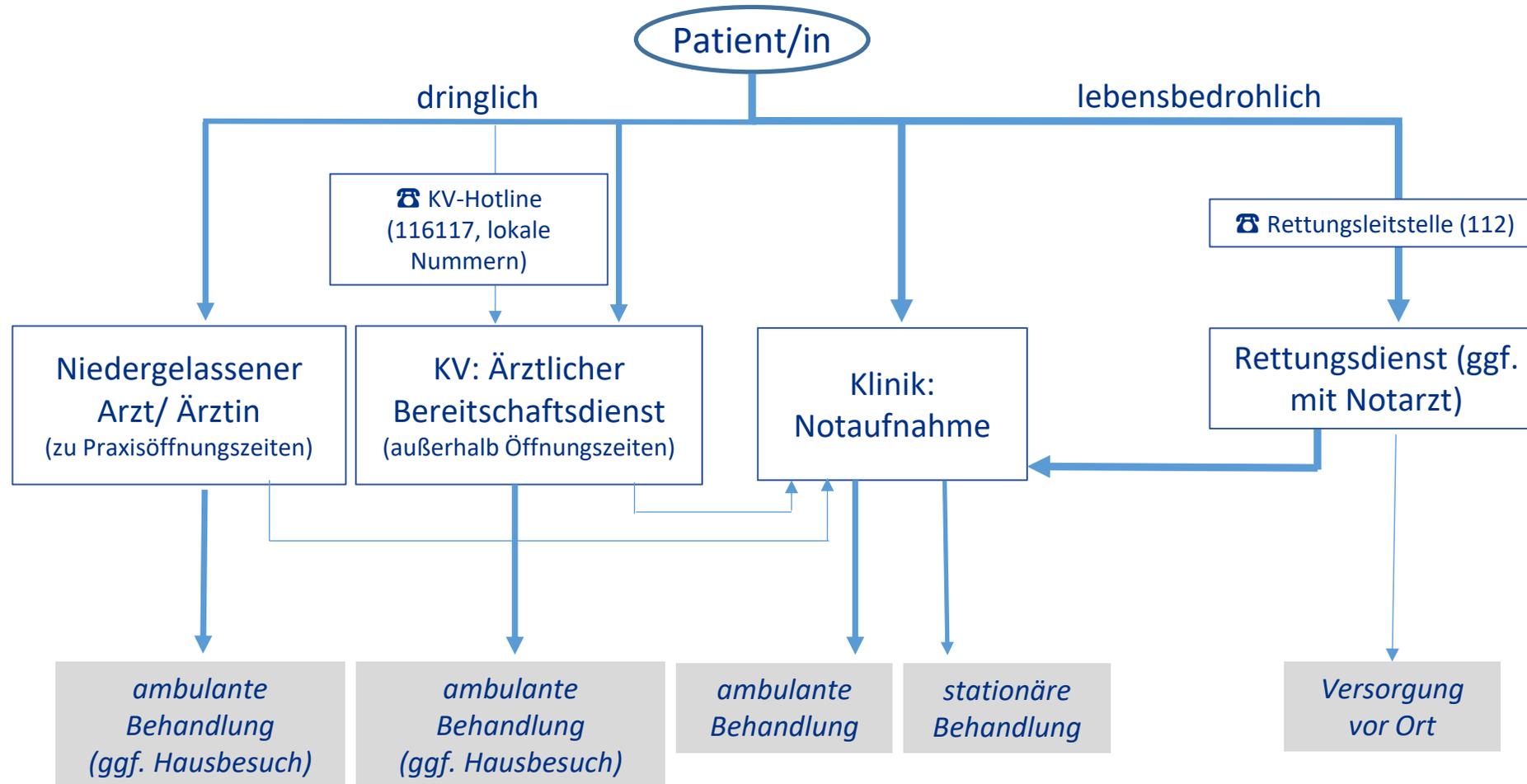


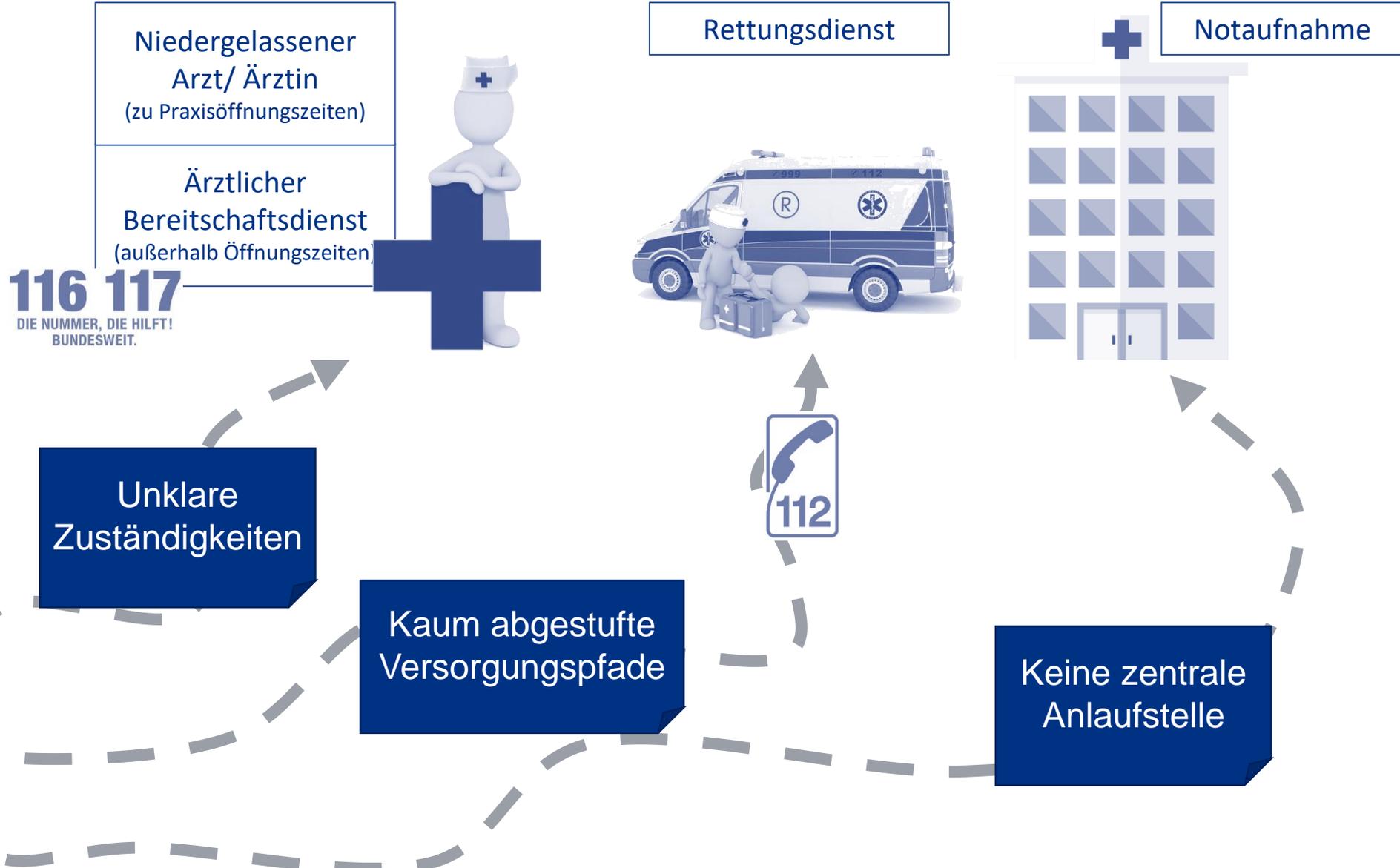
Neuausrichtung des Verhältnisses zwischen ambulanter und stationärer Versorgung im Rahmen des SVR Konzeptes zur Notfallversorgung

