Ein neues Konzept zur Notfallversorgung

Robert Messerle, Geschäftsstelle des SVR Gesundheit

Zukunftsforum Rettungsdienst

30. Januar 2018, Hamburg

Das Konzept zur Notfallversorgung des SVR

2016/17
- Erarbeitung des Konzeptes

2017
- Diskussion im Werkstattgespräch am 7. September 2017

2017/18
- Erhalt des Feedbacks und Beratung dieser Vorschläge und Rückmeldungen im Rat

2018
- Veröffentlichung im Sommer 2018

Die Notfallversorgung in Deutschland – Status quo

Notfallversorgung: In den Medien

KV-Chefin übt angesichts voller Notaufnahmen Selbstkritik

Notaufnahme: Verschwenden Versicherte Milliarden?

Notaufnahme: Patienten pöbeln, bis der Arzt kommt

Streit um Notaufnahmen eskaliert

Immer mehr Patienten gehen in die Kliniken statt in die Praxis. Erhalten die Krankenhäuser dafür genug Geld?

Niedergelassene kritisieren „Aufwertung" der Berliner Rettungsstellen

Notfallversorgung: „Die 90 Prozent sind das Ziel"

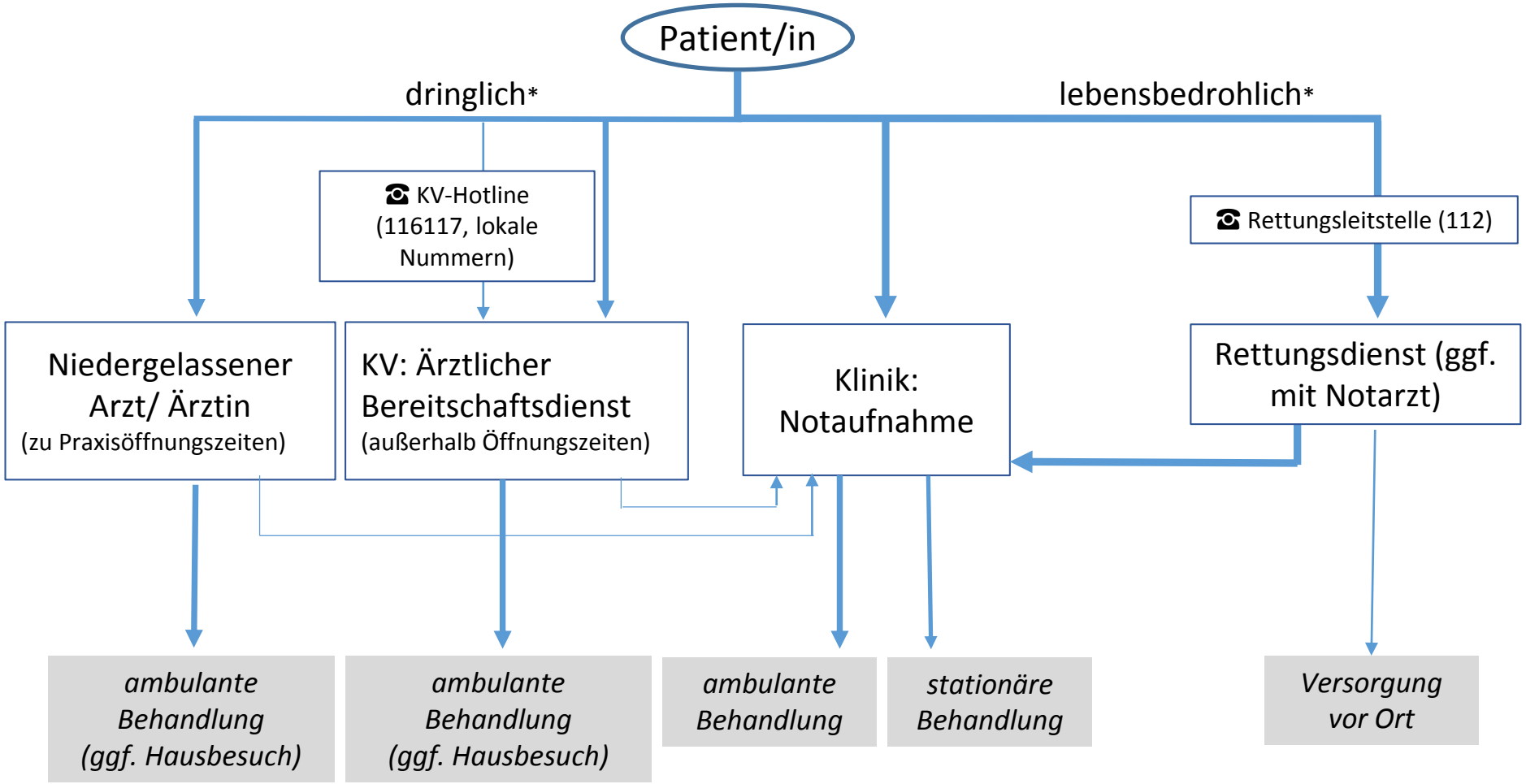
Kliniken und Kassenärzte wegen Notfallversorgung im Clinch

