

G-DRG-Systementwicklung

aus Sicht des
GKV-Spitzenverbandes

Deutscher Krankenhaustag
Düsseldorf, 13.11.2017

Dr. Wulf-Dietrich Leber
GKV-Spitzenverband

Gang der Handlung

1. KHSG–Umsetzung
2. Pflegepersonaluntergrenzen
3. Notfallversorgung
4. Krankenhauslandschaft
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: 10.11.2017

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: 10.11.2017

Gang der Handlung

1. KHSG–Umsetzung
2. Pflegepersonaluntergrenzen
3. Notfallversorgung
4. Krankenhauslandschaft
5. Fazit

Gesetz zur Modernisierung der epidemiologischen Überwachung übertragbarer Krankheiten (EpiModIfSG)

§ 137i SGB V

„Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen und die Deutsche Krankenhausgesellschaft legen im Benehmen mit dem Verband der Privaten Krankenversicherung **pflugesensitive Bereiche im Krankenhaus** fest, für die sie im Benehmen mit dem Verband der Privaten Krankenversicherung spätestens **bis zum 30. Juni 2018 mit Wirkung zum 1. Januar 2019 verbindliche Pflegepersonaluntergrenzen mit Wirkung für alle gemäß § 108 zugelassenen Krankenhäuser vereinbaren.**“

„In den pflegesensitiven Bereichen sind die **dazugehörigen Intensiveinheiten**, in begründeten Fällen auch Intensiveinheiten außerhalb von pflegesensitiven Krankenhausbereichen, sowie die **Besetzungen im Nachtdienst** zu berücksichtigen.“

„[...] geeignete Maßnahmen vorzusehen, um **Personalverlagerungseffekte** aus anderen Krankenhausbereichen **zu vermeiden.**“

„Sie bestimmen **notwendige Ausnahmetatbestände und Übergangsregelungen** sowie die Anforderungen an deren Nachweis.“

„Für den Fall der Nichteinhaltung bestimmen die Vertragsparteien [...] die Höhe und die nähere Ausgestaltung von **Vergütungsabschlägen**.“

„Der **Erfüllungsgrad** [...] ist in den Qualitätsberichten der Krankenhäuser [...] darzustellen.“

„Zur Unterstützung bei der Festlegung [...] können sie im Bedarfsfall fachlich unabhängige **wissenschaftliche Einrichtungen oder Sachverständige beauftragen**.“

Pflegepersonaluntergrenzen: Neue Aufgaben und Fristen

	Aufgabe	Frist	Konfliktlösung
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	Nachweisvereinbarung	30.06.2018	Automatische Schiedsstelle
5	Vergütungsabschläge bei Nichteinhaltung	30.06.2018	Automatische Schiedsstelle
6	Mehrkostenvereinbarung	–	Schiedsstelle auf Antrag
7	Vereinbarung zur Übermittlung und Nutzung von Daten nach § 21 KHEntgG	31.07.2018	–
8	Vereinbarung zur Überführung der Mittel des PSP 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



Gutachten-
beauftragung



- Konzept für 21er Datensatz
- Auswertungen



Beratungsergebnisse der Pflege-Expertenkommission

- ▶ Seit 2015 insgesamt fünf Beratungsrunden
- ▶ Abschlusspapier zu den Beratungsergebnissen vom 07.03.2017

- ▶ Überführung der Mittel des Pflegestellen-Förderprogramms
 - Erhöhung des Pflegezuschlags um den im letzten Förderjahr verausgabten Betrag (max. 330 Mio. Euro)
- ▶ Verbesserte Abbildung des erhöhten Pflegebedarfs
 - Berücksichtigung der Pflegegrade im DRG-System
- ▶ Festlegung von Pflegepersonaluntergrenzen in pflegesensitiven Bereichen
 - Kurzfristiger gesetzgeberischer Handlungsbedarf mit Wirkung zum 01.01.2019

- ▶ Gutachten von Prof. Dr. Schreyögg:

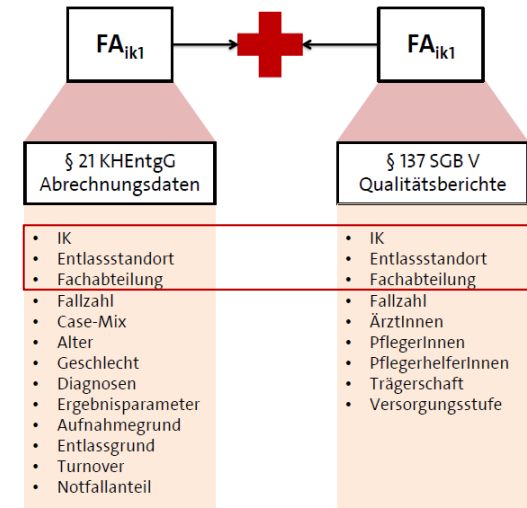
Expertise zur Ermittlung des Zusammenhangs zwischen Pflegeverhältniszahlen und pflegesensitiven Ergebnisparametern in Deutschland

hche | Hamburg Center
for Health Economics

im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit (BMG)