**Prof. Dr. Jonas Schreyögg, Hamburg Center for Health Economics,
Universität Hamburg**

20. Berliner Gespräche zum Gesundheitswesen 2019

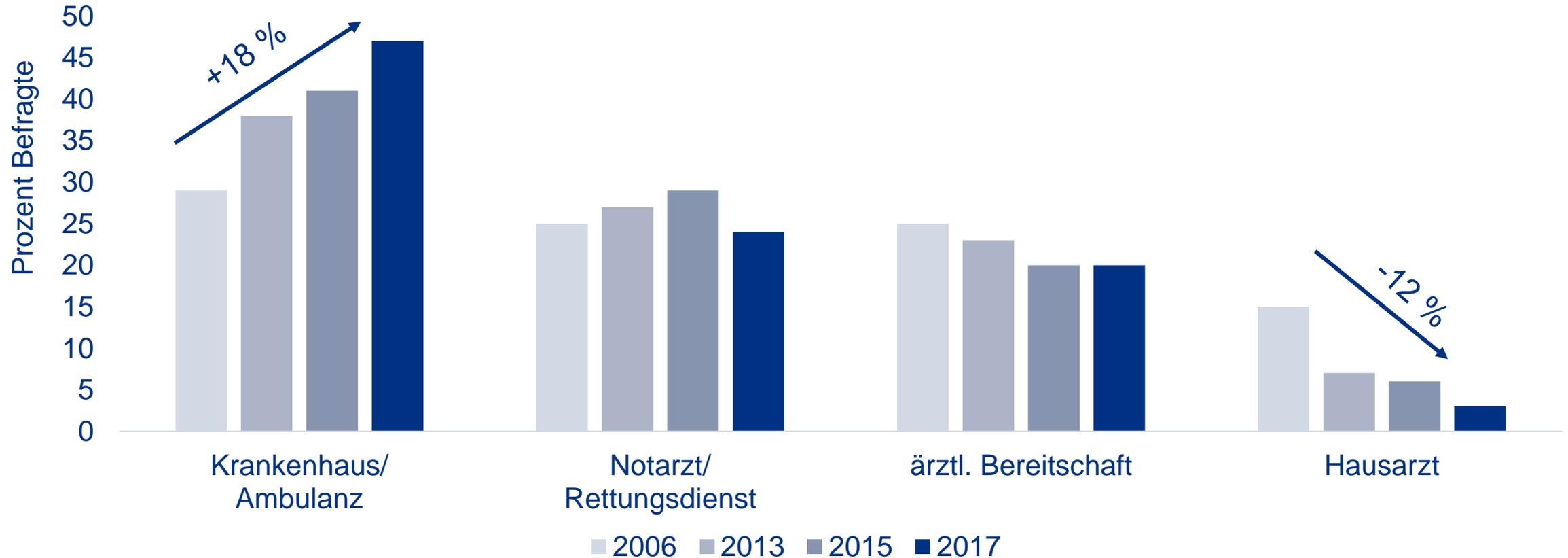
Berlin, 29. November 2019



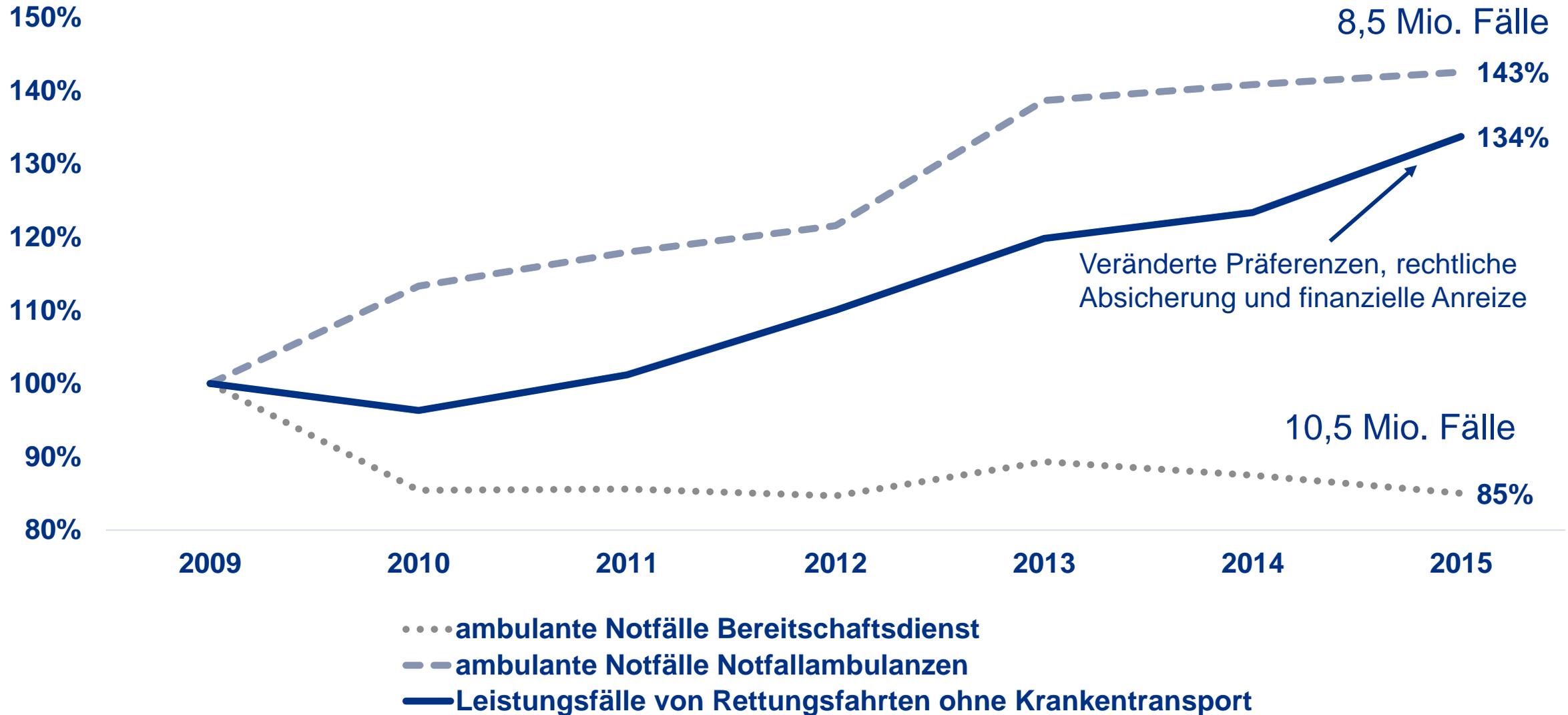


- **Drei getrennte Bereiche:** Niedergelassene Ärzte/ Kassenärztlicher Bereitschaftsdienst, Rettungsdienst, Notaufnahmen der Kliniken
- Stark **steigende Inanspruchnahmen**, insbesondere in den Notaufnahmen + lange Wartezeiten
- Kette **finanzieller Fehlanreize:**
z.B. RTW: i.d.R. kein Geld für Leertransporte
-> mehr Patienten in Rettungsstellen
-> stat. Aufnahmen steigen, da finanziell attraktiver als amb.
- **Überlastung und Unzufriedenheit** des Personals
- Teilweise nicht ausreichend bedarfsgerechte Versorgung

„Wenn Sie oder ein naher Angehöriger nachts oder am Wochenende ärztliche Hilfe brauchen, wohin wenden Sie sich dann?“

