

DRG–Pflege–Split

Pflegepersonaluntergrenzen

Notfallversorgung

17. Nationales DRG–Forum
Berlin, 15.03.2018

Dr. Wulf–Dietrich Leber
GKV–Spitzenverband

Gang der Handlung

1. KHSG-Umsetzung
2. DRG-Pflege-Split
3. Pflegepersonaluntergrenzen
4. Notfallversorgung
5. Fazit

Umsetzung KHSG

| Nr. | Thema | Frist | | | | erledigt |
|-----|---|---------|---------|---------|---------|----------|
| | | 2015 | 2016 | 2017 | 2018 | |
| 1 | Zentrumsvereinbarung | | 31. Mrz | | | (✓) |
| 2 | Notfallstufenkonzept | | | 31. Dez | | |
| 3 | Notfallstufenvergütung | | | | 30. Jun | |
| 4 | Sicherstellungszuschlag | | 31. Dez | | | ✓ |
| 5 | Repräsentative Kalkulationsstichprobe | | 31. Dez | | | ✓ |
| 6 | Sachkostenvergütung | | 30. Jun | | | ✓ |
| 7 | Fixkostendegressionsabschlag | | 31. Jul | | | ✓ |
| 8 | Absenkung von Bewertungsrelationen | | 31. Mai | | | ✓ |
| 9 | Mehrkosten G-BA Richtlinien | | | | | ✓ |
| 10 | MDK-Qualitätsprüfungs-Richtlinie | | | | | |
| 11 | Expertenkommission Pflege | | | 31. Dez | | ✓ |
| 12 | Qualitätszu- und -abschläge - Leistungsbereiche | | | 31. Dez | | |
| 13 | Qualitätszu- und -abschläge - Vergütung | | | | 30. Jun | |
| 14 | Qualitätsverträge - Leistungsbereiche | | | 31. Dez | | ✓ |
| 15 | Qualitätsverträge - Rahmenvertrag | | | | 31. Jul | |
| 16 | Tarifrater | | | | | ✓ |
| 17 | Hochschulambulanzen - Patientenzugang | | 23. Jan | | | ✓ |
| 18 | Hochschulambulanzen - Vergütungskonzept | | 23. Jan | | | ✓ |
| 19 | Entlassmanagement | 31. Dez | | | | ✓ |
| 20 | Nichteinhaltung von Qualitätsanforderungen | | | | | |
| 21 | Mindestmengen | | | | | ✓ |
| 22 | Planungsrelevante Qualitätsindikatoren | | 31. Dez | | | ✓ |
| 23 | Obduktionsvereinbarung | | 31. Dez | | | ✓ |



Stand: 14.03.2018

Umsetzung PsychVVG|Pflegepersonaluntergrenzen

| Nr. | Thema | Frist | | | erledigt |
|-----|---|---------|---------|---------|----------|
| | | 2017 | 2018 | 2019 | |
| 24 | Stationsäquivalente psychiatrische Behandlung – Leistungsbeschreibung | 28. Feb | | | ✓ |
| 25 | Stationsäquivalente psychiatrische Behandlung – Rahmenvorgaben | 30. Jun | | | ✓ |
| 26 | Psych-OPS – Weiterentwicklung | 31. Mrz | | | ✓ |
| 27 | Psych-PV-Nachweise | 31. Mrz | | | ✓ |
| 28 | Psychosomatische Institutsambulanzen | | | | |
| 29 | PIA-Leistungskatalog | | 01. Jan | | ✓ |
| 30 | Rahmenvorgaben KH-Vergleich | | | 01. Jan | |
| 31 | Personalausstattung in Psychiatrie und Psychosomatik | | | 30. Sep | |
| 32 | Standortdefinition | 30. Jun | | | ✓ |
| 33 | Standortverzeichnis | 30. Jun | | | ✓ |



| 34 | Pflegepersonaluntergrenzen | Frist | | | erledigt |
|----|---|-------|---------|------|----------|
| | | 2017 | 2018 | 2019 | |
| | • Festsetzung von Personaluntergrenzen in pflegesensitiven Bereichen | | 30. Jun | | |
| | • Nachweisvereinbarung | | 30. Jun | | |
| | • Vereinbarung zur Übermittlung & Nutzung von Daten nach § 21 KHEntgG | | 31. Jul | | |
| | • Vergütungsabschlüsse bei Nichteinhaltung | | 30. Jun | | |
| | • Mehrkostenvereinbarung | | | | |
| | • Vereinbarung zur Mittelüberführung des 2. Pflegeförderprogramms | | 31. Okt | | |



Stand: 14.03.2018

Gang der Handlung

1. KHSG-Umsetzung
2. DRG-Pflege-Split
3. Pflegepersonaluntergrenzen
4. Notfallversorgung
5. Fazit

Koalitionsvertrag

Ausgliederung der Pflege aus der DRG–Vergütung

„Künftig sollen Pflegepersonalkosten besser und unabhängig von Fallpauschalen vergütet werden. Die Krankenhausvergütung wird auf eine Kombination von Fallpauschalen und einer Pflegepersonalkostenvergütung umgestellt. Die Pflegepersonalkostenvergütung berücksichtigt die Aufwendungen für den krankenhausesindividuellen Pflegepersonalbedarf. Die DRG–Berechnungen werden um die Pflegepersonalkosten bereinigt.“

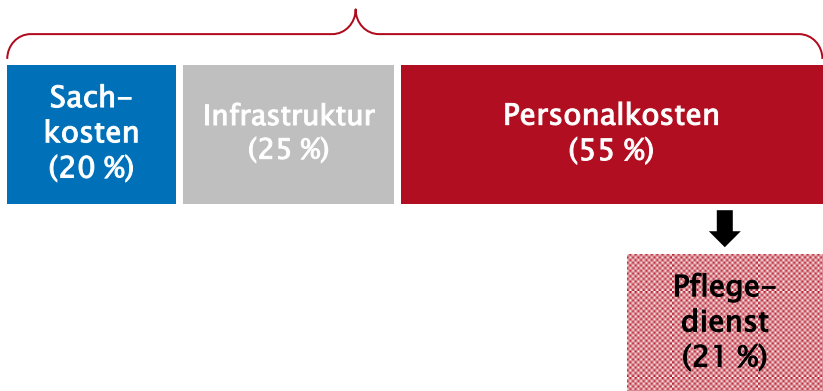
GKV–Bewertung: Wahrscheinlich eine Fehlentscheidung!

- ▶ Pflegemängel sind kein Grund, die leistungsorientierte Fallvergütung mit DRGs zu zerschlagen.
- ▶ Es droht ein Rückfall in die Selbstkostendeckung.
- ▶ Es droht ein Dominoeffekt, wenn auch andere Gruppen gesonderte Finanzierungssysteme fordern (z. B. die Ärzte).
- ▶ Es drohen Folgeprobleme in der Altenpflege.
- ▶ Zwei Rechnungen heißt zweimal prüfen.
- ▶ Eine seriöse Trennung der Vergütungssegmente braucht zwei bis drei Jahre Vorbereitungszeit.