Überlastete Notaufnahmen Patienten genervt und Klinikpersonal überarbeitet

Notfallversorgung: Status quo

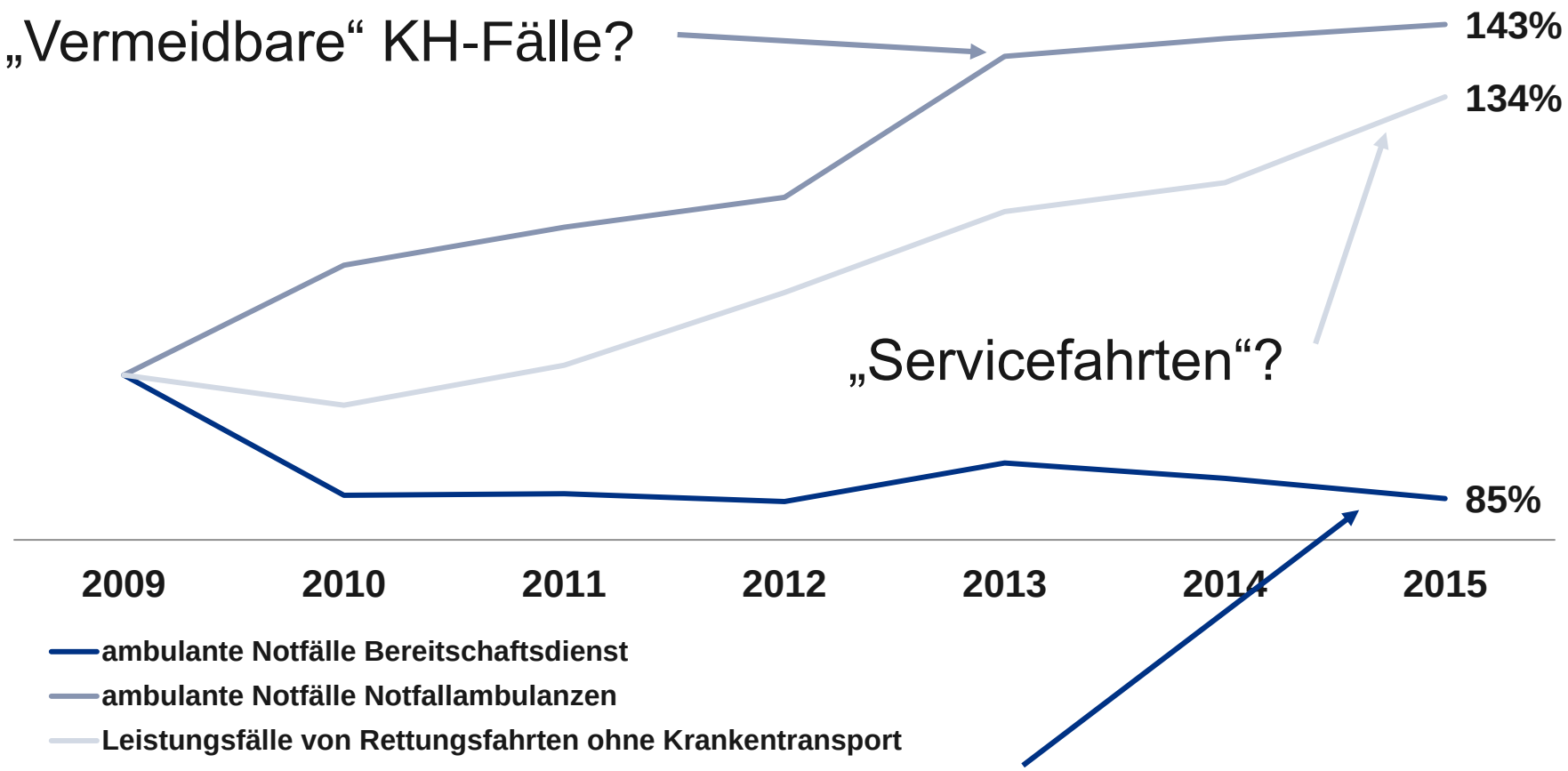
- **<u>Drei</u> getrennte Bereiche:** Kassenärztlicher Bereitschafts-dienst, Rettungsdienst, Notaufnahmen der Kliniken
- Stark **steigende Inanspruchnahmen,** insbesondere in den Notaufnahmen + lange Wartezeiten
- Kette **finanzieller Fehlanreize**:
  z.B. RTW Transporte: i.d.R. kein Geld für Leertransporte
  -> mehr Patienten in Rettungsstellen
  -> stat. Aufnahmen steigen, da finanziell attraktiver als amb.
- **Überlastung und Unzufriedenheit** des Personals
- **Steigende Kosten**, insbesondere infolge nicht bedarfs-gerechter Versorgung auf höheren Versorgungsebenen