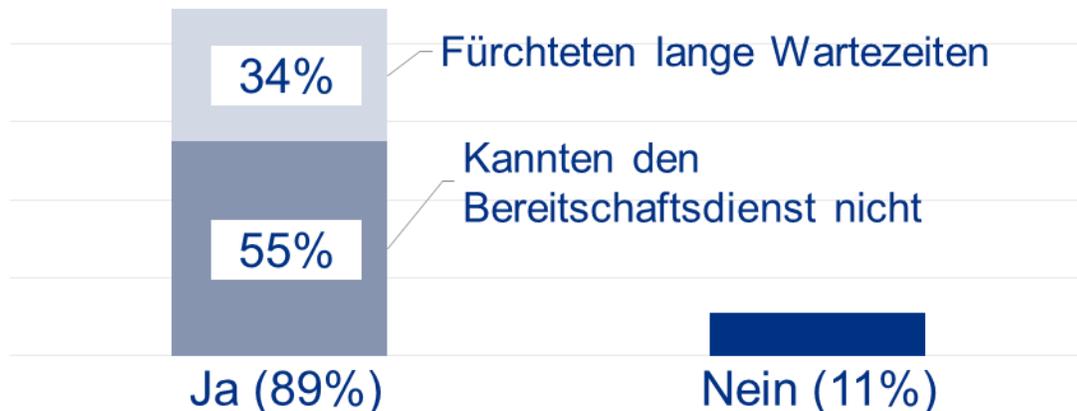


Quelle: Versichertenbefragung (19-79 Jahre) der KBV 2006, 2013, 2015 und 2017

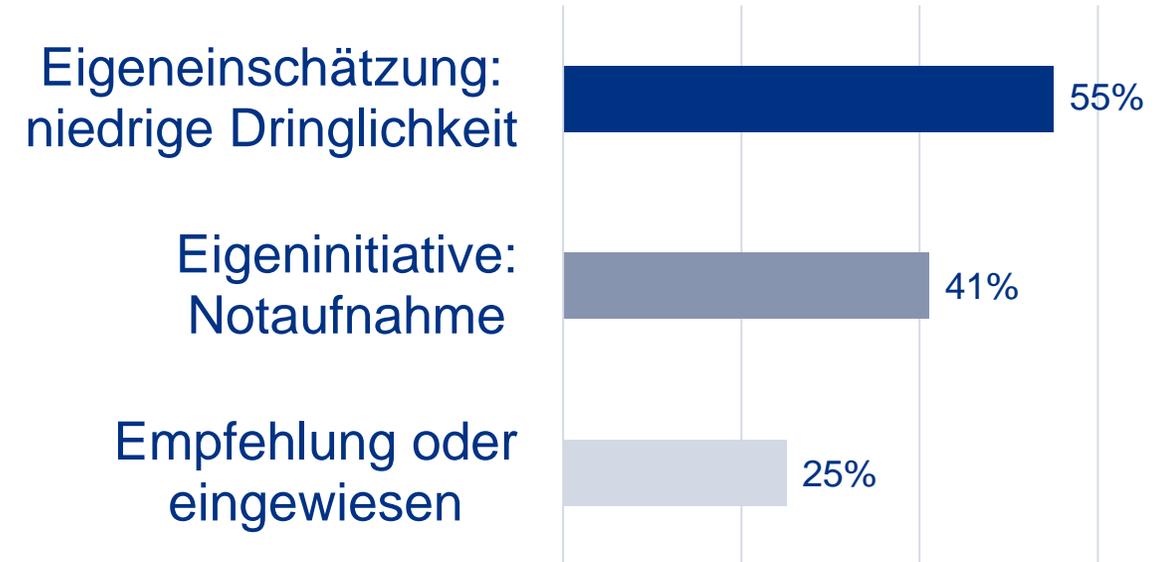


- Eine repräsentative Befragung zum Aufsuchen der Notaufnahmen (Somasundaram et al. 2016):
 - 59% würden Notfalleinrichtung niedergelassener Ärzte aufsuchen, wenn vorhanden
 - Ein Teil der Patienten wird direkt vom Hausarzt telefonisch ins KH verwiesen

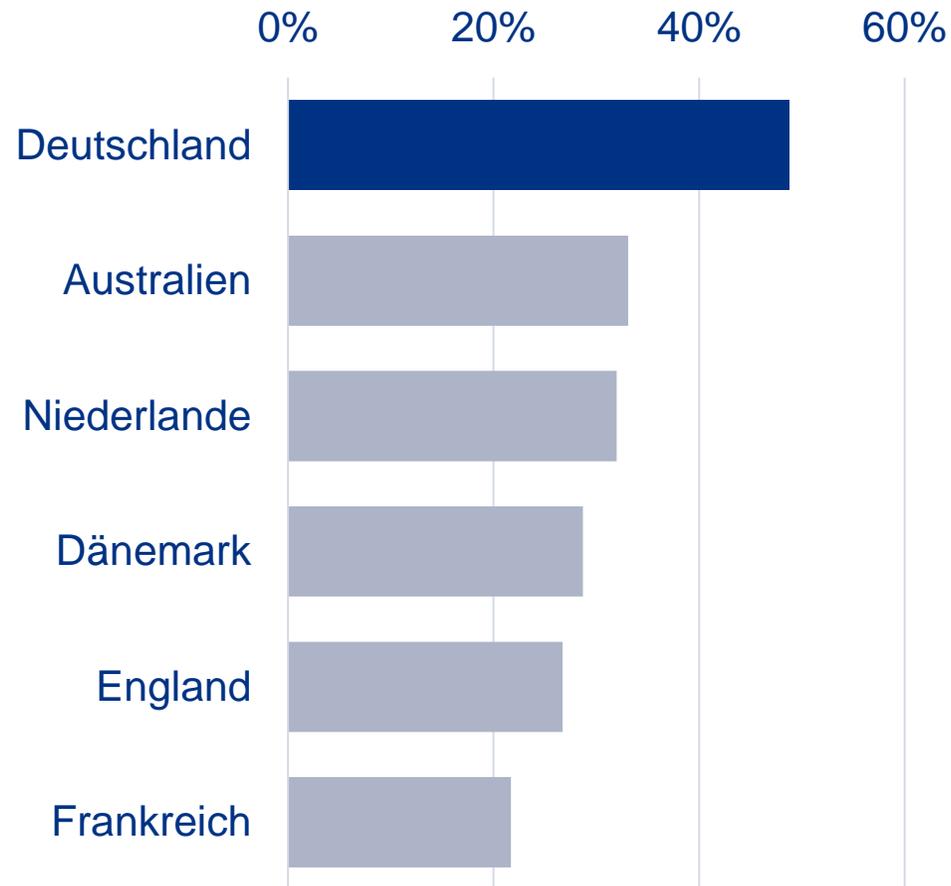
Kontakt zum ambulanten Bereitschaftsdienst?