Entscheidungsbedarf

Kostenseite (InEK)

DRG-Fallpauschalen

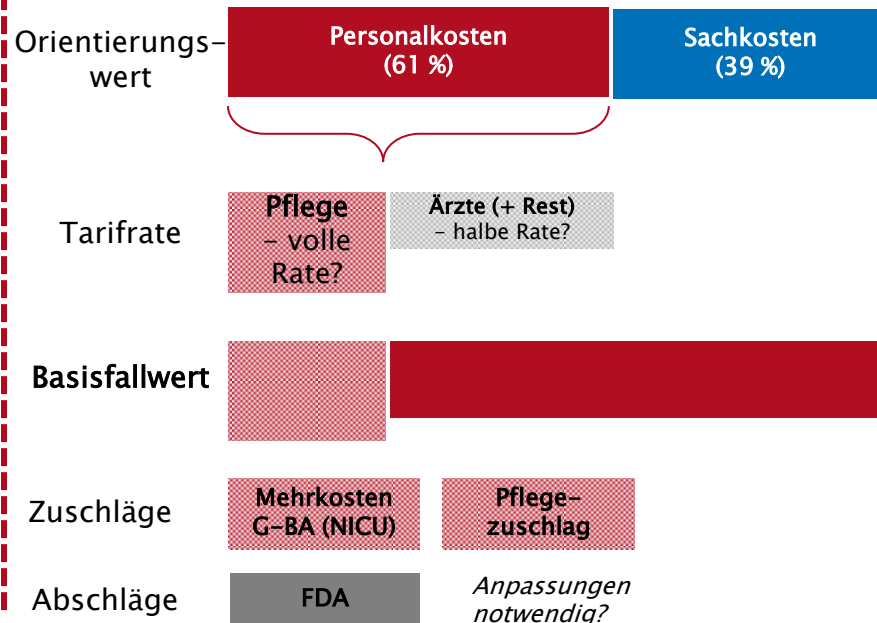


Ausgliederung nach oder vor Sachkostenabsenkung?

ZE



Vergütungsseite



Pflege vergüten – aber wie?

Letztlich bedeutet die Entscheidung, „mal so eben“ ein neues Vergütungssystem für 15 Mrd. Euro Leistungsvolumen aus der Hüfte zu schießen.

Einige Fragen:

- ▶ Sollen die neuen Zusatzentgelte für Pflegegrade erhalten bleiben?
- ▶ Brauchen wir neue OPS, um zu garantieren, dass auch mehr gepflegt wird?
- ▶ Soll die Vergütung tages- oder fallbezogen sein?
- ▶ Gibt es einen zweiten Grouper – und wie nennt man ihn?

Erste Vermutungen

- ▶ Fast alles in der Pflege ist tagesbezogen, also drängt sich eine tagesbezogene Vergütung auf.
- ▶ Der Pflegeaufwand variiert je Tag und je Patient. Das spricht für eine EDV-mäßige Gruppenbildung.
- ▶ Es geht um „ordentliche Pflege“ und damit nicht um Pflegepersonaluntergrenzen. Beides sind getrennte Vorhaben.
- ▶ Ohne neu programmierte Abrechnungs- und Prüfungssoftware geht es nicht. Entsprechende Vorlaufzeiten sind einzuplanen.
- ▶ Der Zusammenhang zu Kosten und Leistungen im DRG-System ist so eng, dass beide Segmente im InEK entwickelt werden sollten („Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus“, fälschlich oft: „DRG-Institut“).

Mit der Bitte um Beachtung:

1. Die Vergütung der Pflegeleistungen sollte nicht nach dem Selbstkostendeckungsprinzip erfolgen.
2. Eine Doppelfinanzierung von Krankenhausleistungen im Pflegesegment einerseits und im DRG-Segment andererseits ist zu vermeiden.
3. Die Abgrenzung von Pflegeleistungen sollte eng sein und lediglich die Pflegeleistungen am Bett umfassen.
4. Entscheidend muss die Pflegeleistung sein. Es kommt nicht darauf an, dass das Geld in der Pflege ankommt, sondern darauf, dass die Pflege beim Patienten ankommt.
5. Die Fehler der Pflegestellenförderprogramme, bei denen jene Krankenhäuser belohnt wurden, die am stärksten Pflege abgebaut haben, sollten vermieden werden.

Gang der Handlung

1. KHSG–Umsetzung
2. DRG–Pflege–Split
3. Pflegepersonaluntergrenzen
4. Notfallversorgung
5. Fazit

Gesetzliche Aufgaben und Fristen des § 137i SGB V

| | Aufgabe | Frist | Konfliktlösung | Status |
|---|--|------------|------------------------------|--------|
| 1 | Zeitplan inkl. konkreter Zeitziele für die Entwicklung und Umsetzung der Vorgaben an BMG | 31.08.2017 | - | ✓ |
| 2 | Zwischenbericht an BMG | 31.01.2018 | - | ✓ |
| 3 | Festsetzung von Pflegepersonaluntergrenzen in pflegesensitiven Bereichen | 30.06.2018 | Ersatzvornahme durch das BMG | |
| 4 | Mehrkostenvereinbarung | - | Schiedsstelle auf Antrag | |
| 5 | Nachweisvereinbarung | 30.06.2018 | Automatische Schiedsstelle | |
| 6 | Vergütungsabschläge bei Nichteinhaltung | 30.06.2018 | Automatische Schiedsstelle | |
| 7 | Vereinbarung zur Übermittlung und Nutzung von Daten nach § 21 KHEntgG | 31.07.2018 | - | |
| 8 | Vereinbarung zur Überführung der Mittel des Pflegesonderprogramms in den Pflegezuschlag | 31.10.2018 | - | |
| 9 | Wissenschaftliche Evaluation inkl. Bericht an BMG und BT | 31.12.2022 | - | |

Vertragsparteien und beteiligte Organisationen



- ständiger fachlicher Austausch
- Teilnahme an den Sitzungen
- Übermittlung der fachlichen Unterlagen



- Konzept für 21er Datensatz
- Auswertungen

- Teilnahme an und Mitwirkung in den Beratungen
- Einbezug der Stellungnahmen in die Entscheidungsfindung



Zwischenbericht über den Stand der Umsetzung

- ▶ Wurde am 31.01.2018 an das BMG übermittelt.
- ▶ Abrufbar unter:

<https://www.gkv-spitzenverband.de/krankenversicherung/krankenhaeuser/pflegepersonaluntergrenzen/pflegepersonaluntergrenzen.jsp>