Notfallversorgung: Status quo



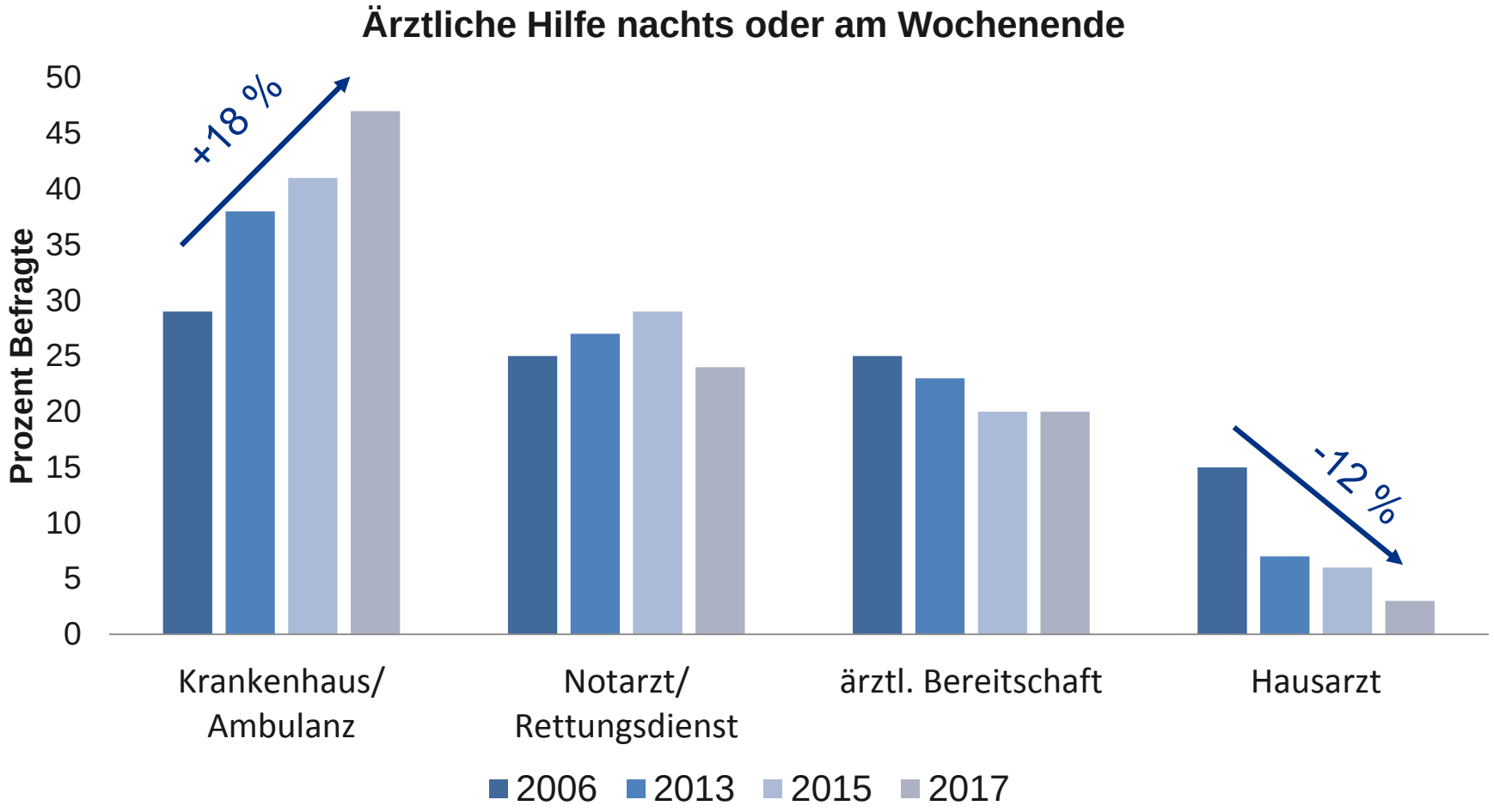
Notfallversorgung: Entwicklung

Veränderung der Inanspruchnahme seit 2009



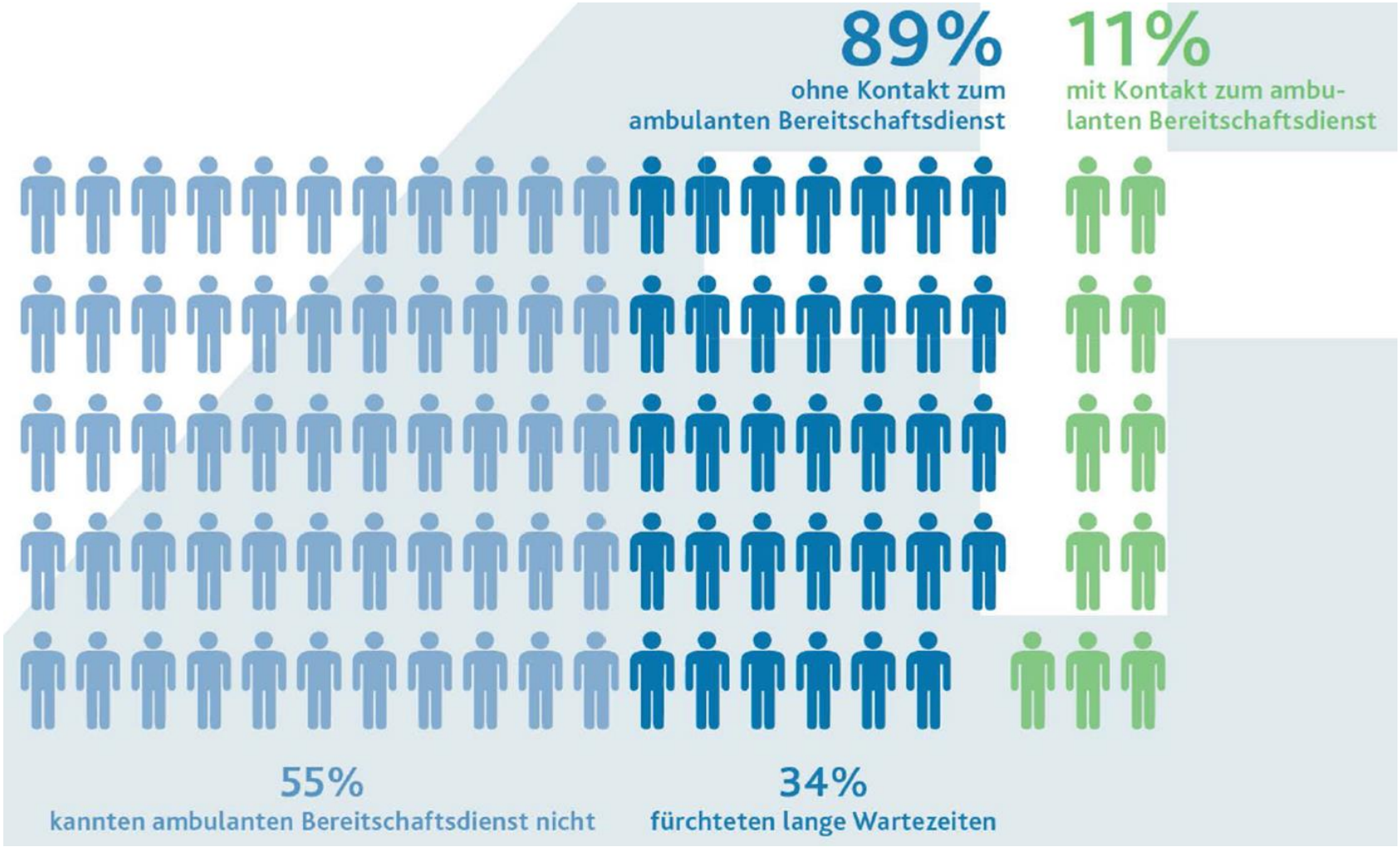
Hier sollte die primäre Notfallversorgung stattfinden

Notfallversorgung: „ambulant zu stationär“



„Wenn Sie oder ein naher Angehöriger nachts oder am Wochenende ärztliche Hilfe brauchen, wohin wenden Sie sich dann?“ Versichertenbefragung (19-79 Jahre) der KBV 2006, 2013, 2015 und 2017

Notfallversorgung: Erhebung in 2 Berliner Notaufnahmen



Quelle: Somasundaram et al. 2016

- 59% würden Notfalleinrichtung niedergelassener Ärzte aufsuchen, wenn vorhanden
- Ein Teil der Patienten wird jedoch direkt vom Hausarzt telefonisch ins KH verwiesen

Notfallversorgung:
Ist es vielleicht nicht richtig organisiert?

