

Brachmann, Matthias; Geppert, Roland; Niehues, Christopher; Petersen, Peter-Friedrich; Sobotta, Rupert

Positionspapier der AG Ökonomie¹:

Ökonomische Aspekte der klinischen Notfallversorgung

Nachdem die klinische Notfallversorgung in Deutschland lange im Schatten ihrer präklinischen Schwester - der Notfallrettung - stand, nimmt ihre Bedeutung in den letzten Jahren exponentiell zu. Dieser Zuwachs begründet sich zum Einen durch den starken Anstieg der Patientenkontakte (ca. 8 % im Jahr 2007, Quelle: DGINA Mitgliederbefragung 2007 und 2008²) in zentralen Notaufnahmen und der zunehmenden Anzahl stationärer Notfallpatienten in Relation zu ihren elektiven Pendants. Insgesamt werden in deutschen Notaufnahmen jährlich rund 12 Mio. Patienten behandelt (Quelle: Berechnungen auf Basis der InEK-Daten 2007 und der Mitgliederbefragung 2008). Aus der Begleitforschung des Instituts für das Entgeltsystem im Krankenhaus geht hervor, dass der Anteil der Notfallpatienten an der Gesamtzahl der stationär behandelten Patienten im Jahr 2007 mittlerweile 38 % beträgt. Das gilt für alle 1.684 Krankenhäuser, die am DRG-System teilnehmen. Darunter sind aber auch Krankenhäuser, die nicht an der Notfallversorgung teilnehmen bzw. nur über eine generelle Notfallbereitschaft, nicht aber über eine eigene Notfallaufnahme verfügen. Die Befragung der Deutschen Gesellschaft Interdisziplinäre Notfallaufnahme hat ergeben, dass im Durchschnitt sogar 45 % der stationären Patienten eines Hauses über die Notfallaufnahme in das Krankenhaus kommen (Quelle: Mitgliederbefragung 2008).

Zum Anderen resultiert der Bedeutungszuwachs der klinischen Notfallversorgung aus den Anreizen des Entgeltsystems. Wenn bereits beim Erstkontakt des Patienten in der Notaufnahme eines Krankenhauses durch fachärztliches Know-How die richtigen diagnostischen und ersten therapeutischen Maßnahmen initiiert werden, hat dies wegweisenden Einfluss auf Verweildauer, Reduktion der Fehlbelegungsrate und ebenfalls Minimierung der Abteilungswechsel während des stationären Aufenthaltes. Während die letztgenannte Entwicklung systembedingt ist, hat die Steigerung der Patientenzahl etwas mit einer geänderten Inanspruchnahme zu tun. Patienten suchen für Ihre (Notfall-) Versorgung zunehmend Krankenhäuser und weniger den organisierten Notdienst der Kassenärztlichen Vereinigungen auf. In einer 24-Stunden-Gesellschaft ist dies bei der „Rund um die Uhr“-Öffnung der Notaufnahmen nicht weiter verwunderlich. In einer parallelen und gegensätzlich verstärkenden Entwicklung ziehen sich die niedergelassenen Ärzte in immer mehr Gebieten aus der Notfallbehandlung zurück (Fleischmann 2009). Unabhängig davon haben Patienten ohnehin die freie Wahl, wo sie sich im Notfall behandeln lassen möchten. Diese Wahlfreiheit

¹ An der Erstellung dieses Manuskriptes haben mitgearbeitet: Dr. Matthias Brachmann, Dr. Roland Geppert, Dr. Michael Gröning, Christopher Niehues, Dr. Peter-Friedrich Petersen, Dr. Timo Schöpke, Dr. Wilfried Schnieder, Dr. Rupert Sobotta und Michael Wüning

² Der DGINA e.V. führt jährlich über die Arbeitsgruppe Ökonomie eine Mitgliederbefragung durch. An der Mitgliederbefragung 2007 haben sich 20, an der Mitgliederbefragung 2008 35 Notaufnahmen aus allen Versorgungsstufen, allen Bundesländern mit Ausnahme des Saarlandes und allen Trägerschaftsformen beteiligt.

zwischen Krankenhausbehandlung und Versorgung durch den Niedergelassenen Bereich bestätigte das Bundessozialgericht in einem Urteil vom 6. September 2006 (B 6 KA 31/05 R).