**Pflegepersonaluntergrenzen in
Krankenhäusern nach § 137i SGB V**

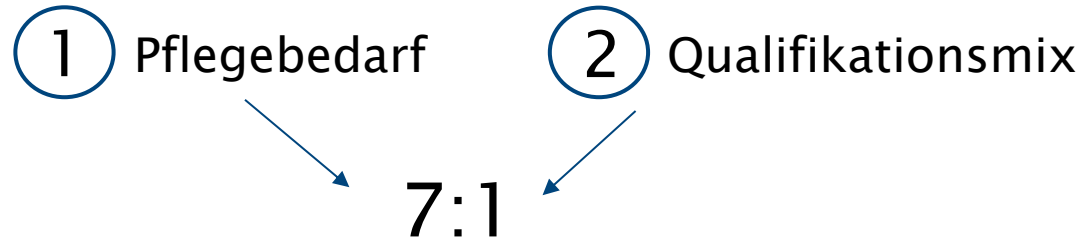
Zwischenbericht

des
GKV-Spitzenverbandes und der
Deutschen Krankenhausgesellschaft e.V. (DKG)

an das Bundesministerium für Gesundheit

Stand: 30.01.2018

Problemdimensionen



- ③ Zeitlich: je Schicht, Tag, Nacht ...
- ④ Organisatorisch: Bereich, Station, Fachabteilung
- ⑤ Grenze: Durchschnitt, Erfüllungsquote

Hauptproblem: Pflege ist eine empirische Wüste.

- ▶ Wir haben keinen Überblick über die Stationsbesetzung.
- ▶ Wir wissen nicht, wo und wann Fehler geschehen.
- ▶ Wir haben kaum deutsche Studien.

- ▶ ... Und trotzdem sollen wir binnen Jahresfrist Pflegepersonaluntergrenzen festlegen.

- ▶ Wir sollten versuchen, innerhalb eines Jahres die Datenlage zu verbessern.
- ▶ Wir sollten die Grundlagen schaffen, langfristig verlässliche Daten zu haben.

Ermittlung der tatsächlichen Personalausstattung

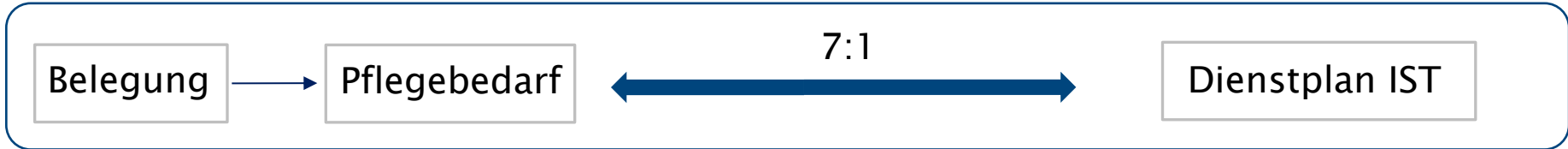
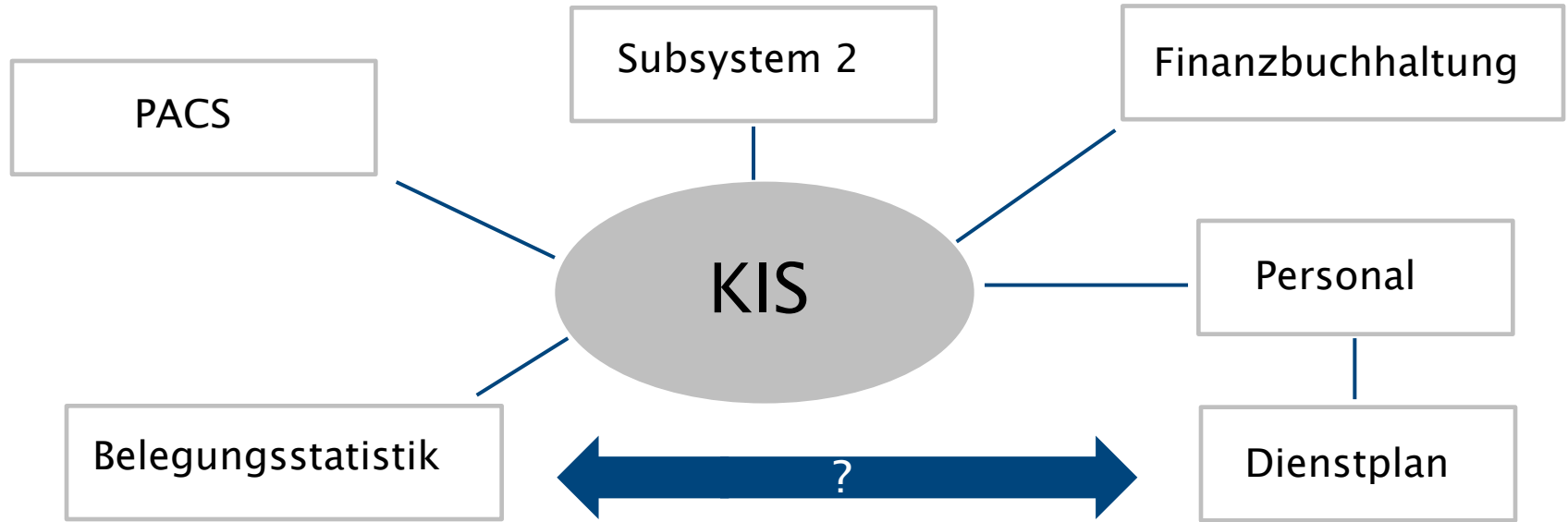
- ▶ Ziel: Datengrundlage zur Festlegung von Pflegepersonaluntergrenzen schaffen
- ▶ Öffentliche Ausschreibung ist erfolgt.
- ▶ Einigung zur empirischen Datenerhebung und Auswertung
 - Basis: repräsentative Stichprobe je pflegesensitiven Bereich (Abteilungsebene)
 - schichtgenau (Tag- /Nachtschicht) je Tag
 - ▶ Ist-Pflegepersonalbesetzung (VK) und Qualifikationsmix
 - ▶ Anzahl der Fälle zzgl. Pflegelast (DRGs, Zusatzentgelte und Verweildauer)
 - Zeitraum: acht Wochen (jeweils zwei Wochen je Quartal)
- ▶ 09.03.2018: Drei fristgerechte Angebote sind eingegangen.

Dienstpläne und Belegungspläne abgleichen!

Wer nicht monatlich die (pflegebedarfs-adjustierten) Personal-Patienten-Quoten für alle Stationen und Schichten überprüft, der hat seinen Laden nicht im Griff.

Merke: Nur schichtgenaue Einhaltung der Pflegepersonaluntergrenzen schützt den Patienten.