- ▶ Ziel: datenbasierte Ermittlung der Fachabteilungen, die besonders sensitiv für eine Unterbesetzung in der Pflege sind
- ▶ Datenbasis: Zusammenführung der Abrechnungsdaten der Krankenhäuser mit den Daten der Qualitätsberichte
- ▶ Methodenkritik, u. a. vom InEK

Abbildung 1: Zusammenführung der Datenquellen und deren Informationen



Pflegesensitive Ergebnisindikatoren (PSEI)



Spitzenverband

Nr.	Indikator	ICD-10-Kodierung	Wiss. Evidenz
1	Dekubitus	L89	Needleman et al., 2002; Cho et al., 2003; Mattke et al., 2004; Weissman et al., 2007; Carryer et al., 2010; Twigg, Gelder und Myers, 2015
2	Harntraktinfektion	N39.0 T83.5	Kovner et al., 2002; Needleman et al., 2002; Cho et al., 2003; Mattke et al., 2004; Weissman et al., 2007; Carryer et al., 2010; Twigg et al., 2011; Twigg, Gelder und Myers, 2015
3	Im Krankenhaus erworbene Pneumonie	U69.00	Kovner et al., 2002; Needleman et al., 2002; Cho et al., 2003; Mattke et al., 2004; Kane et al., 2007; Weissman et al., 2007; Carryer et al., 2010; Twigg, Gelder und Myers, 2015
4	Thrombose der Vene der Beine	I80.1; I80.2; I26.8; I26.9; I82.8	Kovner et al., 2002; Needleman et al., 2002; Carryer et al., 2010; Twigg et al., 2011; Twigg, Gelder und Myers, 2015
5	Geschwür, Gastritis, Gastrointestinale Blutung	K25-K25.3; K25.9; K26-K25.3; K26.9; K27-K27.3; K27.9; K28-K25.3; K28.9; K29.0; K29.1; K29.6; K22.8	Needleman et al., 2002; Mattke et al., 2004; Carryer et al., 2010; Twigg et al., 2011

Nr.	Indikator	ICD-10-Kodierung	Wiss. Evidenz
6	Sepsis	A40; A41; A49.9; A49; A49.9; R57.2; R65.0 – R65.3; R65.9	Needleman et al., 2002; Cho et al., 2003; Mattke et al., 2004; Kane et al., 2007; Weissman et al., 2007; Carryer et al., 2010
7	Schock/ Herzstillstand	I46.0; I46.1; I49.9; R09.2; R57.0; R57.1; R57.9; OPS8771	Needleman et al., 2002; Mattke et al., 2004; Kane et al., 2007; Carryer et al., 2010; Twigg et al., 2011; Twigg, Gelder und Myers, 2015
8	Komplikationen des zentralen Nervensystems	F05.9; F43.2; F43.9; F44.88; R40.1; R40.2	Needleman et al., 2002; Mattke et al., 2004; Carryer et al., 2010; Twigg et al., 2011; Twigg, Gelder und Myers, 2015
9	Infektion der Operationswunde	T79.3; T81.3; T81.4	Needleman et al., 2002; Cho et al., 2003; Carryer et al., 2010; Twigg et al., 2011; Twigg, Gelder und Myers, 2015
10	Lungenversagen	J18.2; J95.1; J95.2; J96.0; J80	Kovner et al., 2002; Needleman et al., 2002; Kane et al., 2007; Weissman et al., 2007; Carryer et al., 2010; Twigg et al., 2011; Twigg, Gelder und Myers, 2015
11	Physiologische/metabolische Entgleisung	E11.10; E11.11; E10.10; E10.11; E86; E87.0- E87.8; T81.1; R34	Needleman et al., 2002; Carryer et al., 2010; Twigg et al., 2011; Twigg, Gelder und Myers, 2015
12	Mortalität	Entlassgrund 07/079 ¹	Needleman et al., 2002; Kane et al., 2007; Aiken et al., 2002 & 2003 & 2014

