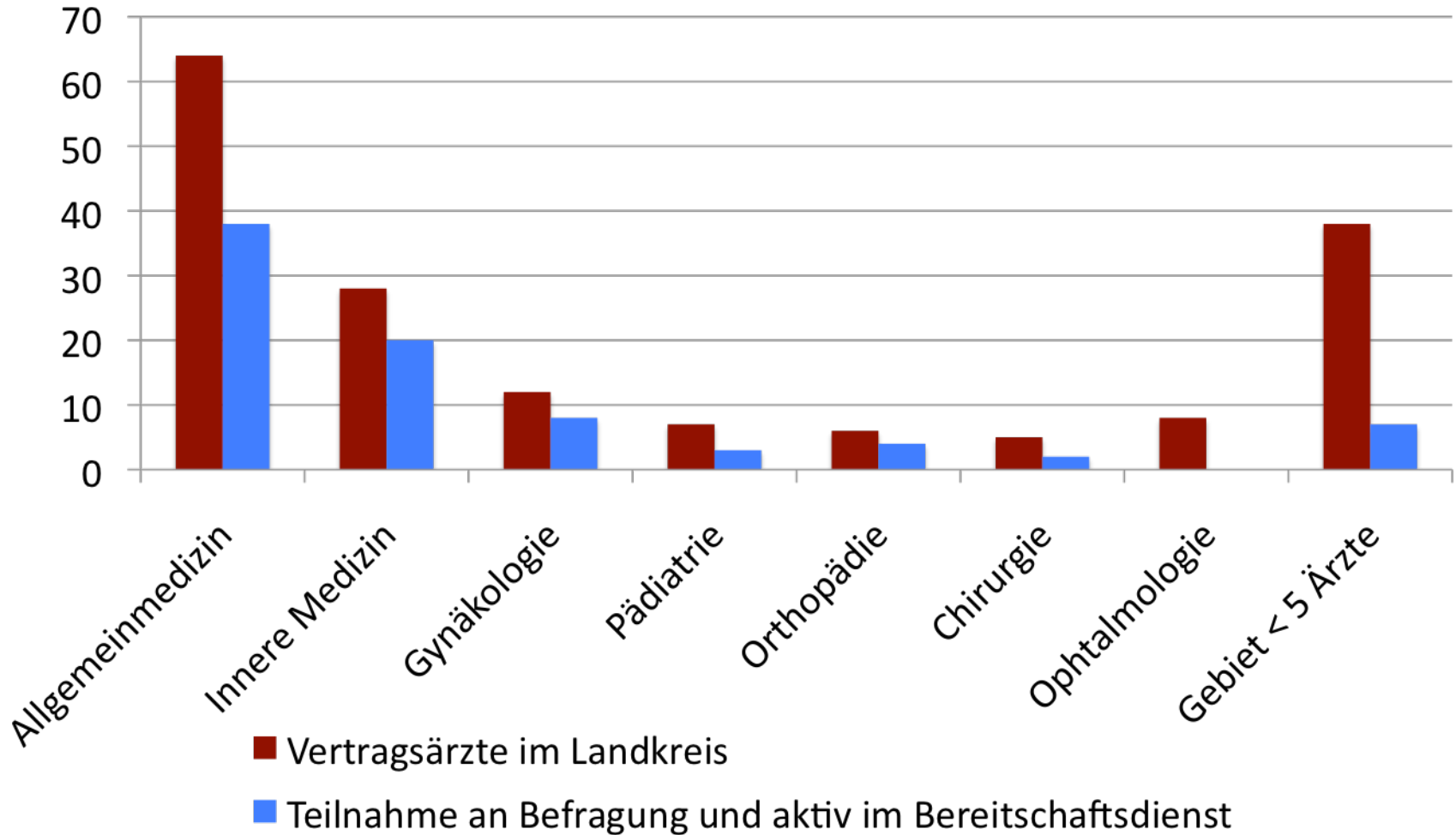
Baden-Württemberg	Bayern	Berlin	Brandenburg	Bremen	Hamburg	Hessen	Mecklenburg-Vorpommern	Niedersachsen
Es gibt mehr als 400 haus- und fachärztliche Notfalldienstbezirke, z. T. mit KV-eigenen oder von Ärzten betriebenen Notfallpraxen; letzte Reform 2008.	Seit 2003 vermitteln zunächst drei, jetzt zwei Beratungszentralen bayernweit den Bereitschafts- und kollegialen Vertretungsdienst.	Zentral organisierter Ärztlicher Bereitschaftsdienst, u. a. mit Fahrdienst und kinderärztlichen Bereitschaftsdienst; eigener Fuhrpark seit 2001.	Mit der Notdienstreform von 2004 wurde die Zahl der Bereitschaftsdienstbezirke von 176 auf 72 gesenkt.	Der Notfalldienst findet in sechs Zentralen (darunter drei kinderärztlichen) statt, die in oder bei Krankenhäusern angesiedelt sind.	2008 umstrukturiert, organisiert ein zentraler Notfalldienst die Besuchsbehandlung. Dazu gehören Notfallpraxis und kinderärztlicher Notdienst.	Seit 2002 teilt sich der Bereitschaftsdienst je nach Region in kollegiale Vertretungen und in Bereitschaftsdienstzentralen.	Seit 2007 gibt es 62 allgemeine Notdienstbereiche und sieben Pädiatrienotdienste, die vor Ort organisiert werden, dazu zwei Notdienstpraxen.	Bis Ende 2010 sollen zentrale Anlaufstellen eingerichtet und die Bezirke so geschnitten sein, dass kein Arzt mehr als vier Dienste im Quartal leisten muss.
Nordrhein	Rheinland-Pfalz	Saarland	Sachsen	Sachsen-Anhalt	Schleswig-Holstein	Thüringen	Westfalen-Lippe	
Es gibt 82 Notfalldienstpraxen, darunter 19 pädiatrische und eine HNO-Praxis, zudem erbringen Ärzte in ihren eigenen Praxen den Notdienst.	Bis 2013 sollen landesweit 50 Zentralen den Bereitschaftsdienst organisieren.	Derzeit werden Bereitschaftsdienstpraxen eingerichtet. Wo es noch keine gibt, übernehmen regionale Ringe den Notfalldienst.	Die Bezirksstellen regeln die konkrete Ausgestaltung des Bereitschaftsdienstes vor Ort; letzte Reform von 2004.	Es gibt 90 Bezirke für den allgemeinen Notdienst, in den Städten zudem fachärztliche Dienste und Bereitschaftsdienstpraxen.	Seit 2007 gibt es 30 Anlaufpraxen, die sich in der Regel an Krankenhäusern befinden. Eine zentrale Leitstelle koordiniert den Bereitschaftsdienst.	Seit Juli 2010 gibt es 27 Notdienstbereiche mit je einer Zentrale, dazu einen Pädiatrie-, Augenarzt- und HNO-Notdienst in einigen Bereichen.	Die Zahl der Bereiche wird 2011 von 178 auf 32 gesenkt, hinzu kommen zentrale Notdienstpraxen, insbesondere an Krankenhäusern.	