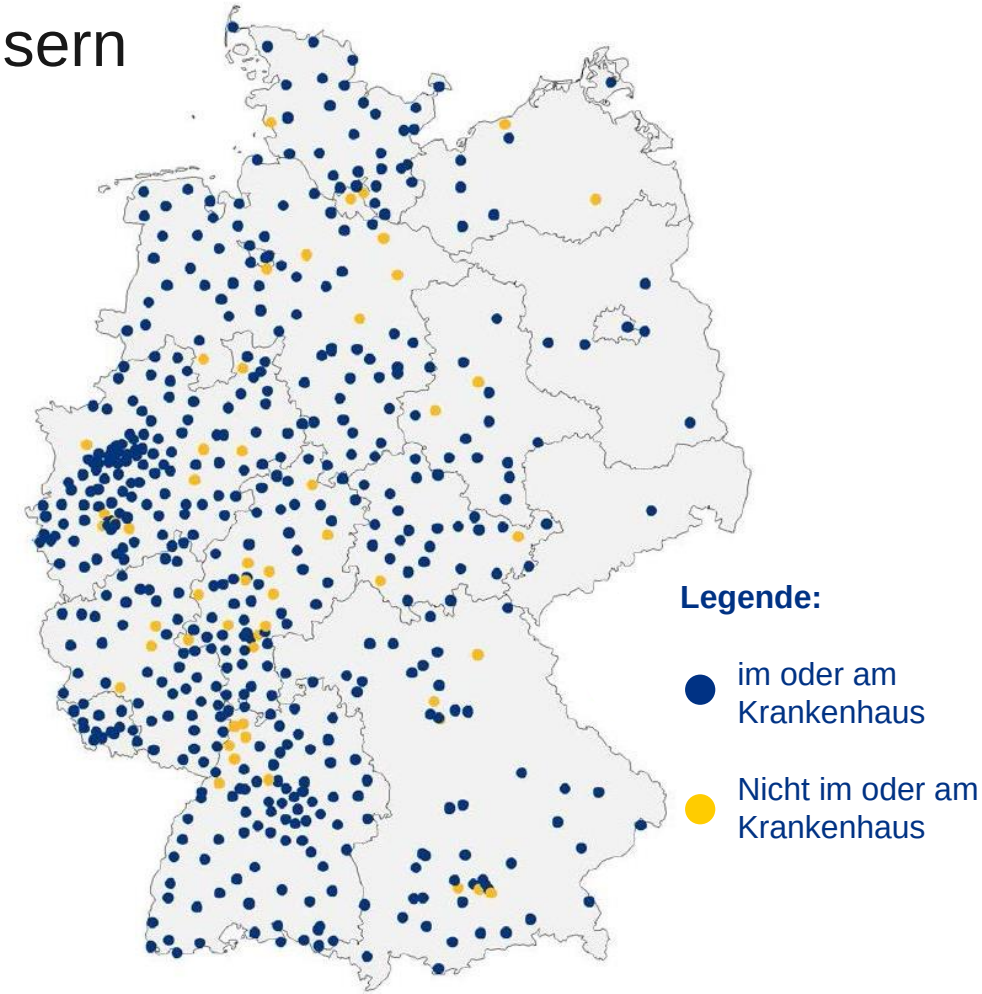
Die Patienten „wollen“

Das Angebot existiert

Warum macht es dann niemand?

Notfallversorgung: Ist es vielleicht nicht richtig organisiert?

- Notfalleinrichtungen sind sehr oft bereits an den Krankenhäusern
  - Die Rufnummer 116 117 ist aber größtenteils unbekannt
  - „Notfall“ bedeutet für viele Patienten Krankenhaus
- Die Versicherten befürworten eine einheitliche Nummer **mit einer ersten medizin. Beratung**



Quelle: Köster et al. 2016

Notfallversorgung: Was wird gemacht?