Übersicht zu den signifikanten PSEIs in den Fachabteilungen



Spitzenverband

FA	PSEI1	PSEI2	PSEI3	PSEI4	PSEI5	PSEI6	PSEI7	PSEI8	PSEI9	PSEI10	Mort.
100 (Innere)	*		**	***	***	***	***	***	***	***	**
200 (Geriat.)	**	***		***	***	***	**		***	**	***
500 (Häma.)						**					*
700 (Gastro.)	**					*					*
1500 (Allg. C.)			*	**	**	***	***		***	**	***
1600 (Unfallc.)	*				***						**
1700 (Neuroc.)								*	*		
1800 (Gefäßc.)	*				*			*			
2100 (Herzc.)		*		***			**				**
2200 (Urol.)		***			*				***		
2300 (Ortho.)							*	**		***	
2800 (Neuro.)	**				***	***	***	***	***	**	***
3300 (Strahl.)				**	**	*	*		***		
3400 (Derma.)	**		***	**	**	*	**		***	***	**
3500 (Zahnh.)	*				***	**	*	*	*	**	**

- ▶ In **15 von 28** Fachabteilungen bestehen signifikante Zusammenhänge zwischen der Pflegepersonalausstattung und dem Auftreten unerwünschter Ereignisse (z. B. Dekubitus, Infektionen).
- ▶ Ermittlung **unterer Grenzen** für die Personalbelastungsziffer (Dezil-, Quartilsgrenzen)
- ▶ Schätzung des personellen Mehrbedarfs und der Verbesserungen in den PSEIs

Legende:

*** p<0.001 (Sicherheit von 99,9%), ** p<0.01 (Sicherheit von 99%), * p<0.05. Nicht signifikante Werte sind als rotes Feld gekennzeichnet.

Grenzwertfestlegung in unterschiedlichen Gremien

- ▶ Gemeinsamer Bundesausschuss
 - Psychiatrie
 - Frühgeborene (NICU)
 - Intensiv Kinder

- ▶ GKV – DKG
 - pflegesensitive Bereiche

- ▶ DIMDI
 - Komplexcodes

- ▶ Stationäre Pflege: Anhaltszahlen nach § 113c SGB XI

GKV-Position: Personalvorgaben für qualitätskritische Pflegebereiche

- ▶ Die Cockpit-Metapher:

Man erhöht die Sicherheit im Luftverkehr nicht dadurch, dass man den Fluggesellschaften Millionenbeträge zuschustert. Man erhöht sie auch nicht, indem man den Unternehmen eine Beschäftigungsgesamtzahl vorschreibt.

Aber dass, wann immer eine Maschine abhebt, ein Copilot im Cockpit sitzt, hat etwas Beruhigendes.

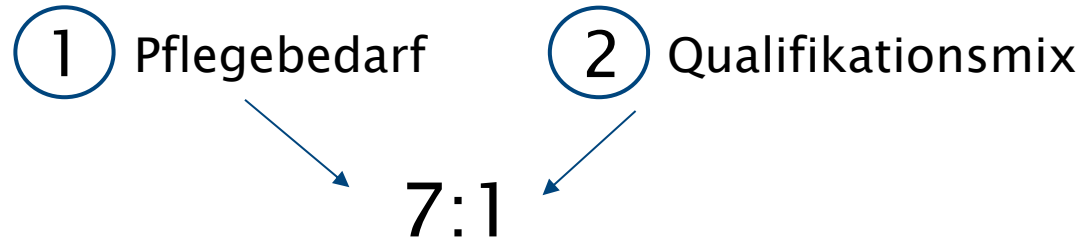
Hauptproblem: Pflege ist eine empirische Wüste.

- ▶ 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.