Dienstpläne und Belegungsstatistik



Identifikation pflegesensitiver Bereiche (1 / 2)

► Basis

- Auswertungen des Hamburg Center for Health Economics (hche-Gutachten)
- Auswertung zu pflege**intensiven** Bereichen (PKMS, Pflegegrade, Funktionseinschränkungen)
- Ermittlung pflegesensitiver Bereiche anhand von Qualitätsindikatoren der ESQS
- Auswertungen des Beschwerdemanagements der Kassen und der CIRS-Systeme
- Auswertungen zu Sterbehäufigkeiten

► Einigung auf sechs vorläufige Bereiche

- Geriatrie
- Neurologie
- Herzchirurgie
- Kardiologie (für Innere Medizin)
- Unfallchirurgie (für Allg. Chirurgie)
- Intensivmedizin

Identifikation pflegesensitiver Bereiche (2 / 2)

- ▶ Ergänzende Experteninterviews
- ▶ Befragung zielt auf
 - die Evaluation der benannten sechs pflegesensitiven Bereiche ab.
 - die Identifikation weiterer Bereiche ab, für die in einem zukünftigen Schritt Pflegepersonaluntergrenzen eingeführt werden könnten.
- ▶ Befragung von 75 Pflegeexperten durch IGES–Institut
- ▶ Geplante Übergabe des Abschlussberichts am 23.03.2018

Ermittlung der relativen Pflegelast (gleichbedeutend: relativer Pflegebedarf)

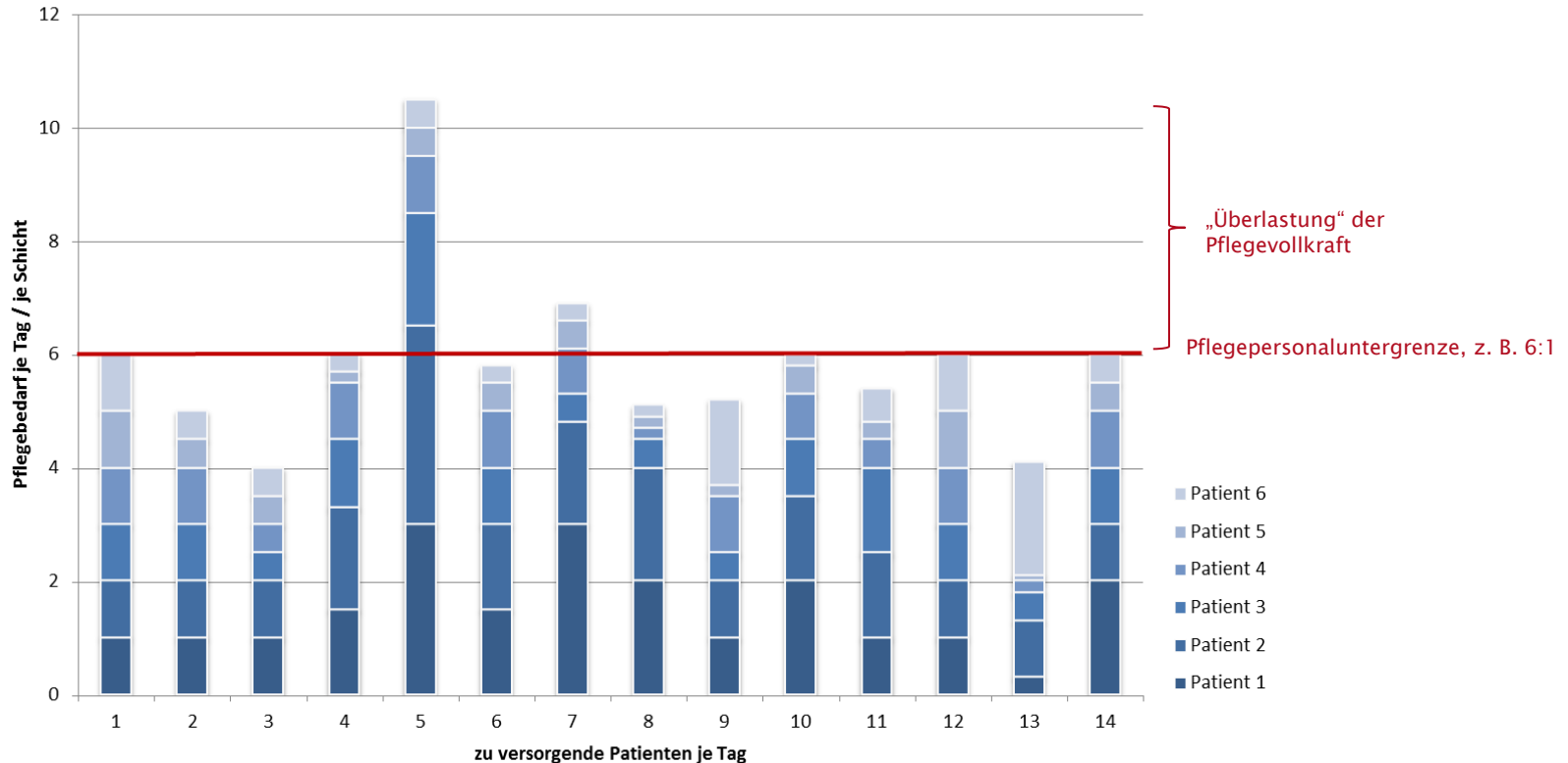
- ▶ Das InEK hat die sogenannten „Pflegerlast“ je Tag ermittelt (Präsentation am 12.03.2018).
- ▶ Die Berücksichtigung der Verweildauer führt zu „Pflegerlast je DRG je Verweildauertag“.
- ▶ Datengrundlage: Pflegemodul in der DRG-Kalkulation
- ▶ Pflegekostenrelevante Zusatzentgelte werden additiv berücksichtigt.
- ▶ Ergebnis:
 - Pflegerlast-Katalog analog zum G-DRG-Katalog
 - zwei Relativgewichte (Normal- und Intensivstation)

Auszug aus dem Pflegelast-Katalog (InEK)

| DRG | Parti-tion | DRG in Anlage 3a FPV | Bezeichnung | Bewertungs-relation/Tag Normalstation | Bewertungs-relation/Tag Intensivstation | Bewertungs-relation/Tag Normalstation Kinder | Bewertungs-relation/Tag Intensivstation Kinder |
|------|------------|----------------------|--|---------------------------------------|---|--|--|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 |
| A07F | O | | Beatmung > 999 Stunden ohne komplexe OR-Prozedur, ohne Polytrauma, Alter > 15 Jahre, ohne komplexe Diagnose, ohne komplizierende Konstellation, ohne intensivmedizinische Komplexbehandlung > 392 / 368 / 368 Aufwandspunkte, ohne Beatmung > 1799 Stunden | 0,0809 | 0,1486 | | |
| A13B | O | | Beatmung > 95 Stunden mit sehr komplexem Eingriff oder mit komplexer OR-Prozedur und komplizierender Konstellation oder mit best. OR-Proz. und kompliz. Konst., Alter < 16 Jahre od. mit intensivmed. Komplexbeh. > - / 1104 / 1104 Punkte und kompliz. Konst. | 0,0398 | 0,1760 | 0,0788 | 0,2042 |
| B70B | M | | Apoplexie mit neurologischer Komplexbehandlung des akuten Schlaganfalls, mehr als 72 Stunden, ohne komplizierende Diagnose oder mit komplexem zerebrovaskulären Vasospasmus oder intensivmedizinischer Komplexbehandlung > 196 / 184 / - Aufwandspunkte | 0,0299 | 0,0973 | | |
| F03E | O | | Herzklappeneingriff mit Herz-Lungen-Maschine, ohne kompliz. Konstellation, ohne Eingriff in tiefer Hypothermie, ohne IntK > 392 / 368 / - P., Alter > 15 J., mit Zweifacheingr. od. kompl. Eingriff od. bei Endokarditis od. bei angeb. Herzfehler | 0,0364 | 0,1359 | | |
| F49G | A | | Invasive kardiologische Diagnostik außer bei akutem Myokardinfarkt, ohne äußerst schwere CC, ohne IntK > 196 / 184 / 368 Aufwandspunkte, Alter > 14 Jahre, ohne kardiales Mapping, ohne schwere CC bei BT > 1, ohne komplexe Diagnose, ohne best. Eingr. | 0,0247 | 0,0826 | | |
| I41Z | A | | Geriatrische frührehabilitative Komplexbehandlung bei Krankheiten und Störungen an Muskel-Skelett-System und Bindegewebe | 0,0284 | 0,1041 | | |