Zusammengestellt auf der Basis von Angaben der Kassenärztlichen Vereinigungen

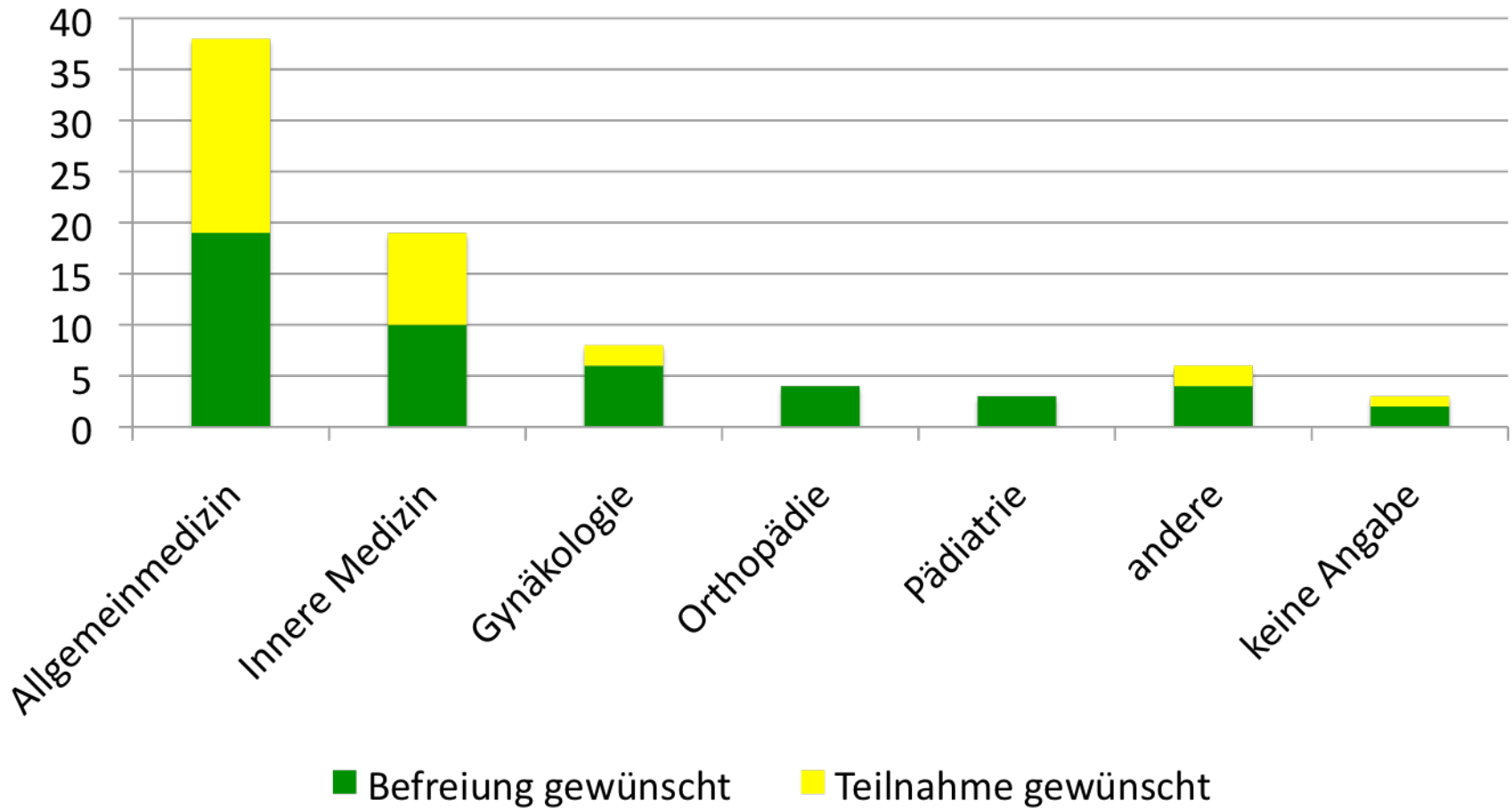
(Osterloh 2010)

Jedes 5. Krankenhaus hatte im Jahr 2010 eine Notfallpraxis der KV angeschlossen
(DKI Krankenhausbarometer 2010)

Umfrage im Landkreis Stendal, Sachsen-Anhalt im Jahr 2009 zur Wahrnehmung des Kassenärztlichen Bereitschaftsdienstes (n=158)



Angabe des Wunsches auf Befreiung oder Teilnahme am Kassenärztlichen Bereitschaftsdienst nach Gebietsbezeichnung (n=81)



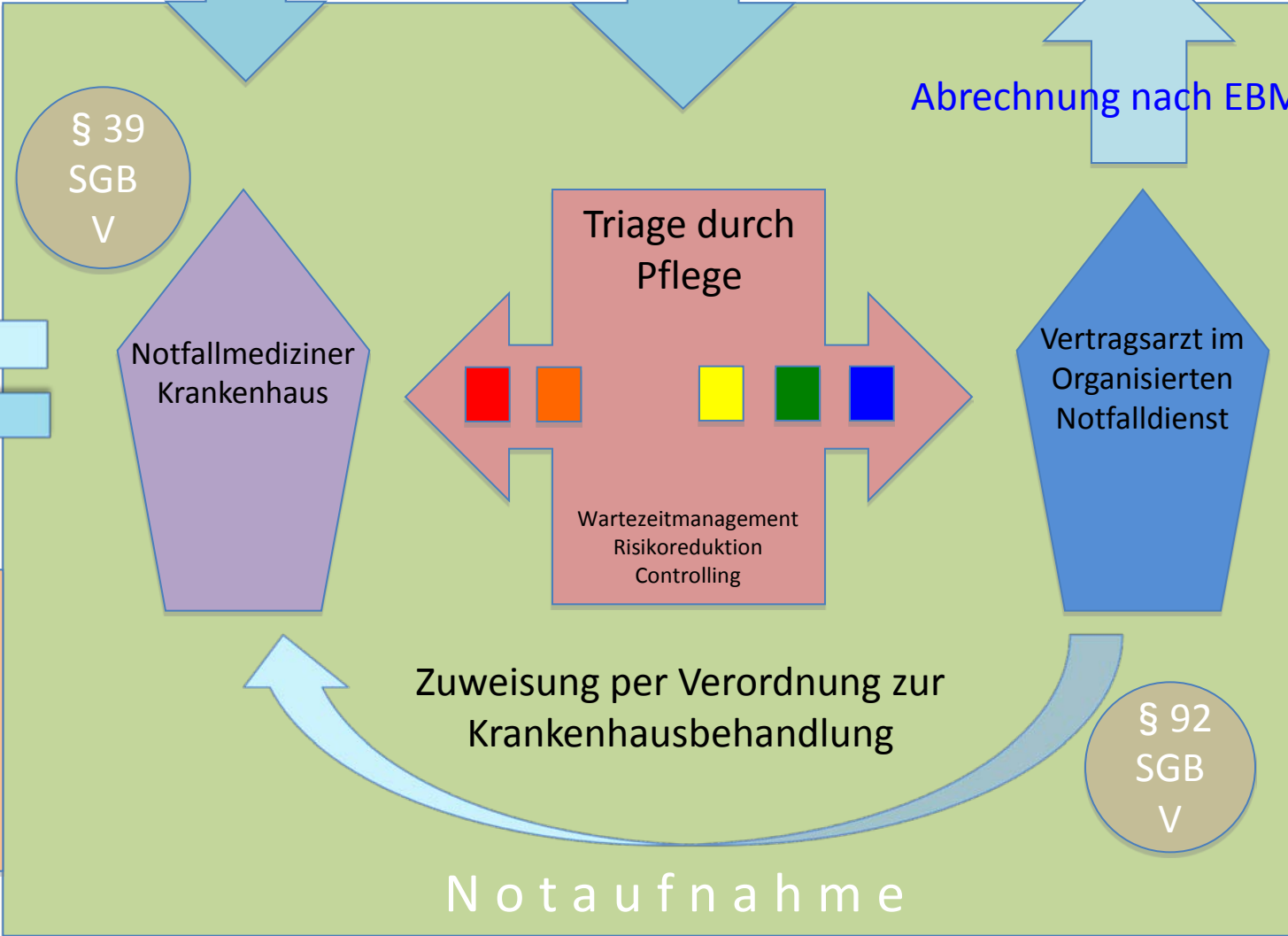
Patient trifft ein per...