Einheitliche Leitstelle, Standardi-sierte Abfrage

z.B. Saarland

Baden-Württemberg

z.B. Modellvorhaben „DocDirekt“

telefonische Erst-einschätzung

Portalpraxen

KHSG fordert sie

In vielen KVen gibt es sie bereits

Europäisches Ausland

... noch vieles mehr

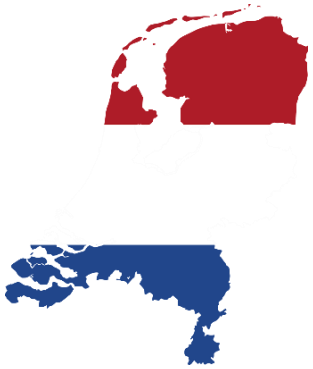
GBA

Gestufte Notfallstrukturen

Mindeststandards

Notfallversorgung: Beispiel Ausland

Niederlande

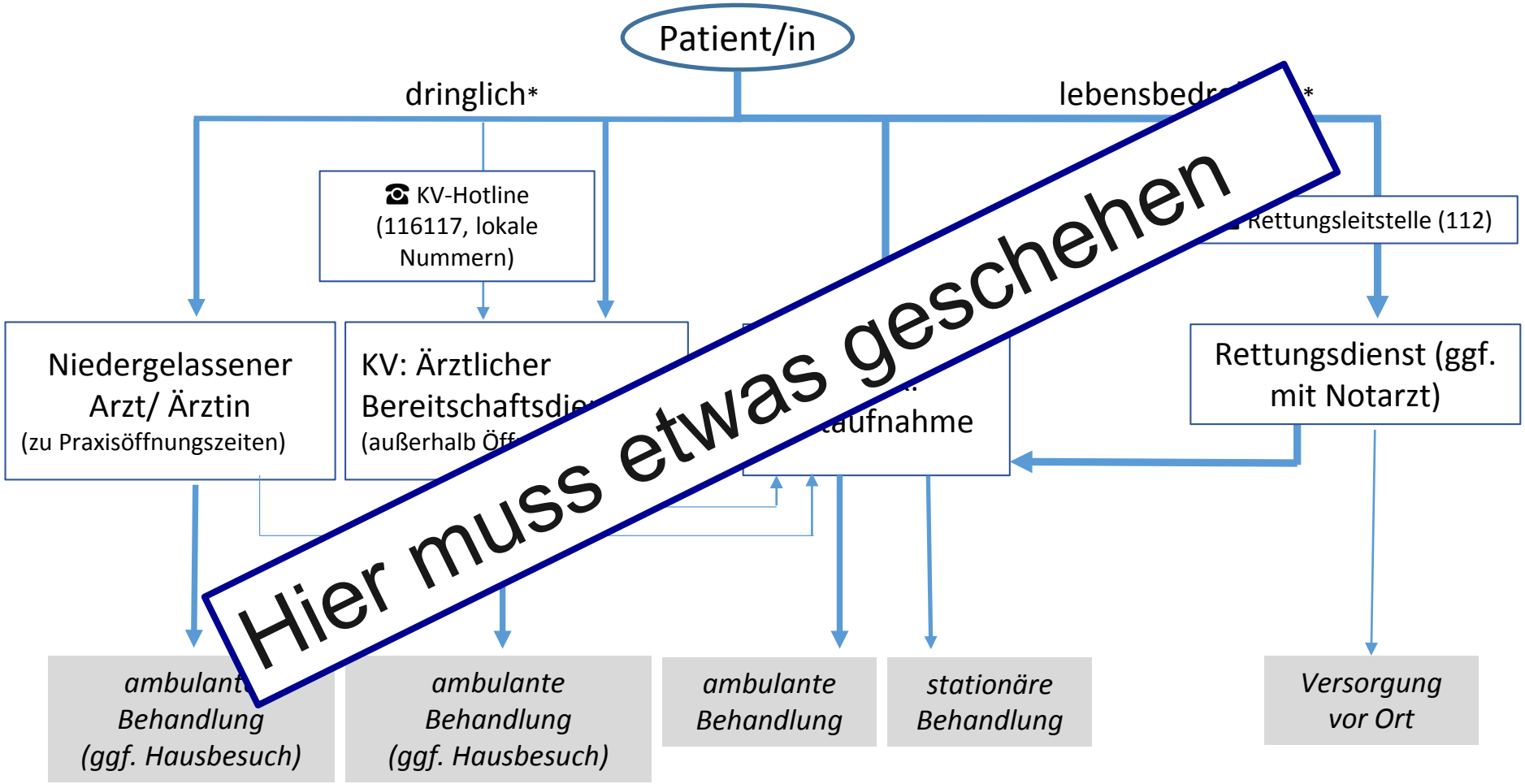