Krankenhäuser reagieren auf diese Entwicklung durch die Einrichtung zentraler Notaufnahmen, deren Stärken in der Bündelung von Ressourcen, dem notfallmedizinischem Know-How und der frühen Interdisziplinarität liegen (Hogan/Brachmann 2009). Diese Vorteile einer zentralen und interdisziplinären Notaufnahme können sich nur entfalten, wenn die Notfallversorgung in einer unabhängigen, eigenständigen und direkt der Geschäftsführung unterstellten Einrichtung organisiert ist (u.a. Petersen/Franke/Welty 2007, Hogan/Fleischmann 2008). Dieses Konzept wird in der deutschen Krankenhauslandschaft bisher zu selten umgesetzt. Zumeist geht die Krankenhausgeschäftsführung Zugeständnisse im Bereich der Eigenständigkeit ein, um prinzipiellen Bedenken der etablierten Fachabteilungen Rechnung zu tragen. Bedauerlicherweise trägt die bestehende Finanzierungsstruktur der medizinischen Leistungen in der klinischen Notfallversorgung nicht dazu bei, die Entscheidung zu Gunsten einer wirklichen Eigenständigkeit zu unterstützen. Selbst erfahrene Krankenhausmanager verlieren in den Abrechnungsoptionen und landesspezifischen Regelungen der Notfallversorgung leicht den Überblick. Was bleibt, ist der Eindruck, dass Notaufnahmen ein ständig zu subventionierendes Verlustgeschäft sind, deren struktureller Ausbau auf den ersten Blick nicht wirtschaftlich erscheint. Abbildung 1 spiegelt die derzeitigen Erlöspotentiale einer Notaufnahme wider.