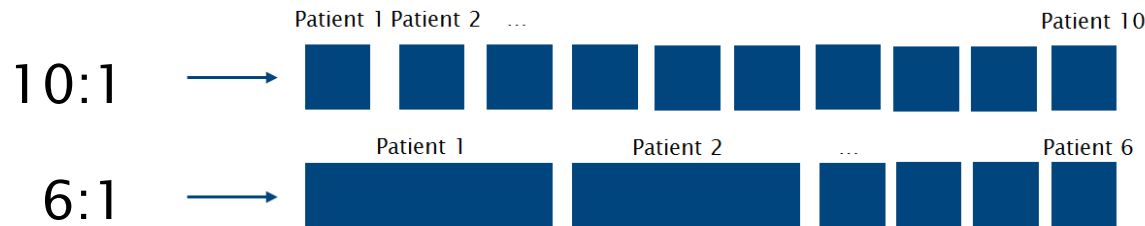
Problemdimensionen



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

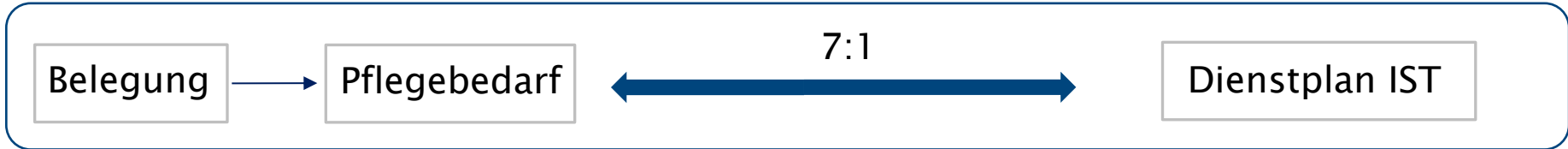
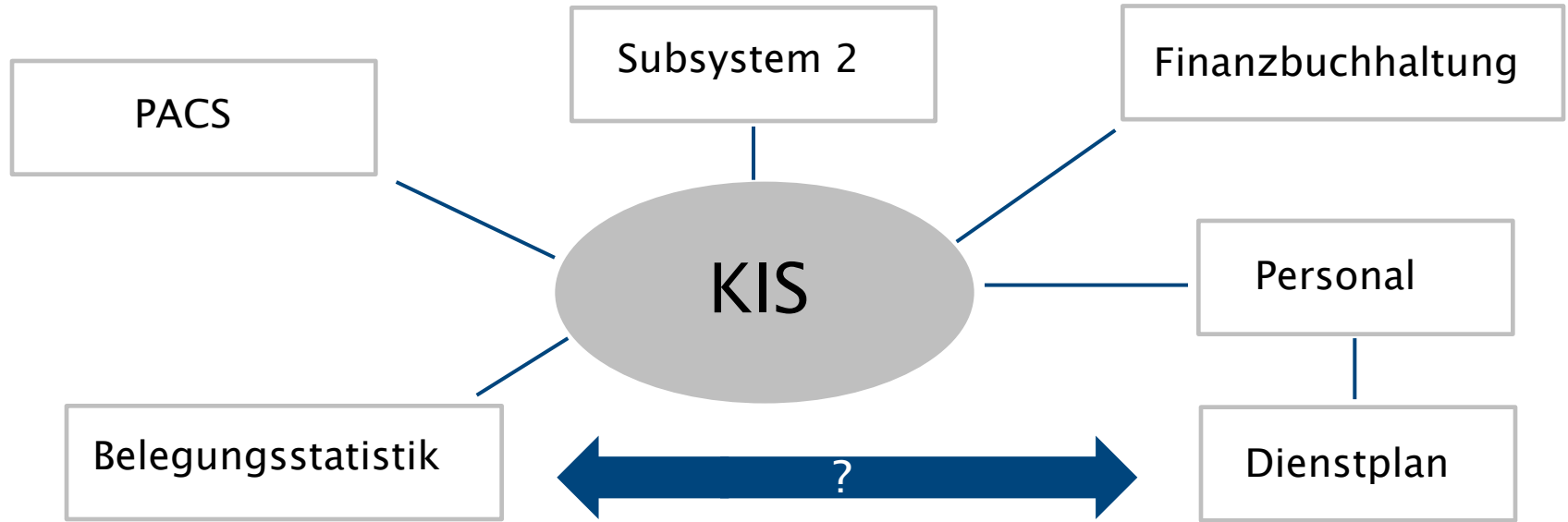
Pflegebedarfsgrouper

1. Patienten haben unterschiedlichen Pflegebedarf. Wenn man Stationen mit unterschiedlichen Patienten vergleichen will, muss man Pflegeäquivalenz schaffen.
2. Patienten müssen mit gewichtetem Pflegebedarf in die Berechnung eingehen.
3. Psych-PV, PPR, LEP sind solche Gewichtungsansätze.
4. Wenn man nicht alle Patienten bundesweit eingruppiert will, dann muss der Pflegebedarf aus den § 21er-Daten mit einem Pflegebedarfsgrouper ermittelt werden.
5. Eine erste Version des Pflegebedarfsgroupers kann binnen Monaten gelingen.



*Erhöhter Pflegebedarf, z. B. durch
Pflegegrad 5 + frisch operiert*

Dienstpläne und Belegungsstatistik



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.

Übermittlung von Dienst- und Belegungsplänen

1. Wer Pflegepersonaluntergrenzen verantwortlich festlegen will, benötigt zumindest eine repräsentative Stichprobe von Dienstplänen mit Personalbesetzung je Schicht und Station.
2. Ein weiterer Blindflug wie bei NICU darf nicht passieren.
3. Zunächst reicht – wie bei der DRG-Kalkulation – eine freiwillige Teilnahme; mittelfristig wird man eine verpflichtende Übermittlung benötigen.