- Gatekeeper-Modell, außerhalb der Sprechzeiten Versorgung durch teilweise ins Krankenhaus integrierte *Huisartsenposten (*Arztnetze)
- Elektronische Patientenakte verfügbar im Zugriff im Bereitschaftsdienst und in der Telefontriage

Dänemark

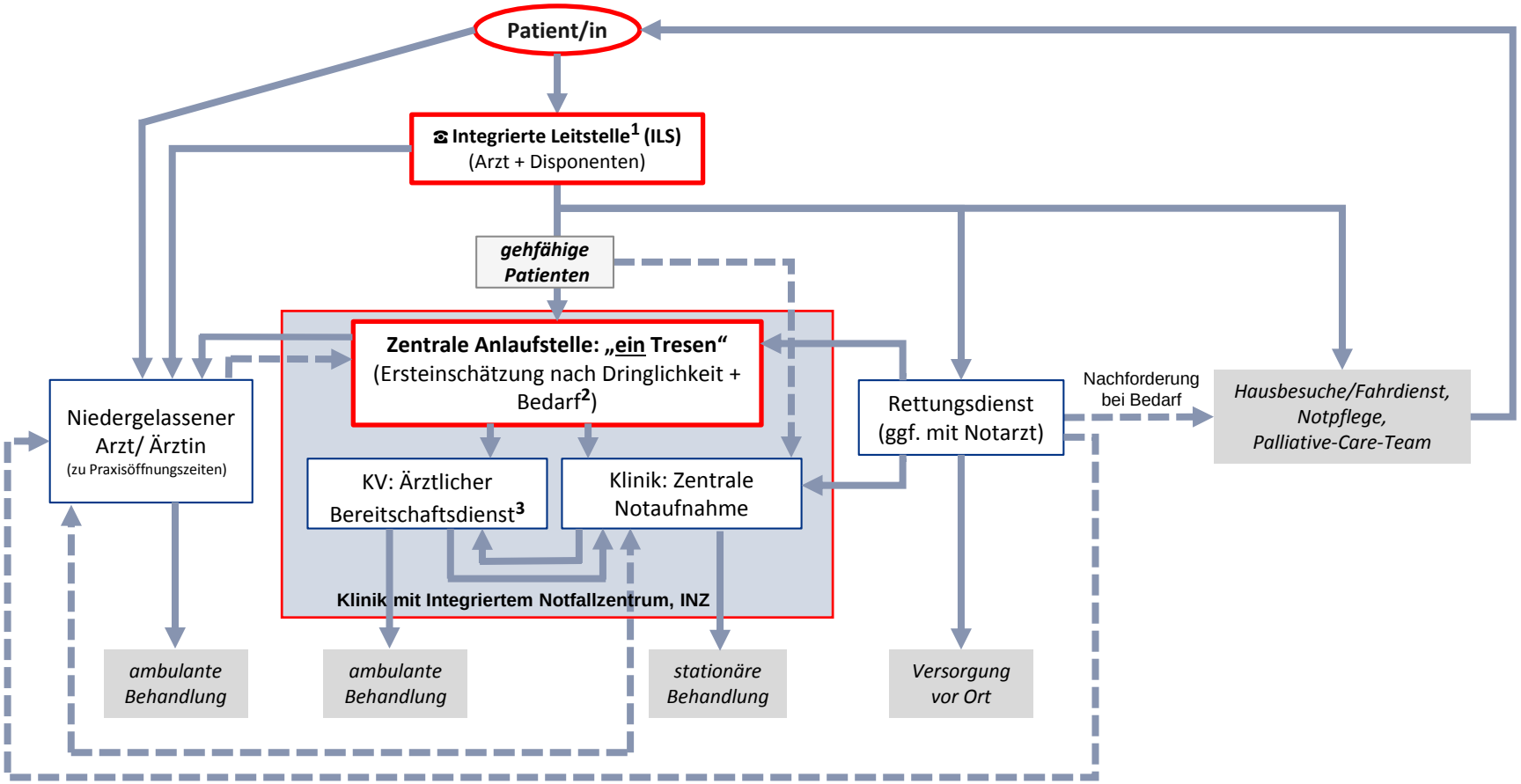
- Stark zentrierte Notfallversorgung, integrierte Notfallzentren inkl. Mindeststandards
- „Flow-teams“
- Stark qualifizierte/r Rettungsdienst & Pflegekräfte
- Große IT-Unterstützung