Überblick zur taggenauen Ist-Abfrage

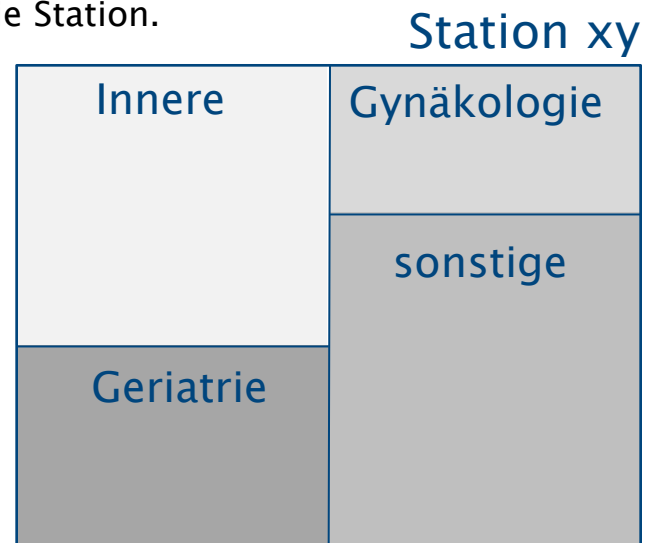
Variierende Pflegebedarfe (z. B. Frühschicht, 14 Tage)



Station statt Abteilung

- ▶ Abgrenzung der pflegesensitiven Bereiche
- ▶ Organisationseinheit für ärztliche Leistungen ist die Abteilung.
- ▶ Organisationseinheit für pflegerische Leistungen ist die Station.

- ▶ Problem: Krankenkassen erhalten bei Rechnungslegung lediglich Informationen zur Abteilung.



Qualifikationsmix der Pflegekräfte

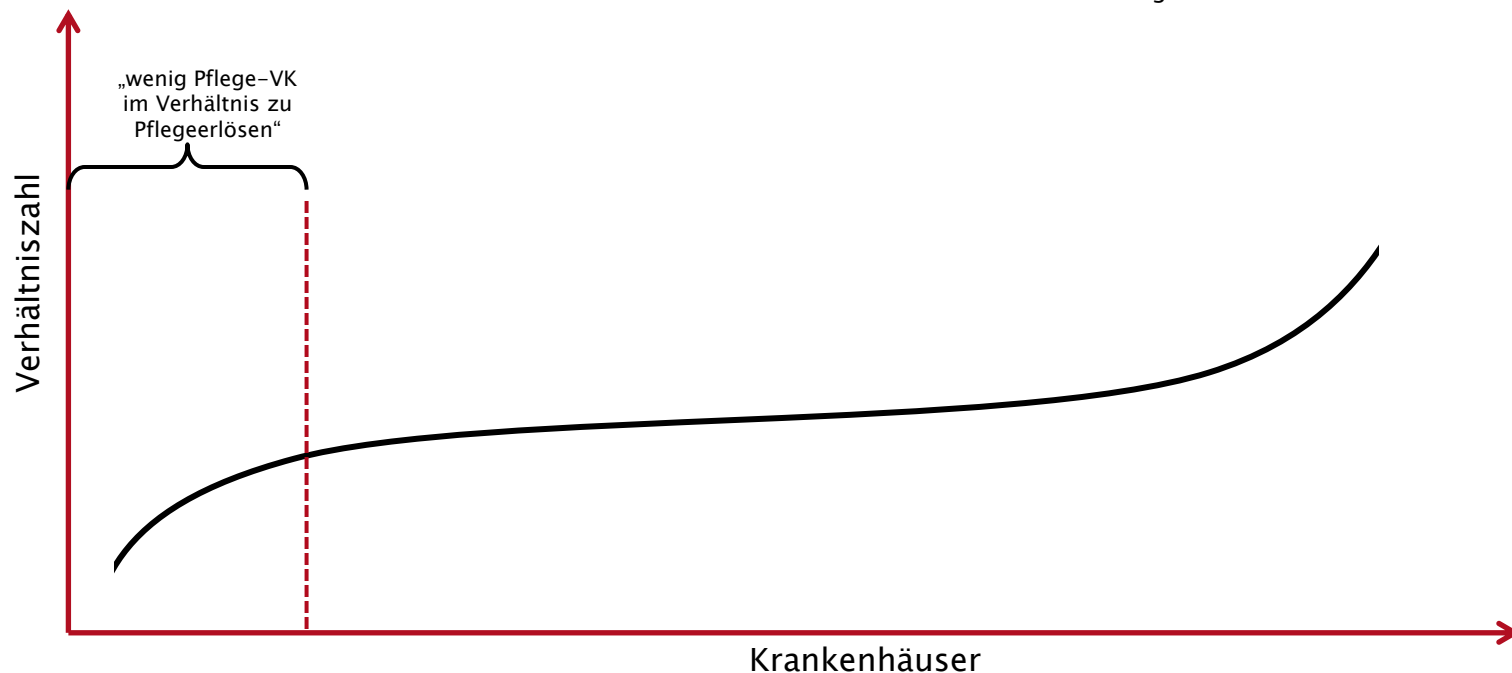
- ▶ Basis: „Pflege am Bett“
- ▶ Differenzierung zwischen „examiniert“ (dreijährige Ausbildung) und „nicht-examiniert“ (kürzere Ausbildungsdauer)
- ▶ Pflegekräfte, die für mehrere Stationen zuständig sind, werden als VK-Anteile berücksichtigt (Einzelverrechnung oder Schlüsselung).
- ▶ Streitpunkt: Berücksichtigung von pflegeentlastenden Maßnahmen
- ▶ GKV-Ansatz:
 - Orientierung am „Pflegedienst“ gemäß Gliederung des nicht-ärztlichen Personals des Statistischen Bundesamtes
 - Weitgehende Übereinstimmung mit KHBV