Nationale Sammlung von Dienst- und Belegungsplänen (GKV-Vorschlag)

Analysen zu
pflegesensitiven Abteilungen



Entwicklung –
Pflegebedarfsgrupper



DTA – Dienst- und Belegungspläne



Datenauswertung – Dienst- und Belegungspläne



30.06.2018



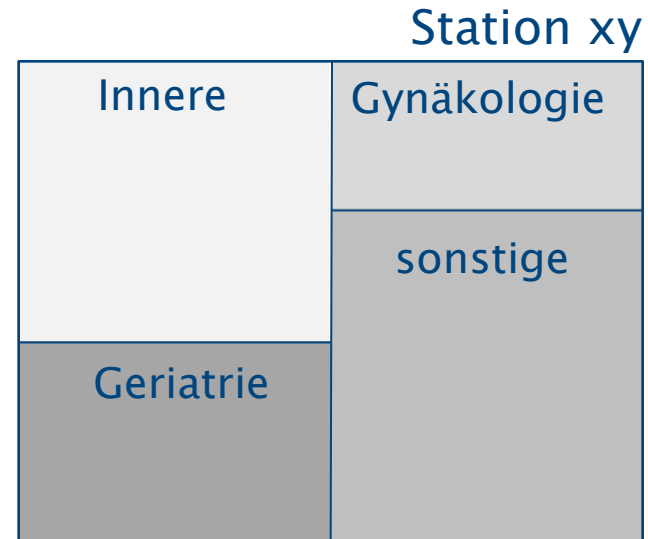
2. Halbjahr 2017

1. Halbjahr 2018

Interdisziplinäre Stationsbesetzung

- ▶ Es gibt einen Trend, Stationen fachabteilungsübergreifend zu belegen.
- ▶ Dann sind Pflegepersonaluntergrenzen nach Fachabteilungen nicht mehr sinnvoll (Residualproblem).
- ▶ Pflegepersonaluntergrenzen nach Organisationseinheiten (Stationen)?

7:1
?



Auswahl der pflegesensitiven Bereiche

1. Gutachten von Prof. Dr. Schreyögg
2. Delphi-Umfragen
3. Beschwerdemanagement, CIRS, ...
4. InEK: Auswertungen der 21er-Daten zu Fachabteilungen mit hohen Pflegebedarfen
5. IQTIG-Recherche in den ESQS-Daten:
 - Qualitätsindikatoren mit hohem Pflegeanteil (pflegesensitive Indikatoren)
 - Abteilungsspezifische Zuordnung dieser Indikatoren?

Nachweispflichten

- ▶ Vorbild: Regelung 1:1 in der Richtlinie Früh- und Reifgeborene
- ▶ Musterformular (QFR-RL):

„Anlage 5: Musterformular/Dokumentationshilfe zur schichtbezogenen Dokumentation von Fallzahl und Personaleinsatz auf der NICU

Datum	Schicht-Nr.	GKiKP insgesamt*	Anzahl Frühgeborene mit Geburtsgewicht <1500g		Personaleinsatz für Frühgeborene mit Geburtsgewicht <1500g		Personalschlüssel erfüllt**		Anzahl weitere Patienten versorgt durch die GKiKP			
			IT	IÜ	Nach QFR-RL rechnerisch benötigte GKiKP*	Tatsächlich eingesetzte GKiKP*	Ja / nein	IT	IÜ	Andere	Tatsächlich eingesetzte GKiKP*	
Pflegeschlüssel			1:1	1:2								
01.01.2017	1											
	2											
	3											

GKV-Positionen

1. Datenlage verbessern
2. Nachhaltigen Prozess anstoßen
3. Unterschiedliche Pflegebedarfe berücksichtigen
4. Dienst- und Belegungspläne abgleichen
5. Pflegesensitive Bereiche fundiert identifizieren
6. Grenzwertfestlegung gemäß Perzentil-Ansatz
7. Nachweispflichten klar regeln
8. Nichts Konsequenzenloses vereinbaren

Gang der Handlung

1. KHSG–Umsetzung
2. Pflegepersonaluntergrenzen
3. Notfallversorgung
4. Krankenhauslandschaft
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

