

Notfallversorgung in Deutschland

Ressourcen besser bündeln

Eigentlich gilt die deutsche Notfallversorgung weltweit als eine der besten. Doch es knirscht im Gebälk, stellte jüngst der Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen in seinem Gutachten fest. Die drei tragenden Säulen – Rettungsdienste, ambulanter ärztlicher Bereitschaftsdienst und Notaufnahmen der Krankenhäuser – zeigen Risse. Diffuse Regeln und fehlende Absprachen

führen dazu, dass Rettungsdienste ausrücken, ohne dass ein Notfall vorliegt, kranke Menschen stundenlang auf einen Arzt warten und Notaufnahmen immer mehr Patienten behandeln, die eigentlich in eine Hausarztpraxis gehören. Das alles kostet viel Geld und bindet Ressourcen, die für die wirklichen Notfälle gebraucht werden, meinen die Experten.

Die Sachverständigen raten dazu, die Notfallversorgung neu zu ordnen. Ihr Vorschlag: Die Notaufnahmen der Kliniken, der ärztliche Bereitschaftsdienst und der Rettungsdienst sollen enger zusammenarbeiten. Integrierte Notfallversorgung ist der Fachbegriff. Um sicherzustellen, dass jeder Patient das bekommt, was er braucht, plädiert der Rat dafür, je Region eine zentrale Leitstelle mit einer einheitlichen Notrufnummer zu etablieren. Dort nehmen erfahrene Ärzte die Anrufe entgegen und organisieren die nötige Versorgung, also einen Hausbesuch, einen Notarzt oder einen Transport ins Krankenhaus. Eine enge Kooperation und genaue Absprachen mit den regionalen Krankenhäusern ist die Voraussetzung.

Im Krankenhaus soll eine interdisziplinäre Notaufnahme die Erstversorgung übernehmen. Dort sollte sich idealerweise auch eine Notfallpraxis befinden, wo ein breit qualifizierter Allgemeinarzt die leichten Fälle behandelt. Die potenziellen Vorteile: Das niedrigschwellige Angebot und die gute Organisation helfen, unnötige Hausbesuche und Krankenhaus-einweisungen zu vermeiden, also kostbare personelle und finanzielle Ressourcen zu sparen. Auf diese Weise bliebe das Gebäude Notfallversorgung auch in Zukunft standfest.

Experten verordnen Kooperation



Nach Ansicht der Gesundheitsweisen ist ein Zusammenspiel der drei Sektoren in der Notfallversorgung sowohl medizinisch als auch ökonomisch sinnvoll. Grafik: AOK-Bundesverband

INHALT

Hintergrund und Presse Seite 2

>> IVENA vernetzt Lebensretter

Markt und Meinung Seite 3

>> DRG-Erlöse steigen 2014 um zwei Milliarden Euro

>> Experten fordern Klinikschließungen

>> Mühlenkreiskliniken etablieren Deutschlands erste Konzernnotaufnahme

Versorgung und Service Seite 4

>> Schreyögg-Gutachten: Menge folgt dem Preis

>> Implantatedatenbank soll Klarheit schaffen

>> Notaufnahmeprotokoll für mehr Qualität

Zahlen - Daten - Fakten Seite 5

>> Rettungsdienste: Mehr als 14 Millionen Einsätze im Jahr

„Eine interdisziplinäre Notaufnahme funktioniert nur dann richtig, wenn sie von Notfallmedizinern geführt wird.“

Dr. Barbara Hogen, Chefarztin der Zentralen Notaufnahme der Asklepios Klinik Altona und Präsidentin der Europäischen Gesellschaft für Notfallmedizin (European Society for Emergency Medicine, EuSEM)

IVENA – Interdisziplinärer Versorgungskapazitäten-Nachweis

Wenn Lebensretter sich vernetzen

Bei Notfällen zählt jede Sekunde. Nichts ist so wichtig, wie Patienten schnell ins Krankenhaus zu bringen, das sofort Hilfe leistet. Dafür müssen Rettungsdienste und Krankenhäuser eng zusammenarbeiten. Ein internetbasiertes Informationssystem bietet hier Unterstützung und hilft, vorhandene Ressourcen besser zu nutzen.