Notfall-Einweisung
Notarzt

Rettungsdienst
Selbstvorstellung

Ambulante
Weiterbehandlung

Ambulante
Weiterbehandlung



Abrechnung nach EBM

§ 39
SGB
V

Triage durch
Pflege



Wartzeitmanagement
Risikoreduktion
Controlling

Vertragsarzt im
Organisierten
Notfalldienst

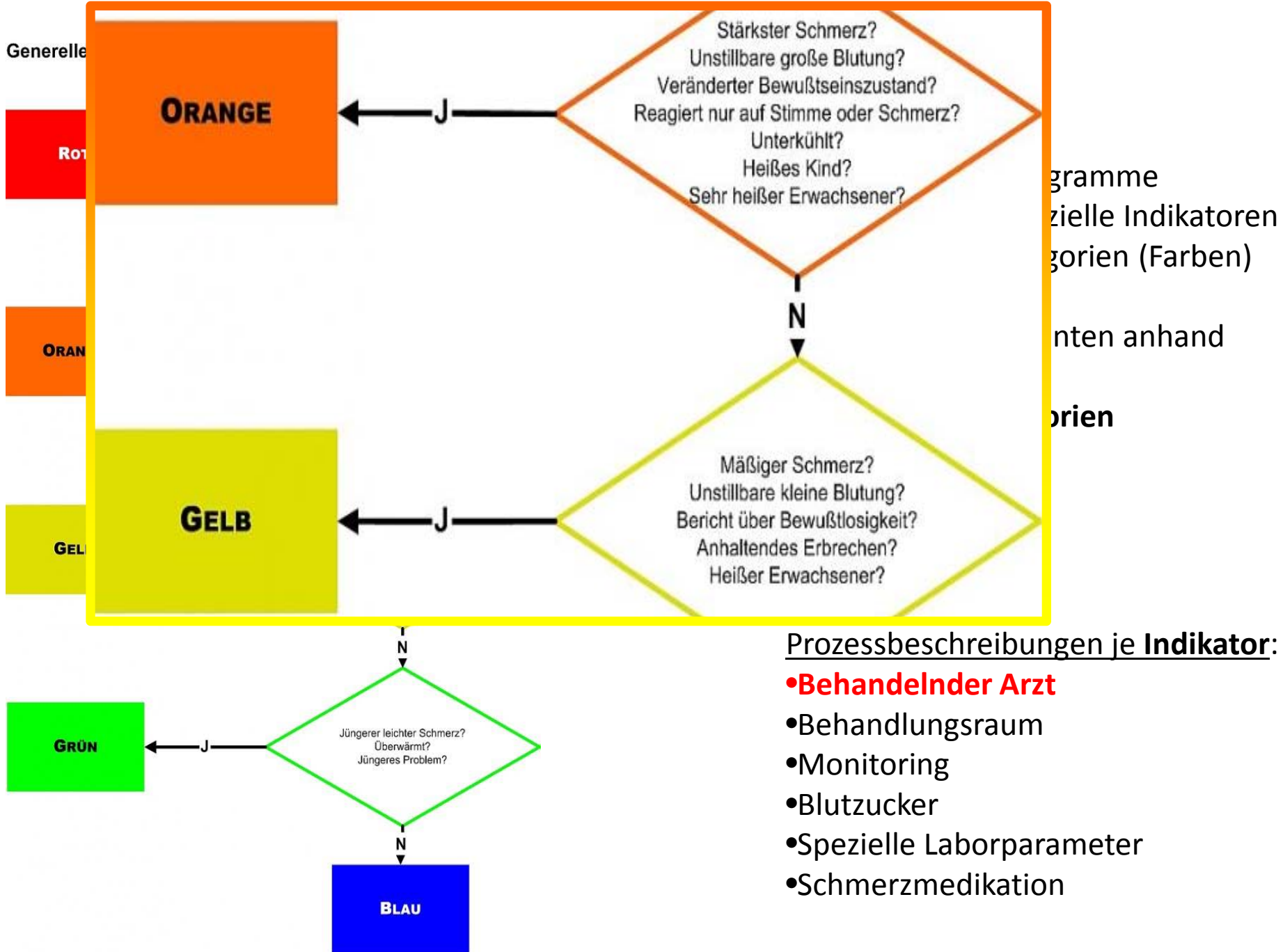
§ 92
SGB
V

Zuweisung per Verordnung zur
Krankenhausbehandlung

Notaufnahme

Vorstationäre
Abrechnung

Fachabteilung
Krankenhaus



Triage

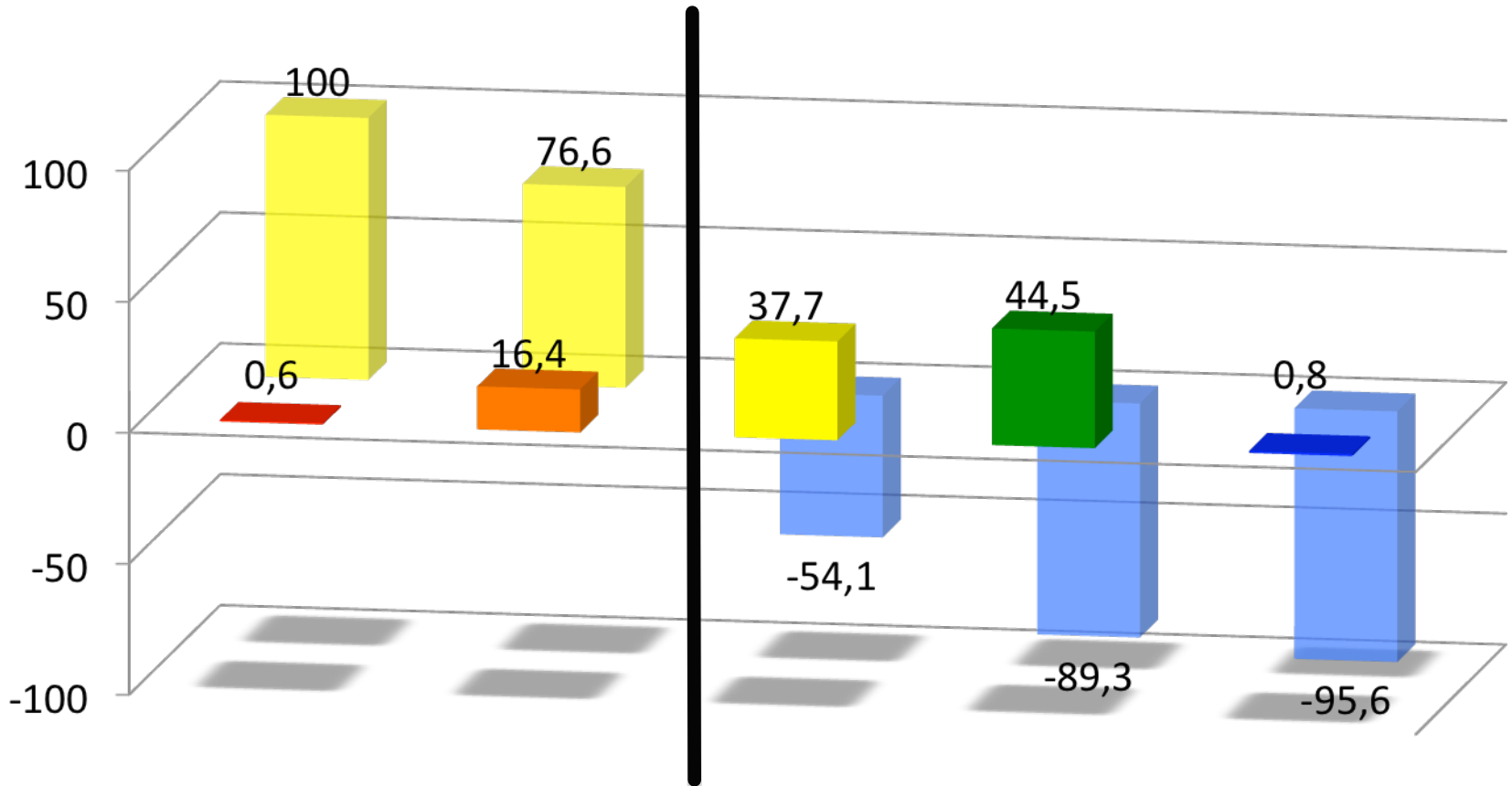
- Begegnet Kritik an bisherigen Kooperationsmodellen durch nun reproduzierbare und transparente Zuordnung des behandelnden Arztes
 - Zuordnung war bisher nicht geregelt und individuell durch Pflegekräfte bestimmt
 - Bisher vereinzelt primäre Sichtung aller Patienten durch Vertragsärzte aber viele Krankheitsentitäten außerhalb der Kernkompetenz
 - Sektorübergreifende Behandlungsqualität lässt sich nur durch Zusammenarbeit steigern
- „Pro“ Manchester-Triage/ Ersteinschätzung (MTS)
 - Differenziert nach Dringlichkeit
 - Höhere Rechtssicherheit
 - Höhere Erlöse für das Krankenhaus