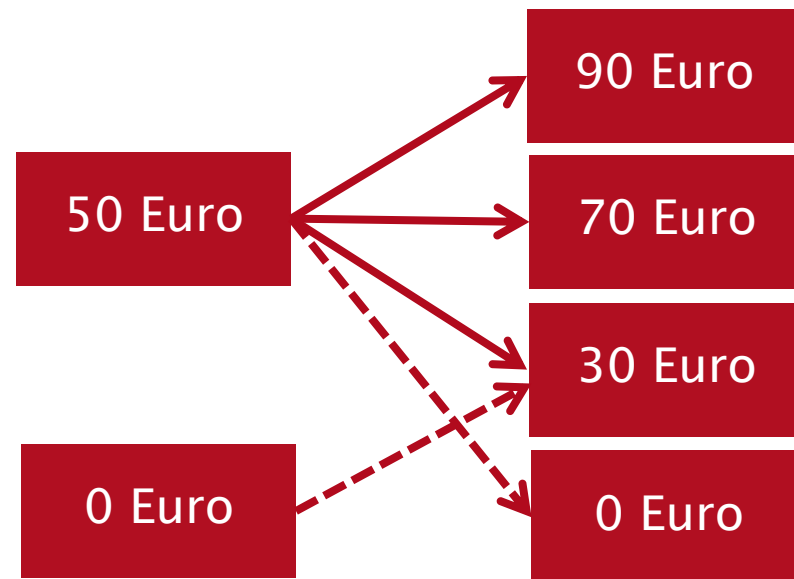
1. Notfallversorgung am Patienten orientieren
 2. Stationäres Notfallstufenkonzept als Basis der Neuordnung
 3. Notfallversorgung professionalisieren und konzentrieren
 4. Zentrale Notaufnahmen etablieren
 5. KV-Notdienstpraxen am Krankenhaus organisieren
 6. Triage und Steuerung in Versorgungsebenen
 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

- ▶ Es geht nicht um die Zulassung von Krankenhäusern zur Notfallversorgung, sondern um die Entwicklung eines Zuschlagsmodells.
- ▶ § 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.

Fiktive Werte



Budgetneutrale Umverteilung!

Notfallstufen

PsychVVG-Anpassung vom 10.11.2016



Spitzenverband

Module

Grundmodell

Kindernotfall- versorgung

Schwerverletzten- versorgung

Umfassende Notfallversorgung

Umfassende Notfall-
versorgung < 18 Jahre

Erweiterte Notfallversorgung

Erweiterte Notfallversorgung
< 18 Jahre

Überregionale
Traumazentren

Basisnotfallversorgung

Basisnotfall-
versorgung
< 18 Jahre

Spezialversorgung (Kein Zu- und Abschlag!)

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

Keine Finanzierung von Vorhaltekosten für Teilnahme an der Notfallversorgung

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

Wer macht heute stationäre Notfallversorgung?

▶ Zielgröße

Teilnehmer/Nichtteilnehmer:

- Anteil der Krankenhäuser mit Zentraler Notaufnahme: ca. 70 % (DKI)
- Anteil der Krankenhäuser mit Intensivbetten: ca. 60 % (Destatis)
- Anteil der Krankenhäuser mit Abrechnung ambulanter Notfälle gegenüber der KV: 70 % (EFN)
- Anteil der Krankenhäuser als Notfallversorger in Hessen: 60 % (Krankenhausplanung)

▶ Die Zahl der Teilnehmer liegt zwischen 60 und 70 %.

Diese Tabelle bezieht sich auf:

Jahr: 2016, Region: Deutschland

Krankenhausmerkmale	Krankenhausmerkmale	
	Gesamtzahl der Krankenhäuser	Krankenhäuser mit Betten zur intensivmedizinischen Versorgung
🛡️ Krankenhäuser insgesamt ...	1.951	1.172
➤ ... nach der Bettenzahl		
➤ ... nach der Trägerschaft		
🛡️ Allgemeine Krankenhäuser ... Info	1.607	1.152
darunter: Reine Belegkrankenhäuser	103	3
➤ ... nach der Bettenzahl		
➤ ... nach der Trägerschaft		
➤ ... nach der Art der Zulassung		
➤ Sonstige Krankenhäuser ... Info	344	20
nachrichtlich: Bundeswehrkrankenhäuser Info	5	5

60 %

Die Tabelle wurde am 26.10.2017 16:41 Uhr unter www.gbe-bund.de erstellt.

Basisnotfallversorgung

Mindestanforderungen an die Notfallteilnahme

Zu jeder Zeit (24/7) verfügbar:

- ▶ Zentrale Notaufnahme (Übergangsfrist 5 Jahre)
- ▶ Fachabteilungen: Innere Medizin, Chirurgie und Anästhesiologie
- ▶ Personalanforderungen:
 - Es ist jeweils ein Facharzt im Bereich Innere Medizin, Chirurgie und Anästhesie innerhalb von maximal 30 Minuten am Patienten.
 - Die Chirurgie verfügt über unfallchirurgische und viszeralchirurgische Kompetenz.
- ▶ Das Krankenhaus hält eine Intensivstation vor.
- ▶ Medizinisch-technische Ausstattung: Schockraum und computertomografische Bildgebung (CT)