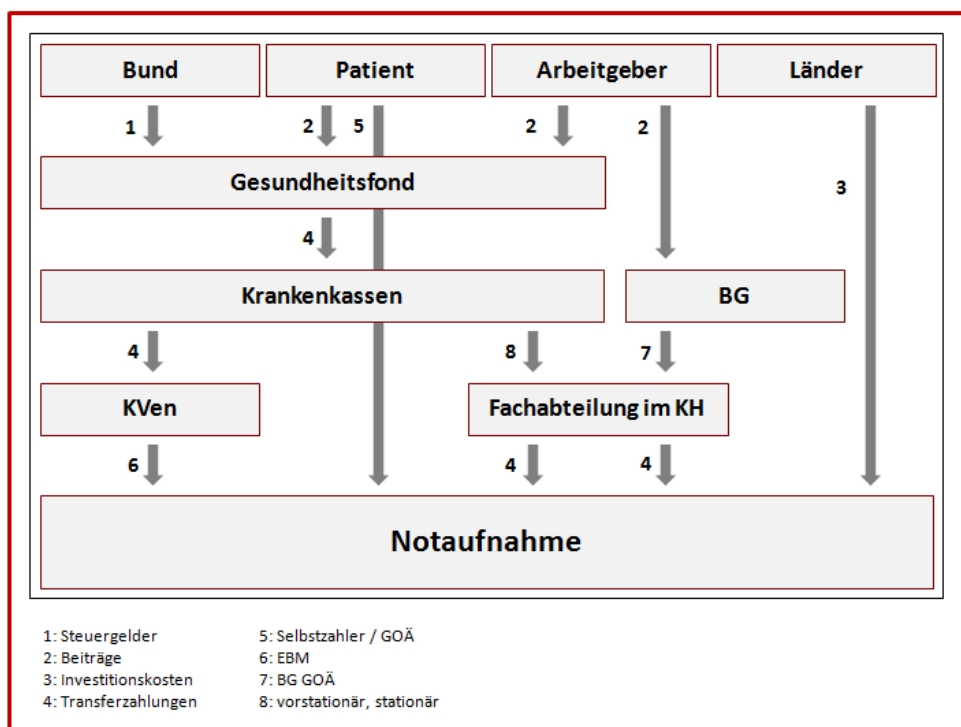


Abbildung 1: Schematische Darstellung der Erlösquellen einer Notaufnahme

Die meisten Patientenkontakte in einer Notaufnahme werden nach Einheitlicher Bewertungsmaßstab (EBM) mit den Kassenärztlichen Vereinigungen abgerechnet. Im Bundesdurchschnitt erhielten die Krankenhäuser (exklusive Universitätskliniken) im Jahr 2008 25 EUR pro Notfallbehandlung (Quelle: Mitgliederbefragung 2008). Um den angeblichen Subventionseffekt auszugleichen, den Krankenhäuser durch die staatlich getragene Investitionsförderung erhalten, wird die EBM-Vergütung um 10 % nach § 120 Abs. 3 Satz 2 SGB V reduziert. Bei privat versicherten

Patienten und Selbstzahlern dient die Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) als Abrechnungsgrundlage. Im Gegensatz zu anderen Ambulanzen eines Krankenhauses sind diese Erlösquelle einer Notaufnahme mit im Durchschnitt nur 4 % der Gesamteinnahmen von geringer Bedeutung (Quelle: Mitgliederbefragung 2008). Hat eine Notaufnahme eine Aufnahmestation (Observation Unit) kann sie (in Zusammenarbeit mit einer bettenführenden Fachabteilung) auch eigene DRG-Fälle abrechnen. Hier ist vor allem die Überwachung von Brustschmerzpatienten zu nennen. Besonders vorteilhaft sind kurzstationäre Behandlungen in einer Aufnahmestation deshalb, weil Schnittstellen reduziert, Ressourcen geschont und Abläufe in elektiven Bereichen nicht gestört werden (Hogan/Güssow 2009). Ein in vielen Häusern mittlerweile signifikanten Erlösanteil stellen die vorstationären Abrechnungen nach § 115a SGB V in Verbindung mit den Krankenhausbehandlung-Richtlinien vom 24. März 2003 (Beschluss des Bundesausschusses der Ärzte und Krankenkassen) § 2 Abs. 3 dar (Quelle: Mitgliederbefragung 2007 und 2008). Die vorstationäre Behandlung darf nur nach Verordnung einer Krankenhausbehandlung durch einen Vertragsarzt (niedergelassener Arzt bzw. ein im Krankenhaus tätiger Arzt mit Ermächtigung) gemäß § 73 Abs. 4 SGB V erfolgen. Vorstationäre Leistungen werden direkt von den Krankenkassen pauschaliert und extrabudgetär vergütet. Grundlage für die Höhe der Vergütung ist die gemeinsame Empfehlung über die Vergütung für vor- und nachstationäre Behandlung der Deutschen Krankenhausgesellschaft und der GKV-Spitzenverbände im Benehmen mit der Kassenärztlichen Bundesvereinigung. In manchen Bundesländern ist für die vorstationäre Abrechnung keine Einweisung zur Krankenhausbehandlung erforderlich. Bei diesen so genannten Abklärungsuntersuchungen entscheidet das ärztliche Personal der Notaufnahme, ob es sich bei der Patientenbehandlung um eine medizinisch absehbar ambulante Behandlung oder um die Abklärung eines möglicherweise stationären Aufenthaltes geht (vorstationäre Abrechnung (§ 112, Abs. 2, Nr. 1, SGB V in Verbindung mit dem Landesvertrag NRW § 2, Abs. 3). Weitere Erlösmöglichkeiten sind über Konsiliarleistungen, D-Arzt-Verfahren, Ambulante Operationen nach § 115b SGB V und dem AOP-Vertrag sowie Spendengelder zu erreichen. Ursprünglich hat der Gesetzgeber bei der Einführung des pauschalierten und fallbasierten Vergütungssystems noch einen weiteren Finanzierungsbaustein für die klinische Notfallmedizin in Höhe von 50 EUR je abgerechneter Fallpauschale vorgesehen. Krankenhäuser, die sich nicht an der Notfallversorgung beteiligen, erhalten einen entsprechenden Abzug nach § KHEntgG §4 Abs.6). In der Regel erreicht dieser Betrag das Budget der Notaufnahmen jedoch nicht.