 - Höhere Zuweisung von Patienten an die Notfallpraxis möglich
- „Contra“ Emergency Severity Index (ESI)
 - Differenziert nach Ressourcenverbrauch
 - Diagnostische Kompetenzen sind unterschiedlich in der Notfallpraxis
 - Geringere Abwendung von EBM Fällen für KH

„Pro“ Wartezeit und Crowding – Hausarztpraxis in der Notaufnahme als Lösungsansatz.
Gehrlich et al., Notfallstation Universitätsspital Basel: Höherer Patientenfluss und höhere Patientenzufriedenheit
- Sonstige Vorteile:
 - Wartezeitmanagement, Risikoreduktion, Controlling der Notaufnahme

Manchester-Triage

Dringlichkeit	Farbe	Max. Wartezeit bis Arztkontakt
Sofort	rot	keine
Sehr dringend	orange	10
Dringend	gelb	30
Normal	grün	90
Nicht dringend	blau	120

Verteilung und Weiterbehandlung der Patienten nach Manchester-Triage-System



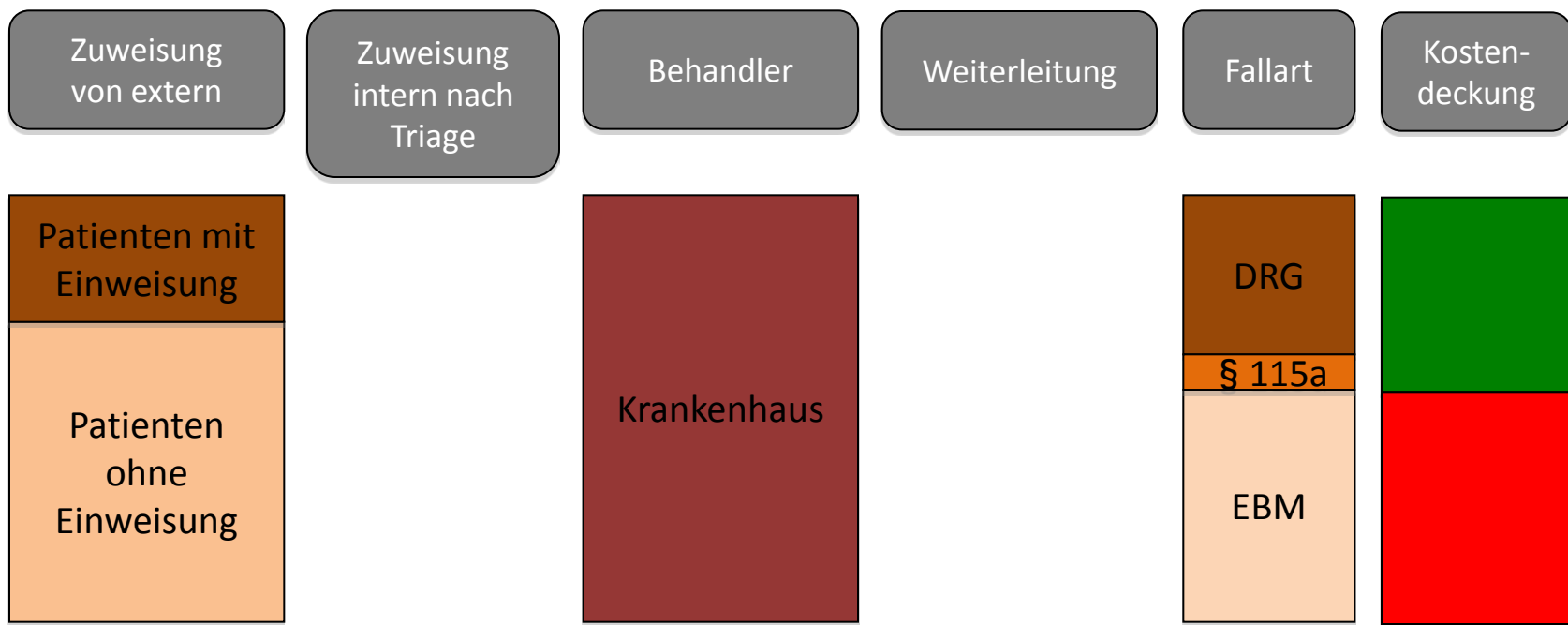
Quote stationärer Aufnahmen adaptiert an 35% aller Notfallaufnahme-Patienten

Wulp et al. Predicting admission and mortality with the Emergency Severity Index and the Manchester Triage System: a retrospective observational study.