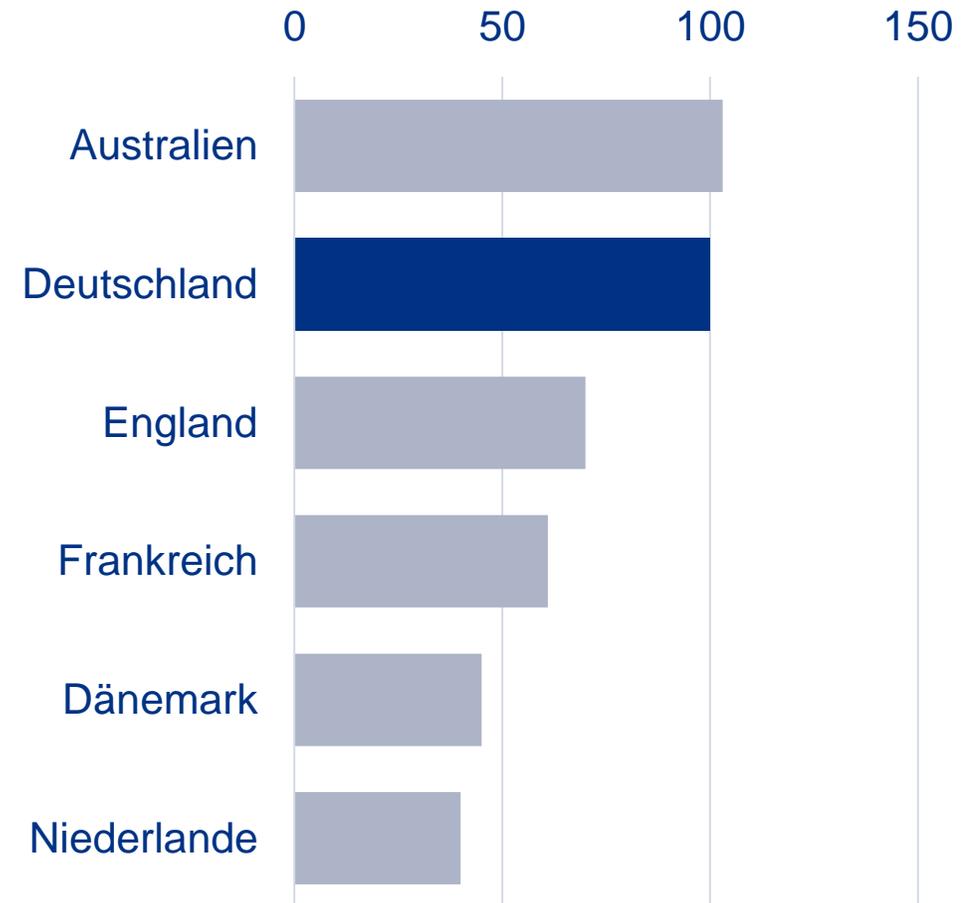
- Befragung von Notaufnahmepatienten im Rahmen der PiNo Nord Studie (Scherer et al. 2017):



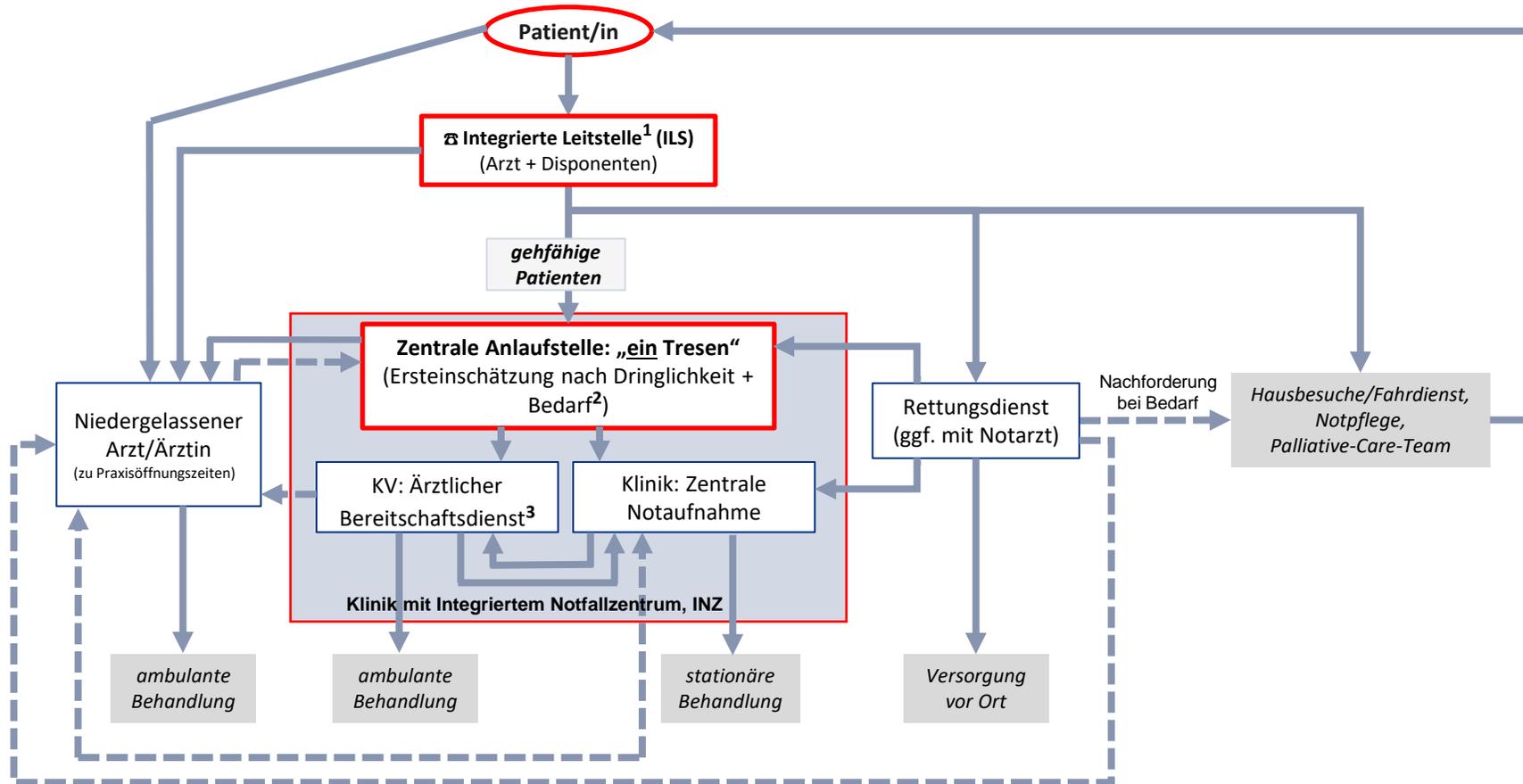
Quotient stationäre Aufnahme
Notfall/Notaufnahmebesuche