Interimslösung: Gesamthausansatz

- ▶ **Annahme**
 - Wer DRGs mit einem hohen Pflegeanteil erbringt, viel für Pflege erlöst und gleichzeitig wenig für Pflege ausgibt, gefährdet Patienten.
- ▶ **Pflegeausstattung**
 - VK im Durchschnitt über das gesamte Jahr
(entspricht einer examinierten Pflegekraft, keine reine Gehaltssteigerung)
- ▶ **Pflegeerlöse**
 - Anteil der Pflegeerlöse aus den DRG-Fallpauschalen und ZE eines Krankenhauses
(entspricht dem durchschnittlichen Pflegeaufwand eines Patienten [DRG-Browser] in Euro)
- ▶ **Bildung eines Quotienten aus Pflegevollkräften und Pflegeerlösen**
- ▶ **Alle Daten liegen (künftig) vor.**
 - VK in § 21 KHEntgG bzw. Pflegezuschlag, Erlöse aus DRG und ZE

Verhältnis der Zahl der Vollkräfte zur Pflegelast

$$\text{Verhältniszahl: } \frac{\text{Anzahl examinierte VK}}{\text{Pflegerlöse}}$$



Keine Pflegekräfte verfügbar? Da gibt es Lösungen!

Niederlande



16,7 Mio. Einwohner
Fläche: 41.500 Quadratkilometer

NRW



17,9 Mio. Einwohner
Fläche: 34.000 Quadratkilometer

Koalitionsvertrag vom 07.02.2018

„Den Auftrag an Kassen und Krankenhäuser, Personaluntergrenzen für pflegeintensive Bereiche festzulegen, werden wir dergestalt erweitern, dass in Krankenhäusern **derartige Untergrenzen nicht nur für pflegeintensive Bereiche, sondern für alle bettenführenden Abteilungen** eingeführt werden.“

Fristen und gesetzlicher Handlungsbedarf

- ▶ **Frist: 30.06.2018**
 - Ermittlung von Pflegepersonaluntergrenzen auf der Basis von empirischen Datenauswertungen unwahrscheinlich

- ▶ **Drei Gründe für eine schnelle Gesetzesänderung:**
 - Pflegepersonaluntergrenzen auf alle Bereiche ausweiten (Koalitionsvertrag)
 - Datenübermittlung zur Pflegepersonalausstattung und zur Pflegelast regeln
 - Ganzhausansatz als „Interimslösung“ gesetzlich verankern

Gang der Handlung

1. KHSG–Umsetzung
2. DRG–Pflege–Split
3. Pflegepersonaluntergrenzen
4. Notfallversorgung
5. Fazit

Positionspapier zur Neustrukturierung der Notfallversorgung

► Bereits bekannte Positionen von:

- KBV
- Länder
- MB
- DKG
- FES
- SVR



Gesundheitsministerkonferenz

Struktur: Positionspapier zur Neustrukturierung der Notfallversorgung



Spitzenverband

1. Notfallversorgung am Patienten orientieren
 2. Stationäres Notfallstufenkonzept als Basis der Neuordnung
 3. Notfallversorgung professionalisieren und konzentrieren
 4. Zentrale Notaufnahmen etablieren
 5. KV-Notdienstpraxen am Krankenhaus organisieren
 6. Triage und Steuerung in Versorgungsebenen
 7. Finanzierung der Krankenhausambulanzen überprüfen
 8. Qualitätsstandards für den Rettungsdienst einführen
 9. Gemeinsame Leitstellen etablieren
 10. Transparenz in der Notfallversorgung schaffen und Qualität steigern
- Motivation
- Krankenhaus
- Ambulant/
Stationär
- Rettungswesen

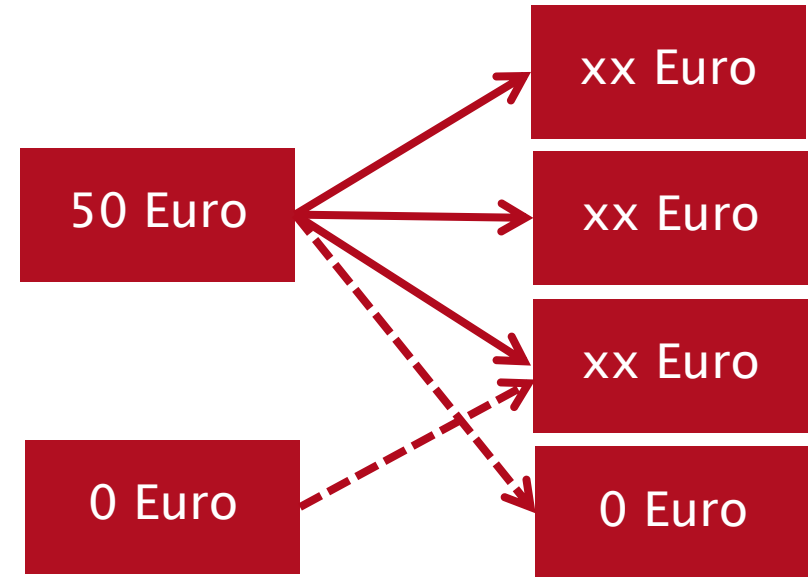


Umverteilung von Geld zwischen Krankenhäusern

▶ § 9 Abs. 1a Nr. 5 KHEntgG

„(1a) Die Vertragsparteien auf Bundesebene vereinbaren [...] bis zum 30. Juni 2018 die Höhe und die nähere Ausgestaltung der Zu- und Abschläge für eine Teilnahme oder Nichtteilnahme von Krankenhäusern an der Notfallversorgung [...].“

- ▶ Es gibt Krankenhäuser, die heute ungerechtfertigt einen Vorteil von 50 Euro je Fall erhalten, weil die 50-Euro-Regelung nicht bundesweit umgesetzt wird.



Budgetneutrale Umverteilung!

Notfallstufen

PsychVVG-Anpassung vom 10.11.2016



Spitzenverband

Module

Grundmodule

Kindernotfall- versorgung

Schwerverletzten- versorgung

Umfassende Notfallversorgung

Umfassende Notfall-
versorgung < 18 Jahre

Erweiterte Notfallversorgung

Erweiterte Notfallversorgung
< 18 Jahre

Überregionale
Traumazentren

Basisnotfallversorgung

Spezialversorgung (Kein Zu- und Abschlag!)

- Psychiatrische Krankenhäuser, Besondere Einrichtungen, Öffnungsklausel für Spezialversorger nach Krankenhausplanung

Keine Finanzierung von Vorhaltekosten für Teilnahme an der Notfallversorgung

Um ein Jahr verschoben +
Forschungsauftrag

Gerechtere Finanzierung der Vorhaltekosten!