In der Zentralen Notaufnahme des Carl-Thiem-Klinikums herrscht wie immer Hochbetrieb. Es ist 12.50 Uhr. Die Leitstelle der Cottbuser Berufsfeuerwehr meldet, dass ein Rettungswagen unterwegs ist. Eine 62-jährige Frau, erste Diagnose: akutes Koronarsyndrom, möglicherweise ein Infarkt. Noch zehn Minuten bis zum Eintreffen des Rettungswagens. Die Patientin braucht weder die Erstbehandlung im Schockraum noch einen Herzkatheter. Alle diese Daten können die Mitarbeiter der Notaufnahme am Monitor ablesen. So ist das Team bestens auf die Patientin vorbereitet, dank IVENA. Die fünf Buchstaben stehen für Interdisziplinären Versorgungskapazitäten-Nachweis. Das internetbasierte Informationssystem ist seit 2013 im südlichen Brandenburg im Testbetrieb.

Leitstelle sieht Klinikauslastung in Echtzeit

Das digitale System vernetzt den Rettungsdienst mit den Krankenhäusern. Es dient dazu, die Abläufe in der Rettungskette zu verbessern. So können Krankenhäuser ihre Behandlungsmöglichkeiten mit einem Mausklick an- und abmelden. Die Software aktualisiert die Daten im Minutentakt. Für die Rettungsdienste sind sie sofort abrufbar. Die Leitstellen können somit in Echtzeit sehen, welches Krankenhaus über einen Schockraum verfügt, wo es freie Betten auf der Intensivstation gibt, wo ein OP-Team bereitsteht oder ein CT-Gerät frei ist. Ingolf Zellmann, Leiter der Leitstelle in Cottbus, freut sich: „Wir verfügen damit über eine effektive Kommunikation zwischen Leitstelle, Rettungsdienst und Krankenhaus. Wir können nun von der Leitstelle aus die Rettungswagen gezielter einsetzen.“

Kliniken sind auf Notfälle gut vorbereitet

Auch Kliniken profitieren von IVENA. Denn Rettungsdienste ihrerseits nutzen das System, um Krankenhäuser über die zugewiesenen Notfallpatienten zu informieren. So erhalten Klinikärzte unter Beachtung des Datenschutzes die wichtigsten Informationen wie Diagnose, Behandlungsdringlichkeit, Anlass des Einsatzes, Alter und Geschlecht, geschätzte Eintreffzeit und benötigte Behandlung noch vor dem Eintreffen des Patienten. Das spart Zeit und verschafft den Krankenhäusern wertvolle Minuten für die Vorbereitung. „Wir wissen schon, ob der Schockraum vorbereitet sein muss oder ob eine Herzkatheter-Untersuchung notwendig ist. Einer raschen und hocheffizienten Versorgung steht damit von der ersten Minute an nichts im Wege. Das ist auch ein großer Vorteil für die Patienten“, sagt Olaf Konopke, Chefarzt der Notaufnahme im Carl-Thiem-Klinikum.

IVENA bringt Lebensretter an einen Tisch

Nach dem Probetrieb in der Regionalleitstelle Lausitz soll in Kürze ganz Brandenburg von den Vorteilen des Systems profitieren. Das Vorbild holten sich die Brandenburger in Hessen, wo seit 2009 Praktiker aus Feuerwehr, Rettungsdiensten und Krankenhäusern an der Entwicklung des Informationssystems arbeiten. Weil bei IVENA alle an der Notfallrettung Beteiligten an einem Tisch sitzen, ist es möglich, die jeweils spezifischen Belange und Anforderungen in das System zu integrieren. Das FAZ-Institut hat 2013 den Softwareentwickler mainis IT-Service GmbH mit IVENA zum Finalisten des Innovationspreises der Deutschen Wirtschaft gekürt.

PRESSEECHO

166 Fusionen in zehn Jahren

Das Bundeskartellamt hat zwischen 2003 und 2013 mehr als 200 Zusammenschlüsse von Krankenhäusern geprüft. In den zehn Jahren erteilte die Bonner Behörde für 166 angestrebte Zusammenschlüsse die Freigabe, sechsmal untersagte sie die Fusion. Die übrigen Fälle fielen nicht unter die Fusionskontrolle oder sind noch nicht abgeschlossen.