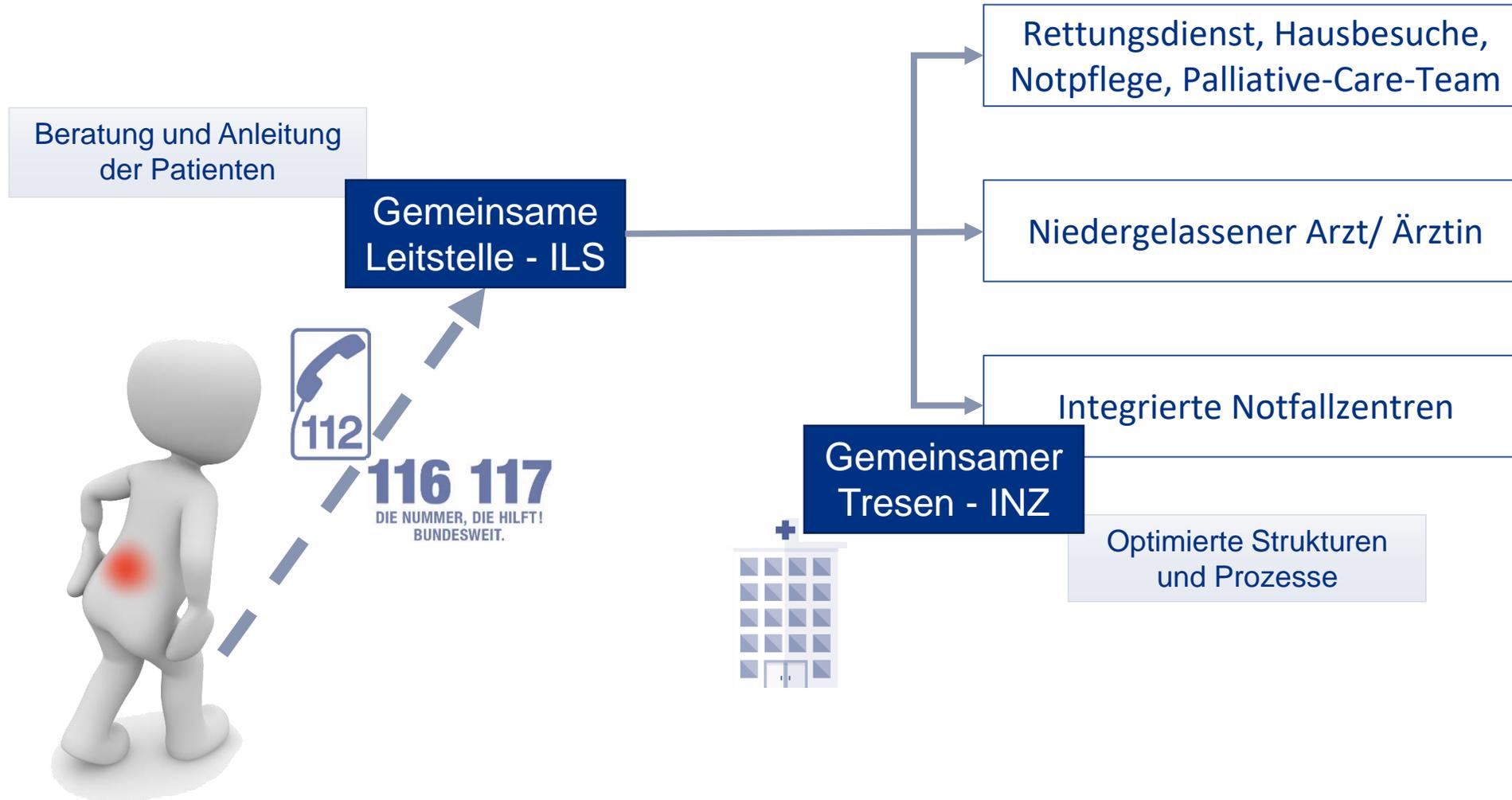
Stationäre Notfallaufnahmen je
1000 Einwohner