Da Notaufnahmen direkt an der Schnittstelle zwischen ambulanter und stationärer Leistungserbringung angesiedelt sind und sich die sektorale Trennung der Versorgung sehr deutlich in den Vergütungsstrukturen des Gesundheitssystems widerspiegelt, lassen sich unterschiedliche Abrechnungsregelungen kaum vermeiden. Viel schwerer wiegt die Tatsache, dass die Vergütung für die Notfallversorgung unzureichend ist. Mit durchschnittlich 25 EUR pro ambulanten GKV-Fall können die Krankenhäuser keine wirtschaftliche Notfallversorgung für die Bevölkerung sicherstellen. Gerade bei der Zunahme an Komplexität in der Notfallbehandlung durch die demographische Entwicklung und den damit verbundenen Anstieg an multi-morbiden Patienten ist die Vergütung nicht mehr ausreichend.

Die Gruppe Ökonomie der DGINA stellt fest:

- Die Zahl an Patientenkontakten in Notaufnahmen hat erheblich zugenommen
- Die Zentrale Notaufnahme ist Portal und Steuerungswerkzeug für 45 % der stationären Krankenhauspatienten
- Eine Zentrale Notaufnahme senkt die Verweildauer durch frühe Interdisziplinarität
- Eine Zentrale Notaufnahme reduziert die primäre und sekundäre Fehlbelegung
- Eine Zentrale Notaufnahme trägt dadurch entscheidend zum unternehmerischen Erfolg eines Krankenhauses bei. Im Gegensatz hierzu ist die Finanzierung der klinischen Notfallversorgung unzureichend.

Die AG Ökonomie der DGINA fordert aufgrund der beschriebenen Situation:

- Mehr Transparenz für die Notaufnahme im DRG-System: Berücksichtigung der Notaufnahme als eigene Kostenstelle im Rahmen der InEK-Kalkulation und Ermittlung des tatsächlichen Aufwands.
- Der in § 17b Abs. 1 Satz 4 KHG i.V.m. § 4 Abs. 6 KHEntG kodifizierte Anteil für die Teilnahme an der Notfallversorgung von 50 Euro je Fallpauschale ist dem Budget der Zentralen Notaufnahme zuzuordnen.
- Verankerung der Abklärungsuntersuchung bundesweit einheitlich. Der Facharzt in der Notaufnahme ist der beste Entscheidungsträger hinsichtlich der stationären Behandlungsnotwendigkeit.
- Anpassung der ambulanten Vergütung an den tatsächlich entstehenden Aufwand und direkte Abrechnung mit den Krankenkassen. Die Berechnung der EBM-Ziffern orientiert sich an den Kostenstrukturen im niedergelassenen Bereich und ist nicht mit der Situation in Krankenhäusern vergleichbar.
- Es wird die Einrichtung einer Aufnahmestation innerhalb der Notaufnahme empfohlen und die Aufnahme dieser Betten in den Krankenhausplan gefordert.

Literatur:

Fleischmann, Thomas 2009: Zusammenarbeit mit niedergelassenen Ärzten im Wandel: Beobachtungen aus der Notaufnahme, Krankenhaus Umschau 77 (4): 25-27

Hogan, Barbara und Matthias Brachmann 2009: SWOT-Analyse einer zentralen Notaufnahme mit Analyse der Erfolgspotentiale, Notfall & Rettungsmedizin, 12 (4): 256-260

Hogan, Barbara und Thomas Fleischmann 2008: Interdisziplinäre Notaufnahme – Konzeption und personelle Besetzung, Krankenhaus Umschau, 76 (2): 30-32

Hogan, Barbara und Ulrike Güssow 2009: Notfallmanagement im Krankenhaus - Stellenwert einer Notaufnahmestation, kliniker 38 (1): 16–20

Petersen, Peter-Friedrich; Franke, Andreas und Georg Welty 2007: Die Zentrale Notaufnahme als Kompetenzzentrum an einem Uni-Klinikum: Das Aachener Modell, Rettungsdienst, 30 (8): 28-31