Emerg. Med. J. 2009; 26; 506-509

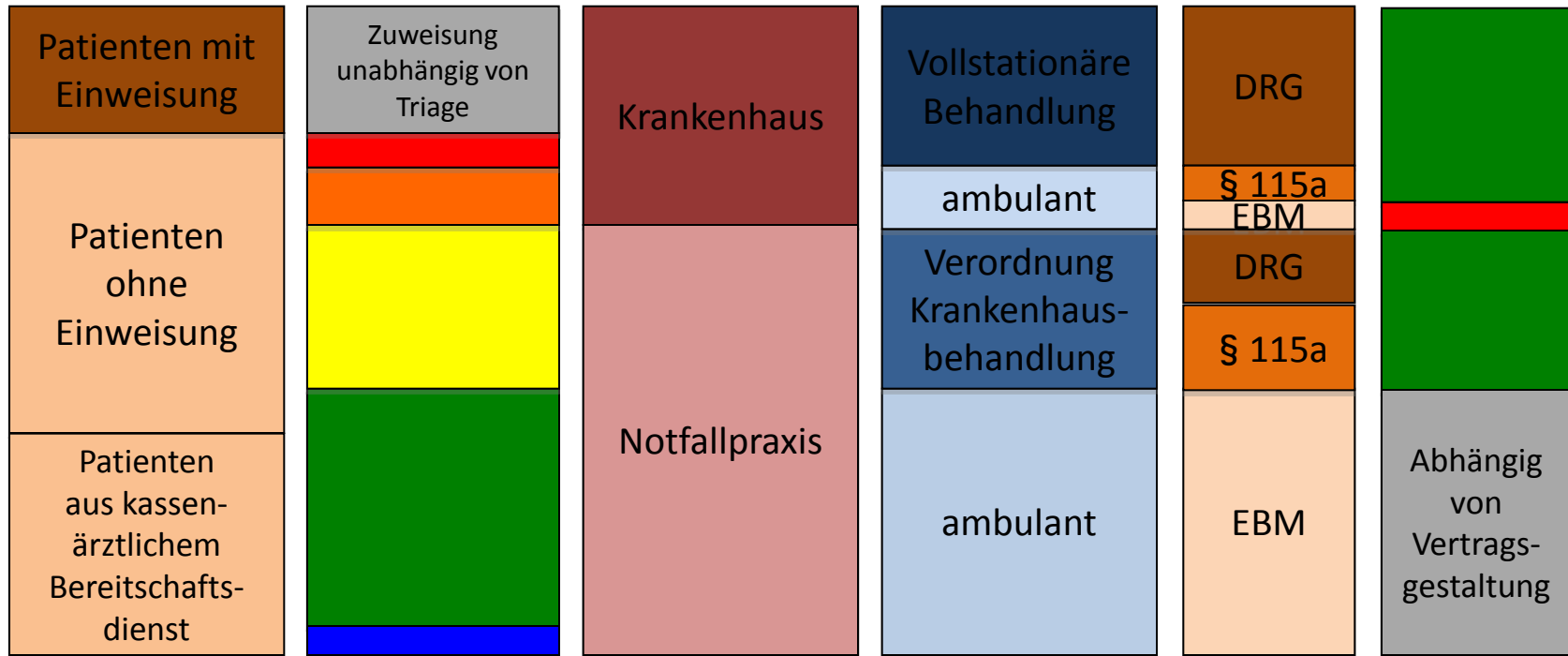
Patientenfluss

Notaufnahme

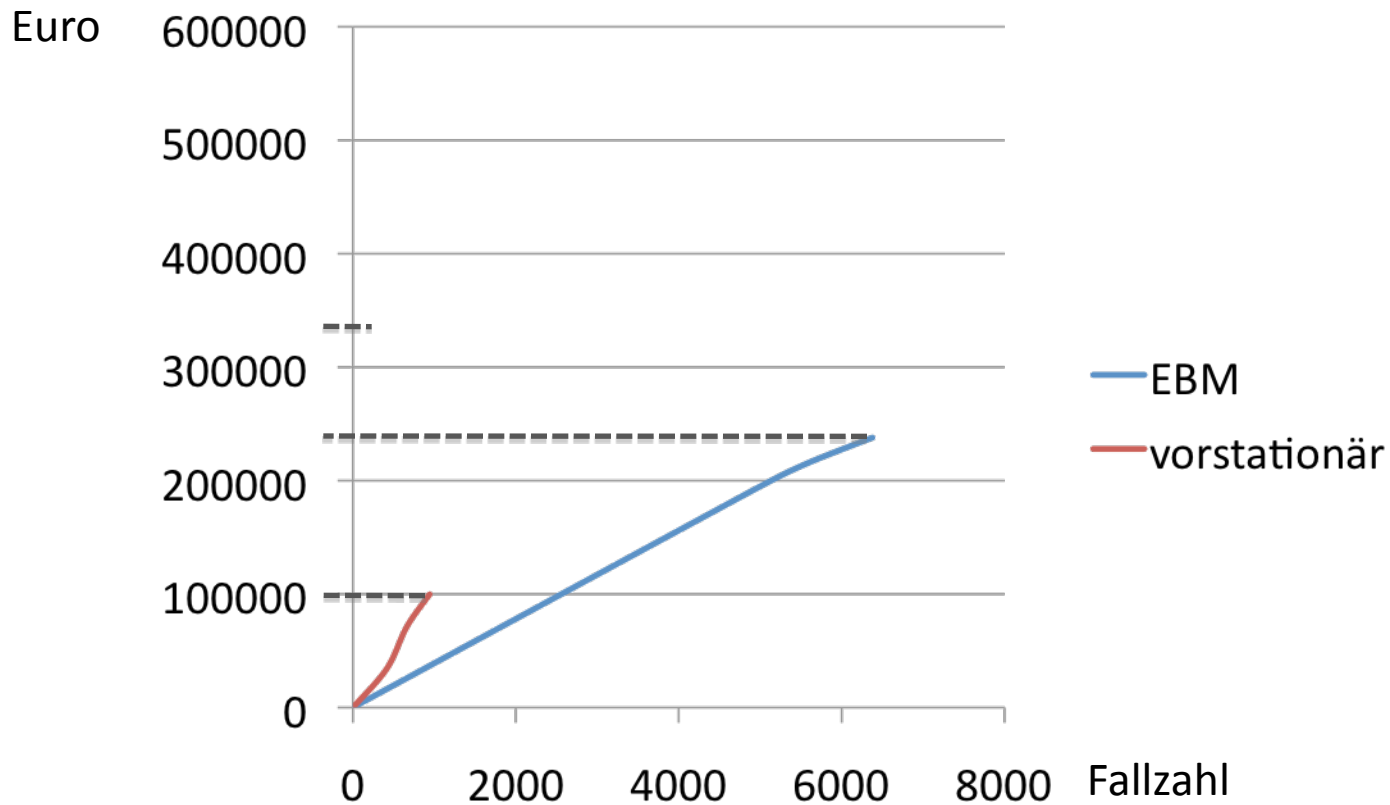


Notaufnahme mit
Notfallpraxis

Notfallpraxis

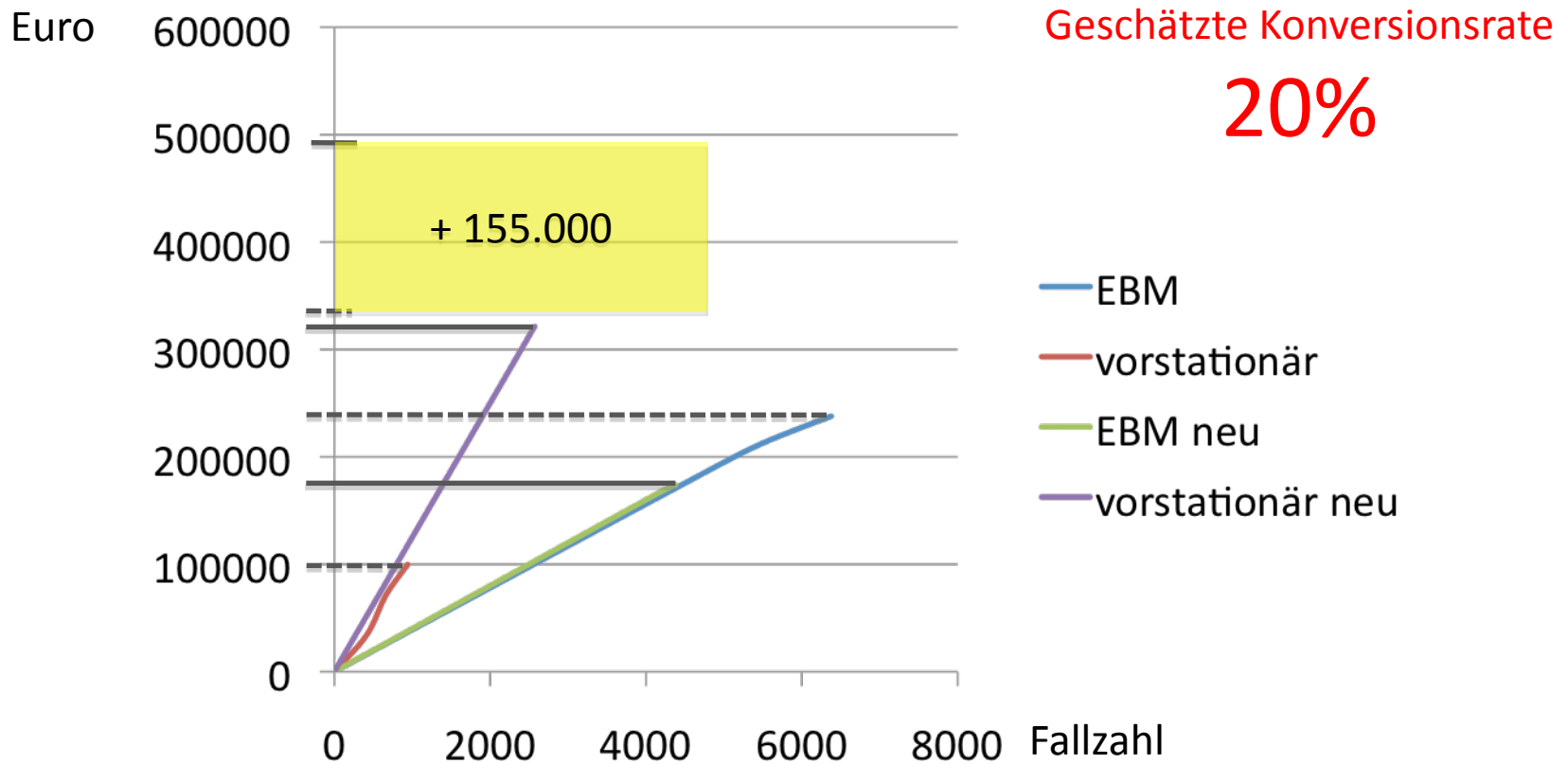


Beispielhafte **Erlöse** der Notaufnahme für 11.000 **ambulante und vorstationäre** Patienten jährlich nach Weiterleitung aller nicht-traumatologischen, minder-dringlichen und nicht-berufsgenossenschaftlichen Patienten an die Notfallpraxis



Gesamterlös ca. 340.000 Euro für ca. 7300 ambulante Patienten

Beispielhafte **Erlöse** der Notaufnahme für 11.000 **ambulante und vorstationäre** Patienten jährlich nach Weiterleitung aller nicht-traumatologischen, minder-dringlichen und nicht-berufsgenossenschaftlichen Patienten an die Notfallpraxis