- ▶ Es geht nicht um Zulassung, sondern um eine gerechtere Finanzierung von Vorhaltekosten.
- ▶ Es gibt eine akribisch überprüfte Folgenabschätzung unter Beteiligung der Bundesländer.
- ▶ Die „Notfall-Häuser“ gemäß GKV-Konzept versorgen schon heute 95 % aller Notfälle.

Zentrale Notfallaufnahme (ZNA) einrichten!



Spitzenverband

Patienten im Irrgarten der Notaufnahmen?

- ▶ Der Patient kann oft nicht selbst entscheiden, ob er ein internistischer oder ein chirurgischer Notfall ist.
- ▶ Die ZNA muss eine fachübergreifende Einheit mit eigenständiger, fachlich unabhängiger Leitung sein.



Quelle:

http://www.uniklinik-ulm.de/fileadmin/Zentrale_Seiten/Notfallnummern/Lageplaene/UK_Ulm_Lageplan_OE_01_2014-06-13_E5_V1_Notfall_Chirurgie.pdf

Mangelnde Qualifikation und Spezialisierung in Krankenhausambulanzen

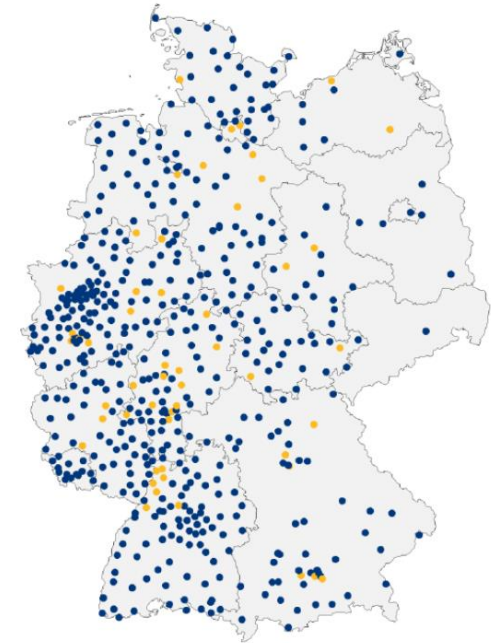
- ▶ Die Erreichbarkeit der Krankenhäuser ist in Deutschland kein Problem.
- ▶ Der Notfall beginnt, wenn man das Krankenhaus erreicht hat.
- ▶ Oft findet man überforderte Assistenzärzte in lebenskritischen Situationen vor.
- ▶ Andere Länder (z. B. Österreich) konzentrieren aus Qualitätsgründen die Notfallaufnahmen auf wenige Standorte.
 - Beispiel Herzinfarkt: In Wien gibt es 6 Notfallaufnahmen für Herzinfarkt (nachts 2), in Berlin 39.

Ambulant/Stationär: Notdienstpraxis am Krankenhaus

- ▶ Allgemeinärztliche Notdienstpraxen mit festem Standort
- ▶ Feste Anlaufstelle für die Versicherten im Notfall
- ▶ Die Notdienstpraxis am Krankenhaus ist das gängige Organisationsmodell.
- ▶ **Definition des Versorgungsauftrags der Notdienstpraxen notwendig!**

- = im oder am Krankenhaus
- = nicht im oder am Krankenhaus

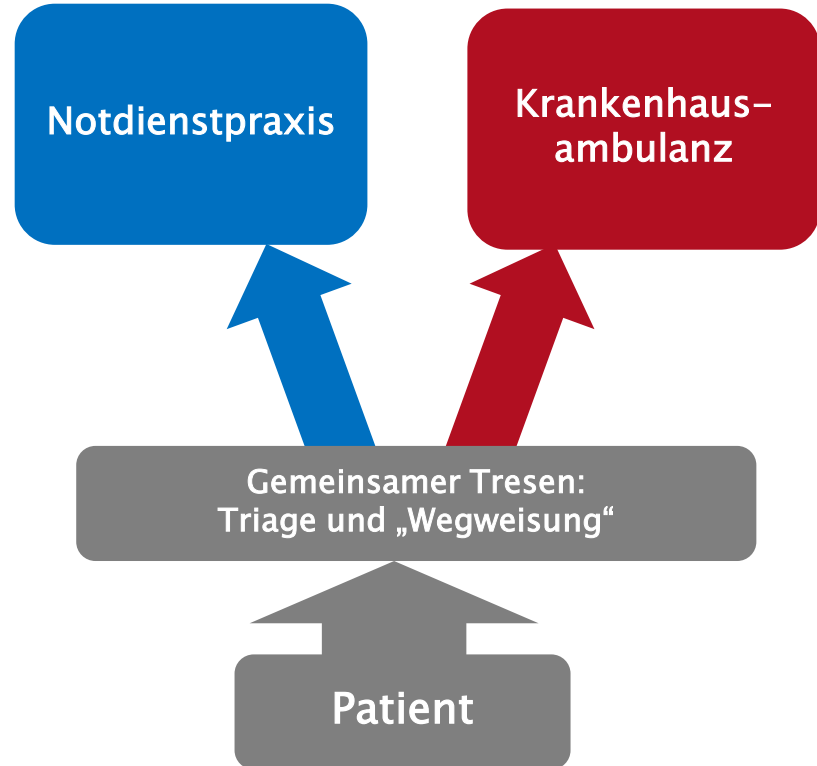
- Anzahl Praxen
- 489
 - 52



AQUA-Institut, eigene Recherche, Stand Juni 2016

Konsens: Gemeinsamer Triage

- ▶ Der Patient sollte rund um die Uhr im Notfall eine zentrale Anlaufstelle haben.
- ▶ Hier erfolgt die Ersteinschätzung der Behandlungsdringlichkeit und die „Wegweisung“ in die angemessene Versorgungsebene.



Koalitionsvertrag

– Krankenhäuser/Notfallversorgung

„Zur Verbesserung der Notfallversorgung wird eine gemeinsame Sicherstellung der Notfallversorgung von Landeskrankengesellschaften und Kassenärztlichen Vereinigungen in gemeinsamer Finanzierungsverantwortung geschaffen. Dazu sind Notfallleitstellen und integrierte Notfallzentren aufzubauen.“

Das Manchester-Triage-System

| DRINGLICHKEITSTUFEN IM MTS | | | | |
|----------------------------|----------------|--------|-------------|---|
| Ziffer | Name | Farbe | Max. Zeit | Kontrolleinschätzung spätestens nach |
| 1 | Sofort | Rot | 0 Minuten | |
| 2 | Sehr dringend | Orange | 10 Minuten | 10 Minuten |
| 3 | Dringend | Gelb | 30 Minuten | 30 Minuten |
| 4 | Normal | Grün | 90 Minuten | 90 Minuten |
| 5 | Nicht dringend | Blau | 120 Minuten | 120 Minuten |

Dringlichkeitsstufen im MTS mit Zeitwerten (angelehnt an das Deutsche Netzwerk Ersteinschätzung)

Wegweisung? Disposition? ... passendes Wort gesucht

- ▶ Triage beantwortet die Frage: „Wie schnell muss der Patient einen Arzt sehen?“
- ▶ Dann entscheidet der Arzt, ob der Patient
 - nach Hause geht,
 - in der Krankenhausambulanz behandelt wird,
 - in der KV-Notfallpraxis behandelt wird,
 - zu einem Facharzt überwiesen wird oder
 - stationär aufgenommen wird.
- ▶ Wie nennen wir diese „Wegweisung“?