Deutsches Ärzteblatt, 08.07.2014

Dickes Plus für Klinikchefs

Die Chefarztgehälter an den Uni-Kliniken in NRW haben teils extrem zugelegt. Zwischen 2006 und 2012 seien sie im Durchschnitt um mehr als 50 Prozent gewachsen, kritisierte der Landesrechnungshof. Das durchschnittliche Grundgehalt stieg auf rund 224.000 Euro und Bonuszahlungen auf 68.000 Euro. Im selben Zeitraum erhielten Arbeitnehmer einen Aufschlag von durchschnittlich rund 16 Prozent.

Westdeutsche Allgemeine Zeitung, 08.07.2014

Zum fünften Mal mit Gewinn

Das Universitätsklinikum Köln hat im Geschäftsjahr 2013 einen Jahresüberschuss von 5,9 Millionen Euro erwirtschaftet. Das sind 3,8 Millionen Euro mehr als im Vorjahr. Gemeinsam mit den Tochtergesellschaften und Beteiligungen betrug der Gewinn sogar 7,4 Millionen Euro. Bereits zum fünften Mal in Folge konnte die Klinikleitung ein positives Jahresergebnis vorlegen und trotzdem die Mitarbeiterzahl erhöhen – 2013 um 210 Vollzeitstellen.

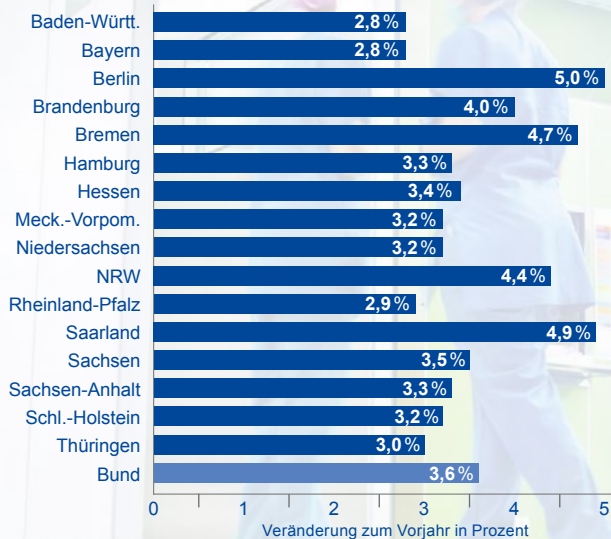
Köln Nachrichten, 03.07.2014

DRG-Erlöse 2014

Zwei Milliarden Euro mehr

Die DRG-Erlöse der Krankenhäuser klettern 2014 auf 63 Milliarden Euro. Das sind zwei Milliarden mehr als im Vorjahr. Die beitragspflichtigen durchschnittlichen Einkommen steigen dagegen nur um 2,8 Prozent. Die Landesbasisfallwerte, also die Preise für Krankenhausleistungen, wachsen im Durchschnitt um 2,6 Prozent. Die vereinbarte Leistungsmenge nimmt im Vergleich zu 2013 um 0,7 Prozent zu. Die Erlöse für Psychiatrie verhandeln Kassen und Kliniken separat.

DRG-Erlöse steigen 2014 um 3,6 Prozent



2014 können Kliniken erneut mit mehr Geld rechnen. Am stärksten steigen die DRG-Erlöse in Berlin (5,0 Prozent), am geringsten in Baden-Württemberg und Bayern (2,8 Prozent).

Grafik: AOK-Bundesverband

Krankenhaus Rating Report 2014

Experten fordern Schließungen

Der Konkurrenzdruck auf dem Klinikmarkt ist groß. Laut Krankenhaus Rating Report 2014 waren 2012 16 Prozent der gut 2.000 Krankenhäuser von Insolvenz bedroht. Gerade kleine Häuser hätten oft wenig Chancen. Sie sollten Hilfe bekommen – aber nicht, um sich über Wasser zu halten, sondern für eine geordnete Schließung, eine Umwandlung in Gesundheitszentren oder für Zusammenschlüsse zu größeren Häusern. Diese könnten mit Spezialisierung Patienten bei planbaren Eingriffen mehr Qualität und Sicherheit bieten. Ein Investitionsfonds soll die Mittel liefern. Würde jedes siebte Krankenhaus aufgegeben, läge die Klinikdichte in Deutschland laut dem Report immer noch im europäischen Durchschnitt. Entsprechende Überlegungen sind auch Thema der Bund-Länder-Arbeitsgruppe, die seit Ende Mai über eine umfassende Krankenhausreform berät.