Gesamterlös ca. 340.000 Euro für ca. 7300 ambulante Patienten

Gesamterlös ca. 495.000 Euro für ca. 6900 ambulante Patienten

Weitere Maßnahmen

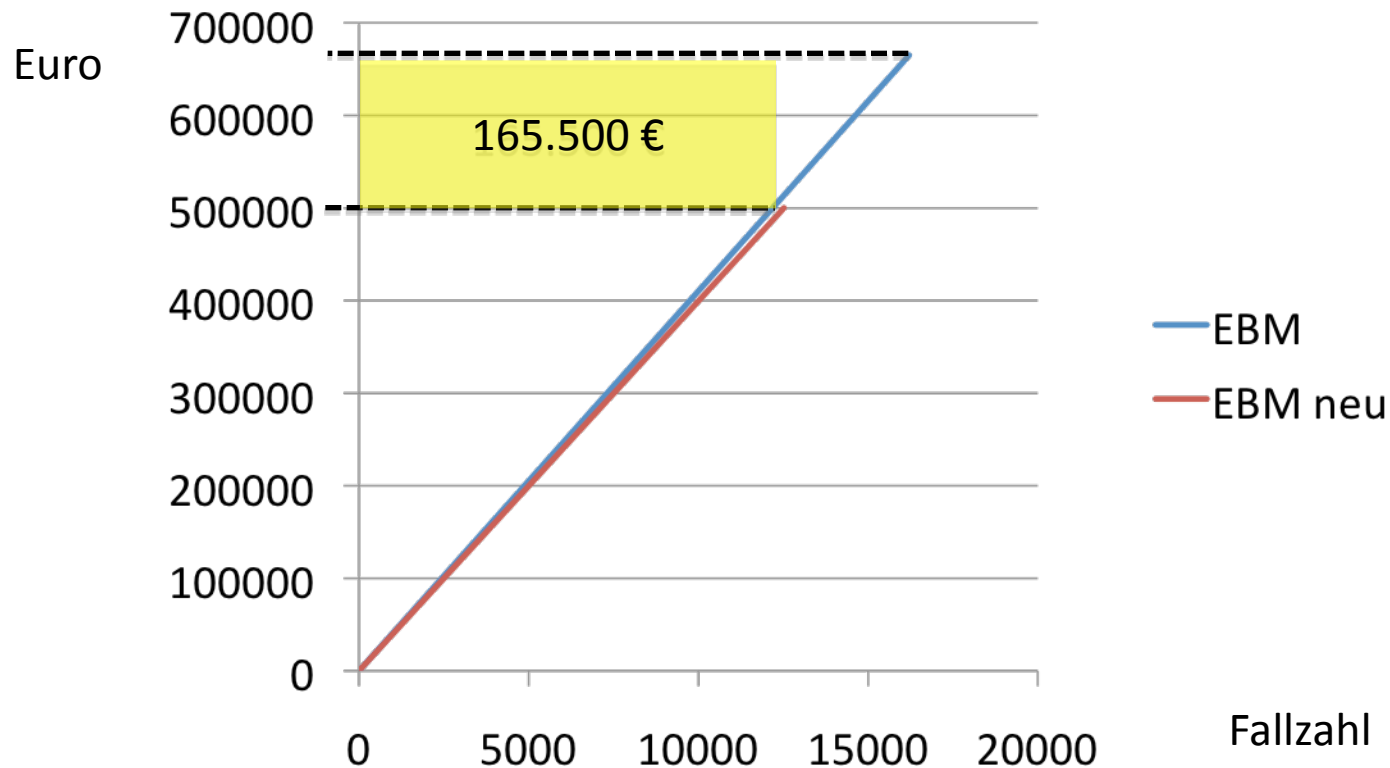
- IT
 - Unterstützung der Triage
 - Ausbau des KIS
- Teambildung/ Arbeitsgruppe Notfallpraxis
 - Vereinbarung von Prozessabläufen
 - Erörterung ambulanter und stationärer Behandlungsmöglichkeiten
 - Zuordnung der Patienten anhand Dringlichkeitskategorien oder Indikatoren
- Gemeinsame Fortbildungen
 - Notfallmedizinische Themen
 - Mögliche sektorübergreifende Behandlungspfade
- Verträge
 - Bzgl. gemeinsamer Nutzung der Einrichtung: siehe Belegarztwesen
 - Bzgl. Datenschutz: siehe Praxisgemeinschaft
- Fahrdienst
 - Vergrößerung Notdienstbereiche
 - Fahrzeugstandort Notfallpraxis (zwecks Mitarbeit und Bereitschaftspauschale)
 - Kooperation mit regionalen Rettungswachen erhöht Strukturqualität
- Einheitliche Rufnummer 116117 ab 2011
 - Rufumleitung zu Notfallpraxis oder Integrierter Leitstelle

Kostenreduktion für Kassenärztliche Vereinigung in Beispielregion

4800 Hausbesuche jährlich a 72 € = 345.000 €

5000 Praxisbesuche jährlich a 25 € = 125.000 €

6400 Besuche in Notaufnahme (EBM) a 30€ = 192.000€



Einsparung durch Fallzahlreduktion um 25% von 165.500 Euro jährlich

Beispiel einer Kostenverteilung

- Krankenhaus
 - Verbrauchsmaterial
 - Mitnutzung Geräte und IT
 - Pflegepersonal
- Kassenärztliche Vereinigung
 - Fahrzeug und Fahrer
 - Anschubfinanzierung
 - Miete für Räumlichkeiten im KH (z.B. 30 €/ Tag)
- Tätige Vertragsärzte
 - Keine zusätzliche Kostenbeteiligung

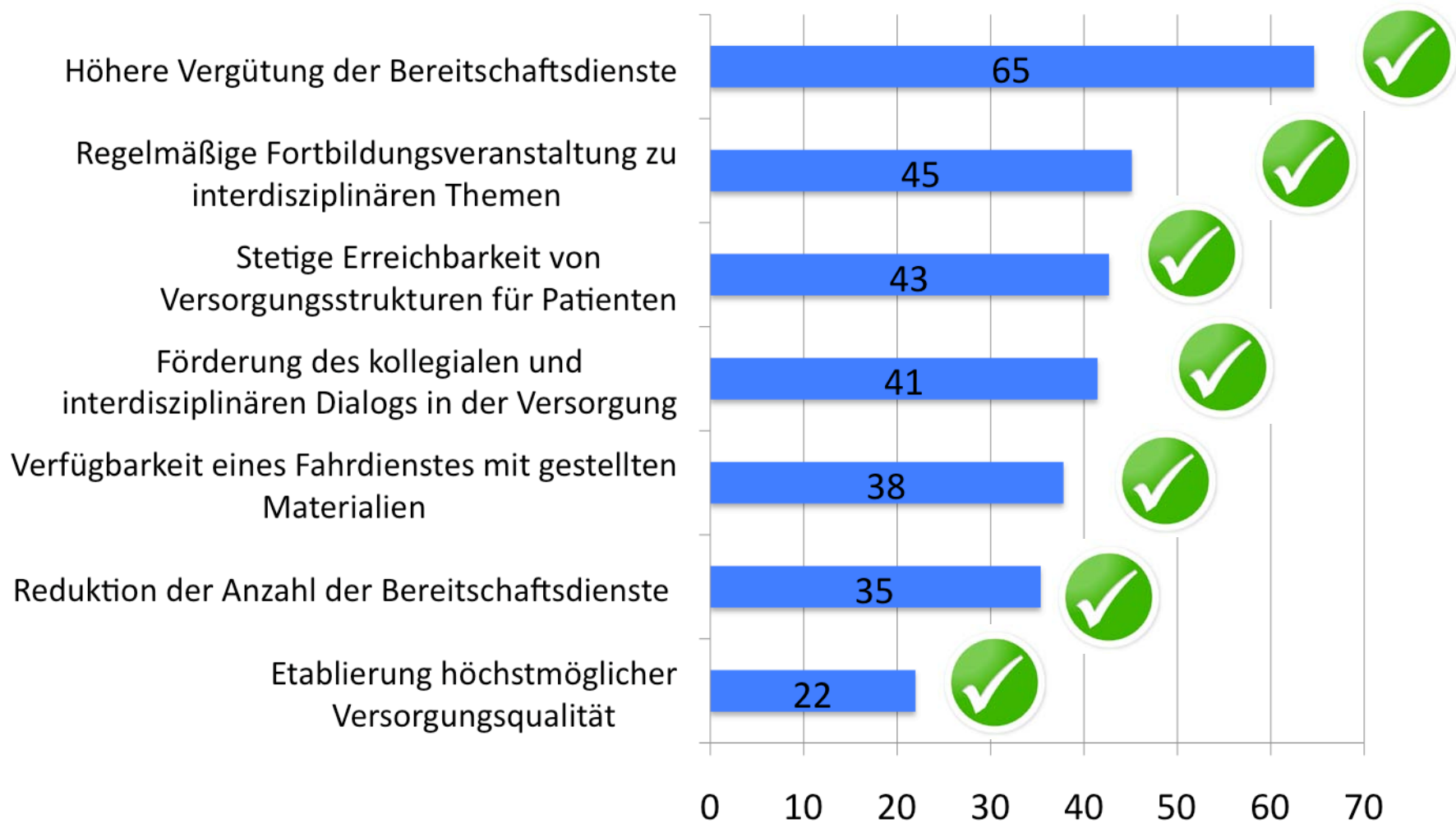
Vorteile für Notaufnahmen und Krankenhäuser