Notfallversorgung: Status quo



Die Zukunft der Notfallversorgung in Deutschland – Empfehlungen

Integrierte Notfallversorgung *(Entwurf)*



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

2 Ersteinschätzung möglichst durch ärztliche „Generalisten“, breit weitergebildete (Allgemein-)Mediziner mit notfallmedizinischer Erfahrung. Die Ersteinschätzung muss unabhängig von Interessenskonflikten, die Patienten stationär aufzunehmen, erfolgen.

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

Integrierte Notfallversorgung (Eckpunkte I.)

Integrierte Leitstellen

voll integriert mit nur ***einer*** Rufnummer

1. Level z.B. mit Dispatcher / erfahrenen Pflegekräften/MFA
2. Level: erfahrene, breit weiter-gebildete (Allgemein)-Ärzte

Wenn nicht vermeidbar: verschiedene Nummern

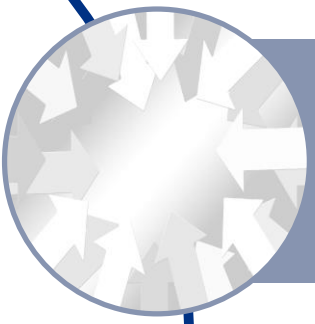
- aber technisch – gemäß Algorithmen – voll integriert

perspektivisch: horizontale Integration

- Beendigung der „Kleinstaaterei“ mit je einer (Rettungs-)Leitstelle je Landkreis

Integrierte Notfallversorgung (Eckpunkte II.)

- **Zentrenbildung, Triage**



Stationäre Notfallversorgung nach Stufenkonzept mit spezialisierten Zentren

- z.B. für Stroke, Herzinfarkt, Polytrauma
- → *gute Evidenz trotz u.U. längerer Transportwege*

Triage im Integrierten Notfallzentrum

- insbesondere Entscheidung zur stationären Aufnahme unabhängig (von Interessen der Krankenhausträger)

Integrierte Notfallversorgung (Eckpunkte III.)

- **Patientensteuerung**
  - **über IT-gestützte Versorgungspfade,** einheitliche sektorenübergreifende Dokumentation für alle Beteiligten
    (ein Tresen mit zwei PCs reicht nicht!)
  - **Flankiert durch** (persönliche, mehrsprachige) **Patienteninformation**
  - **Transparenz über Wartezeiten** in Notfallpraxis auch **via App**
    (Beispiel Dänemark)
  - Vergabe **eines individuellen Termins im Integrierten Notfallzentrum (INZ) einer konkreten Klinik (nur) bei <u>vorherigem</u> Anruf bei integrierter Leitstelle** (ansonsten ggf. längere Wartezeit bei Selbstüberweisung *ohne* festgestellte Dringlichkeit bei initialer Triage)
  - **aktuell (noch) <u>keine</u> Empfehlung für Eigenbeteiligung**
- **Regionale Evaluation und stetige Weiterentwicklung**
  - **Datenvergleichbarkeit und -verfügbarkeit** (im Rettungsdienst , bei ambulanter und stationärer (Weiter-)Versorgung) **muss** (auch für Versorgungsforschung) **verbessert werden**