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

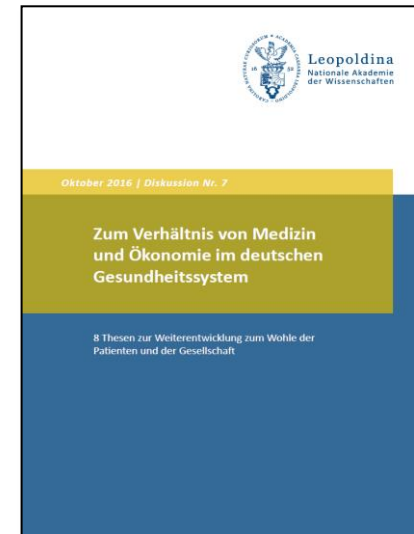
Mangelnde Qualifikation und Spezialisierung in KH-Ambulanzen

- ▶ Die Erreichbarkeit der Krankenhäuser ist in Deutschland kein Problem.
- ▶ Der Notfall beginnt, wenn man das Krankenhaus erreicht hat.
- ▶ Oft überforderte Assistenzärzte in lebenskritischen Situationen.
- ▶ 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.

Leopoldina–Thesen zur Weiterentwicklung des Gesundheitssystems

Auszug:

„Hätte Deutschland die Krankenhausstruktur von Dänemark mit einem Krankenhaus pro 250.000 Einwohner, wären es bei uns 330 – und alle mit CT, MRT (Magnetresonanztomographie) und Fachärzten für Innere Medizin/Kardiologie, Allgemeinchirurgie, Unfallchirurgie und Anästhesie/Intensivmedizin, die rund um die Uhr und an allen Tagen der Woche verfügbar sind.“



Notfallambulanzen

Gesetzgeberische Maßnahmen

GKV-VSG

GKV-Versorgungsstärkungsgesetz

▶ **Ambulant:**

- Kannregelung zur Kooperation zwischen KVen und Krankenhäusern wird zur Sollregelung.

KHSG

Krankenhausstrukturgesetz

▶ **Stationär:**

- G-BA-Richtlinie für eine gestufte stationäre Notfallversorgung (Strukturanforderungen) bis Ende 2016
- Vergütungsvereinbarung auf Basis der G-BA-Richtlinie bis Mitte 2017

▶ **Ambulant**

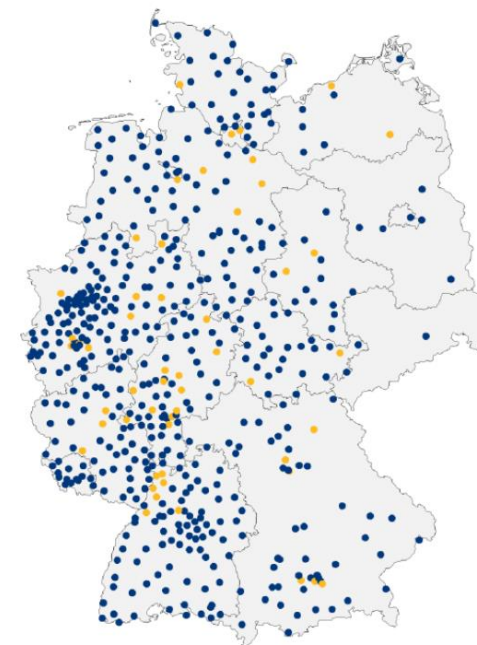
- KVen müssen entweder Portalpraxen an/in Krankenhäusern betreiben oder Notfallambulanzen der Krankenhäuser einbinden.
- Ergänztter Bewertungsausschuss (GKV-Spitzenverband, KBV und DKG) ist künftig für Vergütung zuständig.

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!**

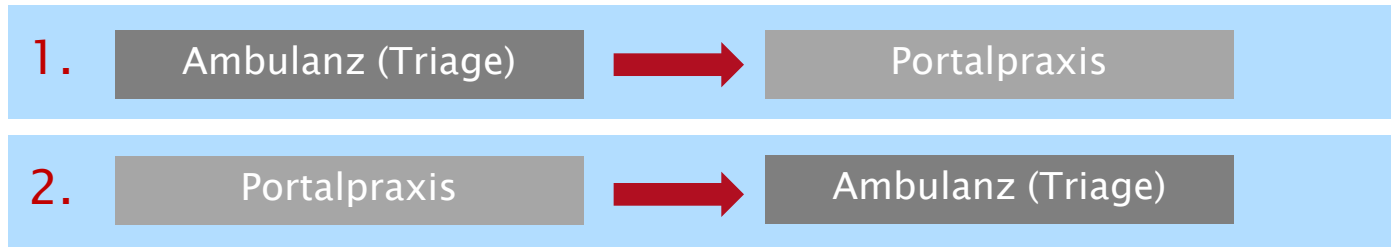
- = im oder am Krankenhaus
- = nicht im oder am Krankenhaus