Mühlenkreiskliniken

Notaufnahmen gehen zusammen

Als erster Gesundheitskonzern in Deutschland schließen die Mühlenkreiskliniken ihre vier Notaufnahmen zu einer standortübergreifenden Abteilung zusammen. Das betrifft das Johannes Wesling Klinikum Minden, das Krankenhaus Bad Oeynhausen und die beiden Häuser in Lübbecke und Rahden. Chefarztin der neuen Konzernnotaufnahme wird ab Oktober 2014 Barbara Hogan. Sie leitet derzeit die Zentrale Notaufnahme der Asklepios Klinik Altona, die erste chefärztlich geführte Notaufnahme Deutschlands. Hogen zufolge setzt in der Versorgung der Notfallpatienten hierzu ein Umdenken ein, was die zunehmende Professionalisierung der Notfallmedizin zur Folge hat. So will Berlin als erstes Bundesland eine dreijährige Zusatzweiterbildung „Klinische Notfall- und Akutmedizin“ einführen. Alle Bestrebungen, einen eigenen Facharzt für Notfallmedizin in Deutschland zu schaffen, sind jedoch bis jetzt gescheitert.

DREI FRAGEN AN ...

... Dr. Christian Hohenstein,
Leiter der Zentralen Notfallaufnahme
am Universitätsklinikum Jena



Notaufnahme muss interdisziplinär arbeiten

Ist die Notaufnahme für Kliniken die Visitenkarte?

Bei akuten Erkrankungen und Verletzungen ist die Notaufnahme die zentrale Schnittstelle zwischen der Bevölkerung und dem Krankenhaus. Nur hier gibt es an jedem Tag des Jahres zu jeder Uhrzeit sofortige medizinische Hilfe. Weil immer mehr Menschen die Notaufnahme aufsuchen, ist die Außenwirkung für das Krankenhaus enorm. Wer hier zufrieden ist, der empfiehlt auch sonst die Klinik weiter.

Was ist eine gut organisierte Notaufnahme?

Eine gute Notaufnahme arbeitet interdisziplinär, weil es effektiver und besser für die Patienten ist. Die zunehmende Spezialisierung der Medizin führt dazu, dass viele Ärzte gar nicht mehr in der Lage sind, in einer Notaufnahme zu arbeiten. Wir brauchen Ärzte und Pflegekräfte, die ein breites Spektrum an akuten Erkrankungen und Verletzungen beherrschen. Die Notfallmedizin erfordert eine geringe Tiefe, aber eine große Breite an Wissen.

Welche Standards sind also notwendig?

Um den Partikularinteressen einzelner Fachgebiete zu entgehen, muss die Notaufnahme eine eigenständige Abteilung sein, ein zentraler Anlaufort für alle Patienten, mit eigenem, fachübergreifendem Personal. Eigenständig, zentral, interdisziplinär ist die notwendige Trias.

Entwicklung der Fallzahlen im Krankenhaus Menge folgt dem Preis

Erhöht sich der Preis für eine stationäre Leistung, steigen auch die Fallzahlen. Sinkt der Preis, sinkt auch die Zahl der Behandlungen. Zu dieser Erkenntnis kommen Wissenschaftler der TU Berlin und der Universität Hamburg, die im Auftrag der Krankenhäuser und Krankenkassen die Entwicklung der Fallzahlen von 2007 bis 2012 untersuchten. So stieg die Zahl stationärer Behandlungen in diesem Zeitraum um 8,4 Prozent. Vor allem gab es mehr teure und planbare Operationen. Nach Ansicht der Experten lassen sich die hohen Steigerungsraten nicht allein mit der Alterung der Gesellschaft erklären. Es gebe auch weitere Gründe, die die Fallzahlen nach oben trieben. Vieles deute darauf hin, dass das derzeitige Vergütungssystem mit Fallpauschalen falsche Anreize setze. Denn viele der kalkulierten Preise für Krankenhausleistungen hängen von den gewählten Therapien ab. Eine solche Vergütung könne Kliniken dazu verleiten, einen gut bezahlten Eingriff einer konservativen Therapie vorzuziehen. Dass die Bezahlung die Behandlungszahlen beeinflusst, beweist auch die Tatsache, dass die Fallzahlen in Kliniken mit einem hohen Anteil an Privatpatienten weniger den Preisen folgen, als es in Häusern der Fall ist, deren Erlöse stärker von den Fallpauschalen abhängen. Die Experten empfehlen folglich das eigentlich sinnvolle System der Fallpauschalen statt an Prozeduren mehr an Diagnosen auszurichten, um überflüssige Operationen zu vermeiden und die Vergütung Richtung Qualität zu reformieren.