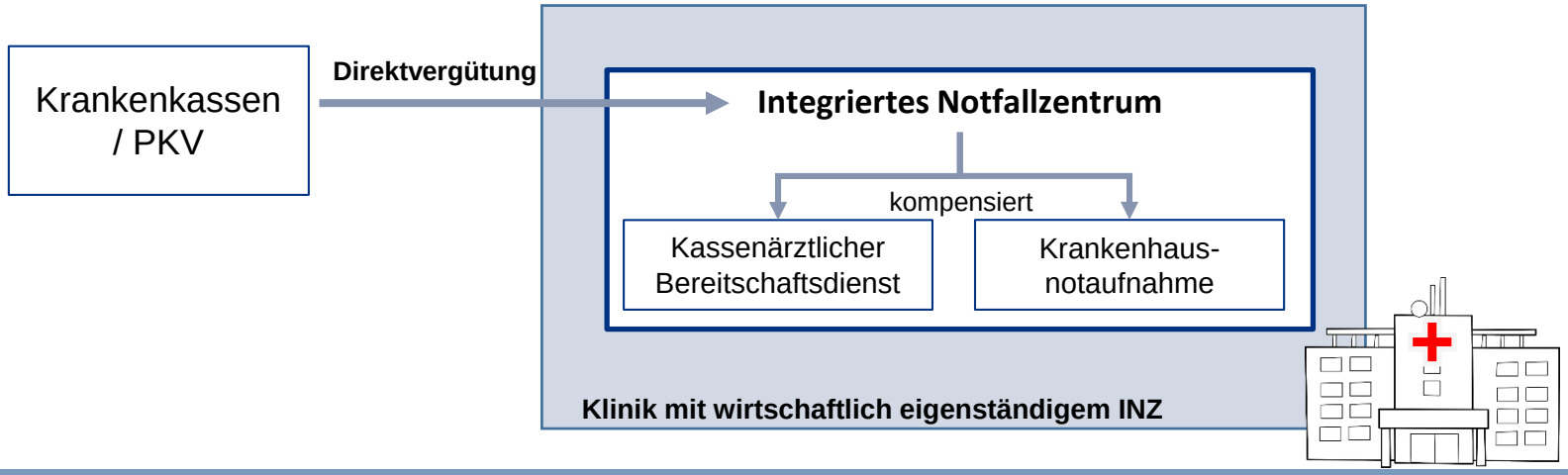
Flankierende Maßnahmen

- **Ausweitung** der **Sprechzeiten** niedergelassener Hausärzte sollte gefördert werden
- Es sollten vermehrt **Samstag- und Abendsprechstunden** in der vertragsärztlichen Versorgung angeboten werden
- **Erweiterung der Befugnisse der Notfallsanitäter**
  - einheitlicher Ausbildungsstandard
  - festgelegte Qualifizierungskurse
- Gezielte (multimediale) **Aufklärung der Bevölkerung** über
  - Konzept der gestuften Notfallversorgung in Deutschland
  - zentrale Rufnummer(n)
  - Informationsportale / Apps, Ersthelfer-/First Responder-Konzepte
  - Laienreanimation etc.

Die Zukunft der Notfallversorgung in Deutschland – Finanzierung

Finanzierung integrierter Notfallzentren

- **Zahlungsströme, Trägerschaft und Betreiber**
  - **Kassen/PKVen zahlen direkt an integriertes Notfallzentrum (INZ)** (eigenständige organisatorische / wirtschaftliche Einheit, aus Krankenhaus herausgelöst, aber auf Campus angesiedelt!)
  - INZ kompensiert **Leistungen der Krankenhausnotaufnahme** sowie des **kassenärztlichen Bereitschaftsdienstes**
  - Bundesland erstellt **Plan für Notfallversorgung** und legt INZ Standorte fest/ auch **Ausschreibungslösung** denkbar
  - **Trägerschaft INZ:** KV und Krankenhaus; **Betreiber INZ**: KV



Finanzierung integrierter Notfallzentren

- **Finanzierungstopf**
  - Vergütung der INZ aus **neuem Finanzierungstopf für sektorenübergreifende Notfallversorgung**
  - Finanzierungstopf aus **bereinigter morbiditätsbedingter GV und Klinikbudgets** herausgelöst

  ↳ sektorenübergreifende Finanzierung folgt neu geschaffenen integrierten organisatorischen Strukturen

- **Vergütungsmodell**
  - **Sektorenübergreifende Grundpauschale für alle Vorhaltekosten *plus* Vergütung je Fall**
  - **Grundpauschale:** 3 Stufen nach Kapazität / Ausstattung des Notfallzentrums (folgt dem Prinzip der Notfallzuschläge aus KHSG)
  - **Pauschale pro Fall:** unabhängig von Fallschwere und Ort der Leistungserbringung, Zuschlag nur für Beobachtung über Nacht

Finanzierung des Rettungsdienstes

- **Rettungsdienst als eigenständiger Leistungsbereich im SGB V**

- **Finanzierung des Rettungsdienstes**
  - **Einsatz selbst** (und nicht nur Transport) sollte als **medizinische Leistung** abgerechnet werden
  - **Beseitigung des Fehlanreizes**, Patienten in Krankenhaus bringen zu müssen (verbunden mit Induzierung weiterer Leistungen)
  - **Vorhaltekosten** des Rettungsdienstes: **Steuermittel**
  - **Betriebskosten**: **Krankenkassen/PKVen**

Fragen und Anmerkungen

?