Quelle: Geissler et al. 2017



- 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



Verbesserung der Patientensicherheit

- Konsequente, unabhängige Triage am Telefon in den ILS und im INZ
- Einheitliche Notfallalgorithmen

Transparente und effiziente Prozesse

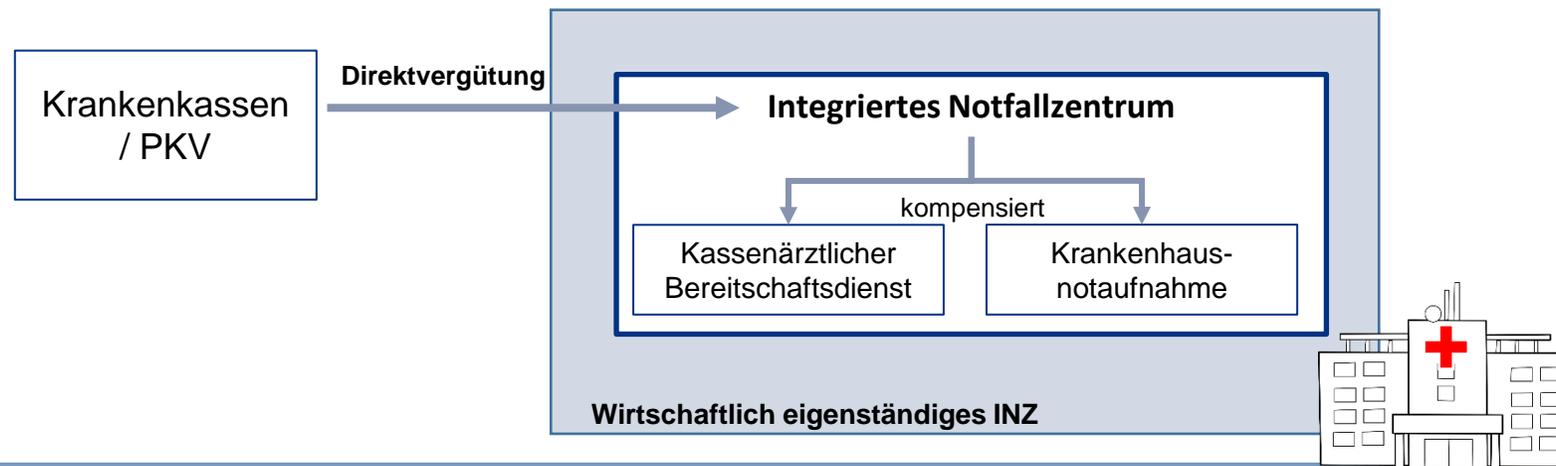
- Gestufte Notfallzentren als erste Anlaufstellen
- Gemeinsamer Tresen
- Gemeinsame Behandlungspfade

Zielführende Begleitung und Aufklärung

- Digitale Vernetzung aller Beteiligten
- Patienteninformationen und Aufklärungskampagnen
- Anreizsetzung z. B. mit Terminvereinbarungen

■ 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**
- weiterentwickelte **Landesgremien** nach § 90a SGB V oder **Bundesländer** erstellen **Plan für Notfallversorgung** und legen INZ Standorte fest/ auch **Ausschreibungslösung** denkbar
- **Trägerschaft und Betrieb INZ: KV und Krankenhaus gemeinsam**



■ 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

- **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**

- **Es entsteht ein „dritter Sektor“**
- **Jedes Krankenhaus benötigt eine Notaufnahme**
- **Einer der Selbstverwaltungspartner muss für die gesamte Notfallversorgung verantwortlich sein**
- **Neues Modell gefährdet gut funktionierende bestehende Versorgungsstrukturen (u.a. Portalpraxen)**

- **Integrierte Leitstellen mit Terminvergabe für INZ und Hausarzt**
- **Rettungsdienst als eigenständiger Leistungsbereich**
- **Zentrenbildung nach Stufenkonzept**
- **Integriertes Notfallzentrum als zentrale Anlaufstelle mit eigener Vergütung**