TERMINE

18. September 2014 in Berlin
4QD – Diskussionsforum
Qualitätsorientierte Vergütung

18.– 20. September 2014 in Berlin
Hauptstadtkongress der DGAI für
Anästhesiologie und Intensivtherapie
mit Pflegesymposium und Rettungs-
dienstforum (HAI 2014)

30. September 2014 in Berlin
Symposium „Bedarfsgerechte
Versorgung – Perspektiven für
ländliche Regionen und
ausgewählte Leistungsbereiche“

Medizinprodukte Datenbank soll Klarheit schaffen

In Deutschland soll es künftig mehr Klarheit darüber geben, wer welche Implantate eingesetzt bekommt. Von Oktober 2015 an sollen Kliniken, die Implantate einsetzen, alle Fälle in Datenbanken dokumentieren. Bei Problemen sollen auf diese Weise Betroffene besser ausfindig gemacht werden. Zudem müssen Hersteller von Medizinprodukten künftig etwa für Herzschrittmacher Produktpässe ausstellen. Das ist Teil einer Verordnung, die der Bundesrat beschlossen hat. Auslöser war der Skandal um fehlerhafte Brustimplantate der Firma PIP. Zehntausende Frauen weltweit mussten sich die Implantate entfernen lassen.

Nationales Notaufnahmeregister Ein Protokoll für mehr Qualität

Ein Nationales Register soll die Versorgungsqualität in deutschen Notaufnahmen verbessern. Herzstück ist ein einheitliches Protokoll, in dem Notaufnahmehelfer die vorläufigen Diagnosen und bisherige Behandlungen dokumentieren. Ziele sind, die klinikinterne Weitergabe von Informationen zu verbessern und die Doppeldokumentation zu vermeiden. Das Bundesministerium für Bildung und Forschung unterstützt das Register mit drei Millionen Euro. An dem Projekt sind unter anderem die Universitäten Frankfurt, Gießen und Witten-Herdecke sowie die Deutsche Interdisziplinäre Vereinigung für Intensiv- und Notfallmedizin beteiligt.

PERSONALIA

Chirurgen wählen neue Spitze



Peter Vogt ist der neue Präsident der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie (DGCH). Der Direktor der Klinik für Plastische, Hand- und Wiederherstellungschirurgie an der Medizinischen Hochschule Hannover löst turnusgemäß Joachim Jähne ab, der als 1. Vizepräsident weiterhin dem DGCH-Vorstand angehört. Als erste Frau im Vorstand in der Geschichte der DGCH ist Gabriele Schackert aus Dresden jetzt 2. Vizepräsidentin.

MHH angelt sich Aulkemeyer



Die Medizinische Hochschule Hannover (MHH) bekommt eine neue Vizepräsidentin. Andrea Aulkemeyer wird ab 2015 das Ressort Wirtschaftsführung und Administration im Präsidium der MHH übernehmen. Die Diplom-Kauffrau leitet derzeit das kommunale Klinikum in Wilhelmshaven. Sie war zuvor Vorstandsmitglied bei der Rhön-Klinikum AG.

Aufsichtsrat votiert gegen Sontheimer



Gerhard Sontheimer, Geschäftsführer der Gesundheit Nordhessen Holding (GNH), wird das kommunale Unternehmen Ende März 2015 verlassen. Das hat der GNH-Aufsichtsrat entschieden und damit eine Vertragsverlängerung abgelehnt. Bis Jahresende will die GNH einen geeigneten Nachfolger finden.