IVENA eHealth

Bsp. Hessen, Kassel (Stadt und Kreis)

Notfallversorgung: Chirurgie – Herzchirurgie

IVENA eHealth - Interdisziplinärer Versorgungsnachweis

Anmelden | **Regelversorgung** | Impressum

Bitte wählen Sie eine Stadt oder einen Landkreis aus, der angezeigt werden soll:

Leitstelle Kassel

Bitte wählen Sie ein Fachgebiet:

Augenheilkunde | **Chirurgie** | Frauenheilkunde u. Geburtshilfe | Geriatrie | Hals-Nasen-Ohrenheilkunde | Haut- und Geschlechtskrankheiten | Hyperbare Medizin | Innere Medizin | Kinderheilkunde | Mund-Kiefer-Gesichtschirurgie | Neurochirurgie | Neurologie | Nuklearmedizin/Hämatologie

Psychiatrie und Psychotherapie | Psychotherapeutische Medizin | Urologie | Besondere Aufgaben | Diagnostik/Geräte | Landestellen für Rettungshubschrauber | Palliativ

Bitte wählen Sie einen Fachbereich:

Allgemein- und Viszeralchirurgie | Alterstraumatologie | Chir. IMC mit Beatmung | Chir. IMC ohne Beatmung | Chir. Intensiv mit Beatmung | Chir. Intensiv ohne Beatmung | Gefäßchirurgie | Handchirurgie | Herzchirurgie | Kinderchirurgie | Orthopädie | Plastische Chirurgie | Replantationschirurgie

Thoraxchirurgie | Traumatologisch Intensiv ohne Beatmung | Unfallchirurgie | Verbrennungschirurgie | Wirbelsäulenchirurgie

Bitte wählen Sie eine Behandlungsmöglichkeit:

Notfallversorgung | Stationäre Versorgung

Leitstelle Kassel

| | 06.00 | 07.00 | 08.00 | 09.00 | 10.00 | 11.00 | 12.00 | LFR | SR | Ru | CT | MRT | GEE | HHU | HS | HB | CIS | CB | TZ | SU | NIS | NIS | |
|-------------------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-----|----|----|----|-----|-----|-----|----|----|-----|----|----|----|-----|-----|--|
| Leitstelle Kassel | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Klinikum Kassel | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

Letzte Aktualisierung 29.03.2017 10:15:54 Uhr

Notfallversorgung: Innere Medizin – Allgemeine Innere Medizin

IVENA eHealth - Interdisziplinärer Versorgungsnachweis

Anmelden | **Regelversorgung** | Impressum

Bitte wählen Sie eine Stadt oder einen Landkreis aus, der angezeigt werden soll:

Leitstelle Kassel

Bitte wählen Sie ein Fachgebiet:

Augenheilkunde | Chirurgie | Frauenheilkunde u. Geburtshilfe | Geriatrie | Hals-Nasen-Ohrenheilkunde | Haut- und Geschlechtskrankheiten | Hyperbare Medizin | **Innere Medizin** | Kinderheilkunde | Mund-Kiefer-Gesichtschirurgie | Neurochirurgie | Neurologie | Nuklearmedizin/Hämatologie

Psychiatrie und Psychotherapie | Psychotherapeutische Medizin | Urologie | Besondere Aufgaben | Diagnostik/Geräte | Landestellen für Rettungshubschrauber | Palliativ

Bitte wählen Sie einen Fachbereich:

Allgemein- und Viszeralchirurgie | Chir. IMC mit Beatmung | Chir. IMC ohne Beatmung | Chir. Intensiv mit Beatmung | Chir. Intensiv ohne Beatmung | Gefäßchirurgie | Handchirurgie | Herzchirurgie | Kinderchirurgie | Orthopädie | Plastische Chirurgie | Replantationschirurgie

Thoraxchirurgie | Traumatologisch Intensiv ohne Beatmung | Unfallchirurgie | Verbrennungschirurgie | Wirbelsäulenchirurgie

Bitte wählen Sie eine Behandlungsmöglichkeit:

Notfallversorgung | Stationäre Versorgung

Leitstelle Kassel

| | 06.00 | 07.00 | 08.00 | 09.00 | 10.00 | 11.00 | 12.00 | LFR | SR | Ru | CT | MRT | GEE | HHU | HS | HB | CIS | CB | TZ | SU | NIS | NIS | |
|------------------------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-----|----|----|----|-----|-----|-----|----|----|-----|----|----|----|-----|-----|--|
| Leitstelle Kassel | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Diakonie Kliniken | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Elisabeth-Krankenhaus | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Klinik Lippoldenberg | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Klinikum Kassel | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Krankenhaus Hofgeismar | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Krankenhaus Wolfhagen | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Marienkrankenhaus | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Kloster Kreuz KHIS | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

Letzte Aktualisierung 29.03.2017 10:12:08 Uhr

Neustrukturierung der Notfallversorgung

- ▶ Notfallstufen schaffen: Basis, erweitert, umfassend
- ▶ Notfallaufnahmen konzentrieren
- ▶ Zentrale Notfallaufnahmen etablieren
- ▶ Gemeinsamen Tresen schaffen
- ▶ Navi- und Leitsysteme für Rettungsdienst bundesweit verpflichtend einführen

Achtung: Es geht nicht um das Überleben von Kliniken.
Es geht um das Überleben von Patienten.

Gang der Handlung

1. KHSG–Umsetzung
2. DRG–Pflege–Split
3. Pflegepersonaluntergrenzen
4. Notfallversorgung
5. Fazit

Fazit

1. Die Selbstverwaltung hat die KHSG–Umsetzung weitestgehend umgesetzt. Die Steigerung der Versorgungsqualität lässt noch auf sich warten.
2. Die Entscheidung für einen DRG–Pflege–Split ist wahrscheinlich eine Fehlentscheidung. Ein neues Vergütungssystem für die Pflege wird Zeit benötigen.
3. Die Pflege im Krankenhaus ist ein veritables Problem. Nur schichtgenaue Controllinginstrumente mit Berücksichtigung des Schweregrades schützen den Patienten. Der Start zum 01.01.2019 wird wohl nur mit einem Ganzhausansatz funktionieren.
4. Die Neustrukturierung der Notfallversorgung ist eine der großen, vieldimensionalen Aufgaben dieser Legislaturperiode. Es geht vor allem um neue Strukturen.

Vielen Dank für Ihre Aufmerksamkeit.

www.GKV-Spitzenverband.de

Wulf-Dietrich-Leber.de