- Steigerung vorstationärer Erlöse der einzelnen Kliniken und der Notaufnahme auf gesetzlicher Grundlage
- Reduktion des ärztlichen Personalaufwands oder Steigerung der Behandlungstiefe (abhängig von Konversionsrate)
 - Reduktion der Konsile der Fachkliniken
 - Reduktion der Fälle pro Arzt der Notaufnahme
- Gewinn von kompetenten Partnern in der Notfallversorgung bei Selektion von freiwilligen Ärzten
- Know-How ambulanter Behandlungsmöglichkeiten
- Kommunikation des eigenen Leistungsspektrums
- Reduktion der Wartezeiten
- Risikomanagement
 - Höhere Facharztdicht
 - Dringlichkeitseinschätzung

Vorteile für Vertragsärzte

- Reduzierung der Vorwegabzüge aus der MGV durch Krankenhäuser mit Steigerung der Regelleistungsvolumina für alle Vertragsärzte
- Befreiung vom Bereitschaftsdienst vs. freiwillige Tätigkeit in der Kernkompetenz bei Vergrößerung der Notdienstbezirke möglich
- Entlastung durch Fahrdienst
- Keine Kostenbeteiligung an den Notfallpraxen
- Höheres Gesamthonorar bei gleichbleibenden Dienstzeiten durch Effizienzsteigerung

Welche Ziele sind Vertragsärzten bei einer Neustrukturierung des Kassenärztlichen Bereitschaftsdienstes wichtig? (Mehrfachantwort möglich, n=81, in %)



Vorteile für Patienten

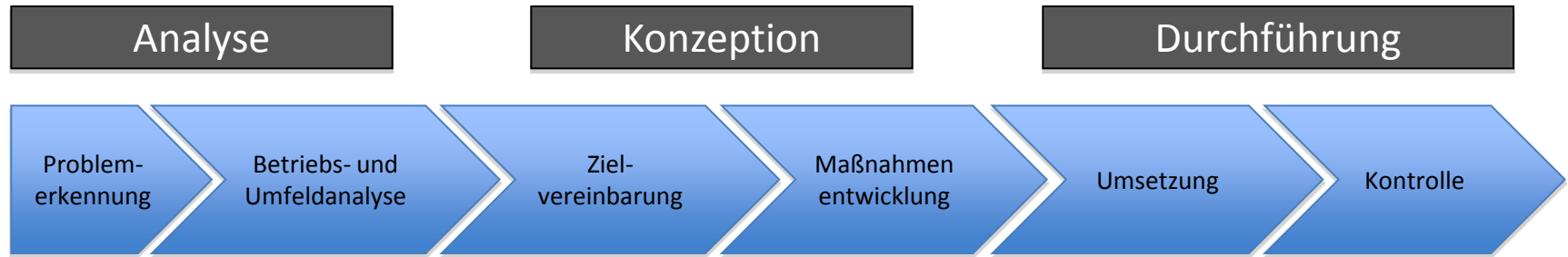
- Transparente Versorgungsstruktur durch gleichbleibende, zentrale Anlaufstelle
- Risikoreduktion durch vollständiges Leistungsangebot und sektorspezifische Kernkompetenzen an einem Standort
- Gesteigerte Patientenzufriedenheit durch kürzere Wartezeiten und Dringlichkeitseinschätzung
- Aufgrund Kostenneutralität für Krankenkassen keine Beitragssteigerung für Versicherte durch Umstrukturierung

Kostenentwicklung der Krankenkassen

- Anfänglich Mehrkosten für mehr vorstationäre Behandlungen von 50.000 bis 150.000 € je 10.000 Patienten der Notaufnahme jährlich
- Reduktion der Transporte zwischen Praxen und Krankenhaus durch Fusion
- Reduktion der Transporte für einfache Behandlungen durch bessere Strukturqualität bei Hausbesuchen
- Resultierende bessere Behandlungsqualität vermindert die Kosten langfristig
- MGV mittelfristig reduzierbar um Honorareinsparung der Kassenärztlichen Vereinigung

Langfristige Kostenreduktion der GKV

Prozess der Organisationsentwicklung



Ärztmangel	Behandlungsfälle nach Fallart	Kommunikation der Vorteile mit Kassenärztlicher Vereinigung	Triagekonzept	Arbeitsgruppe aus teilnehmenden Ärzten und Dienstplan-koordinator	Kennzahlen kommunizieren
Erlösdefizite	Zuweiserstatistik	Information GKV	Dokumentation KIS	Presse und Internet	Maßnahmen anpassen
Steigende Fallzahlen	Weiterbehandlung Triagekategorie/Indikator	Definition gemeinsamer Ziele	Abrechnung KIS	Räumliche Aufteilung	Verträge anpassen
	Konversionsrate		Dienstzeiten CAVE Durchgehende Öffnungszeiten		
	Arzt- und Fallzahl Notdienstbereiche		Personalbedarf		
			Kostenverteilung		

Nachhaltige Qualitätssteigerung:

- Hohe Facharztdichte und Behandlung entsprechend der Kernkompetenzen in der Notaufnahme
- Risikoreduktion durch Dringlichkeitseinschätzung
- Volles Leistungsangebot an einem Standort
- Schnittstellenreduktion für Patienten
- Intersektorale Kommunikation und Kooperation

Finanzieller Gewinn:

- Erlössteigerung durch Fallartselektion für Krankenhaus
- Effizienzsteigerung durch hohe Fallzahlen und Kostenreduktion für Vertragsärzte
- Kostenneutralität für GKV bei Zentralisierung
- Bessere Behandlungsqualität stabilisiert oder reduziert die Kosten der GKV langfristig

Zum Thema:

Schöpke, T.: **Die Einrichtung einer Notfallpraxis in der Notaufnahme**, in: von Eiff, W.; Dodt, C.; Brachmann, M.; Niehues, C.; Fleischmann, T. (Hrsg.) 2010: **Management der Notaufnahme**. Kohlhammer 2011, Stuttgart

Kontakt:

schoepke.timo@web.de

Vielen Dank für
Ihre Aufmerksamkeit