>> Preis- und Erlösentwicklung

>> Krankenhausbudgets

>> Krankenhauskosten

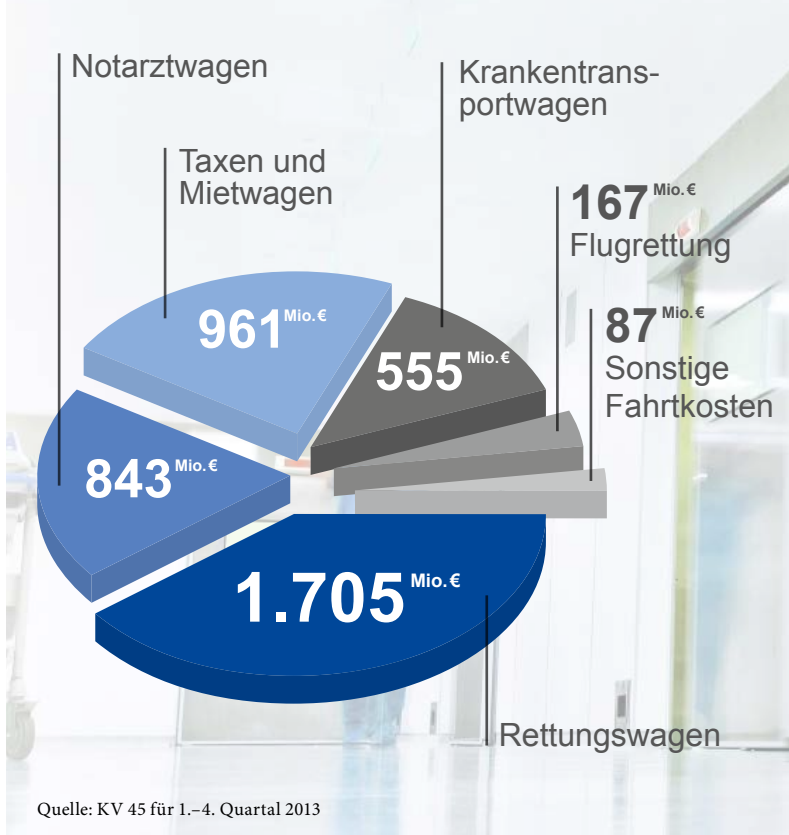
>> Krankenhausleistungen im Fokus

>> Jahresabschlüsse

>> Grunddaten zur Struktur des Krankenhausmarktes

>> Grunddaten zur Struktur des Krankenhausmarktes

Rettungswagen sind die größte Kostenstelle



Das leisten Rettungsdienste

1.800 Rettungswachen gibt es in Deutschland.

1.000 Notarztstandorte stehen zu Verfügung.

35.000 Notrufe erreichen die Leitstellen je Werktag.

14 Millionen Mal im Jahr rücken die Rettungsdienste in Deutschland aus.

143 Einsätze fahren sie pro 1.000 Einwohner und Jahr.

808.000 Einsätze sind Fehlfahrten.

49 Prozent der Einsätze sind Notfallrettung.

Mehr als 14 Millionen Einsätze im Jahr

Ob Schlaganfall, Herzinfarkt oder Brandverletzungen – für Rettungsdienste sind Notsituationen Alltag. Mehr als 14 Millionen Mal im Jahr rücken sie in Deutschland aus, ermittelte die Bundesanstalt für Straßenwesen für die Jahre 2008 und 2009. Das sind rund 143 Einsätze pro 1.000 Einwohner. Davon sind 49 Prozent Notfälle, der Rest entfällt auf Krankenfahrten. An einem durchschnittlichen Werktag gehen bundesweit rund 35.000 Anrufe in den Rettungsleitstellen ein. Am Wochenende sinkt die Zahl auf rund 26.000 an einem Samstag und auf 24.000 an einem Sonntag. Etwa 1.800 Rettungswachen koordinieren die Fahrten. Bei der Hälfte aller Notfalleinsätze ist ein Notarzt mit dabei. Bundesweit gibt es rund 1.000 Notarztstützpunkte.

Für die Leistungen der Notarzt-, Rettungs- und Krankentransportwagen sowie der Luftrettung kamen in Deutschland im Jahr 2013 insgesamt gut 3,3 Milliarden Euro Kosten zusammen. Das sind etwa zwei Prozent der Gesamtausgaben der gesetzlichen Krankenkassen. Mit 1,7 Milliarden Euro schlugen die Kosten für Rettungswagen am meisten zu Buche.