- Anzahl Praxen
- 489
 - 52

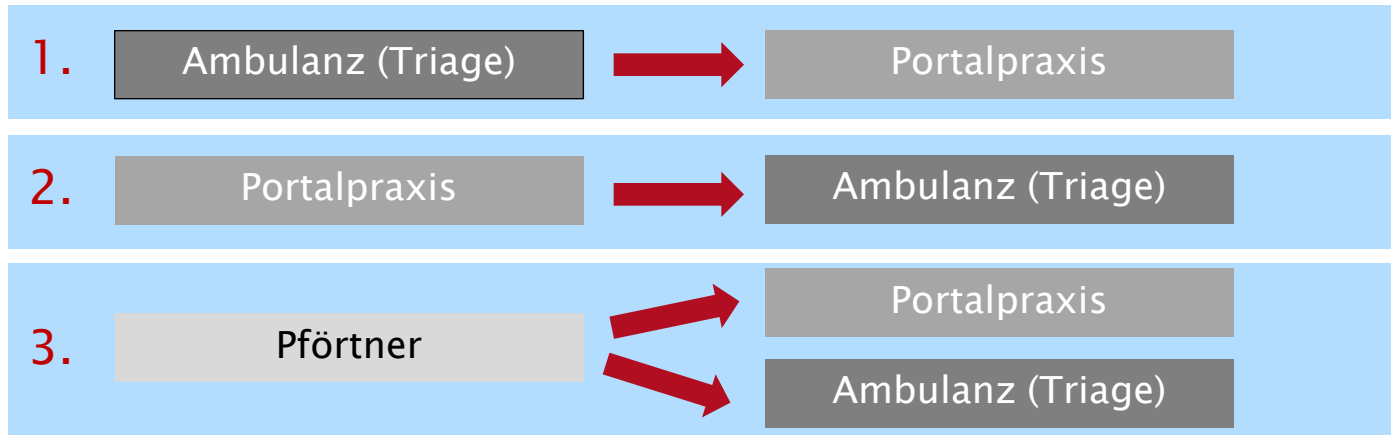


AQUA-Institut, eigene Recherche, Stand Juni 2016

KV-Notdienstpraxen am Krankenhaus

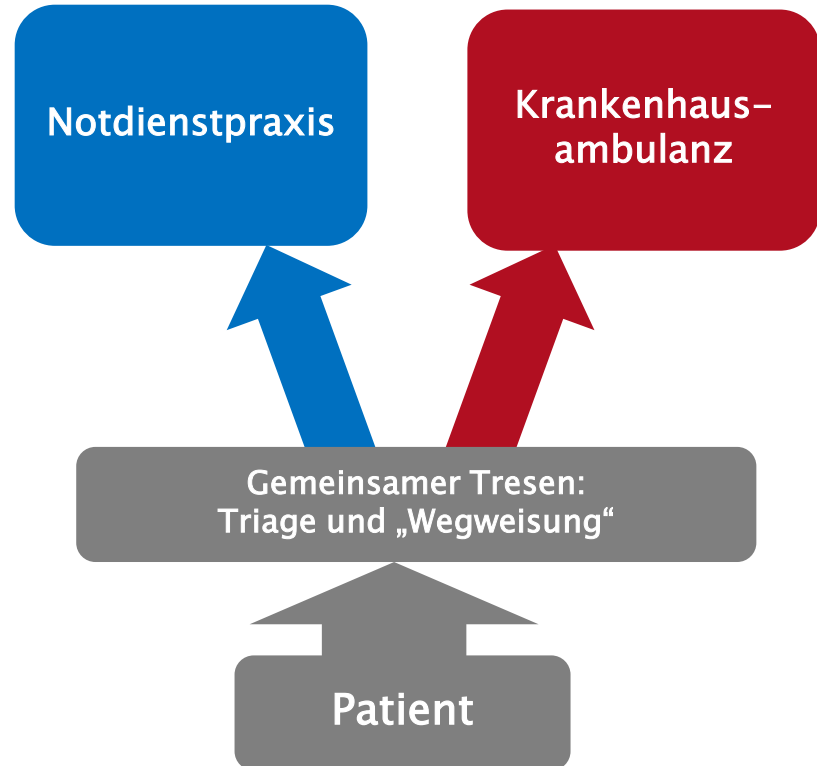


Entscheidung an der Pforte



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.



Das Manchester-Triage-System

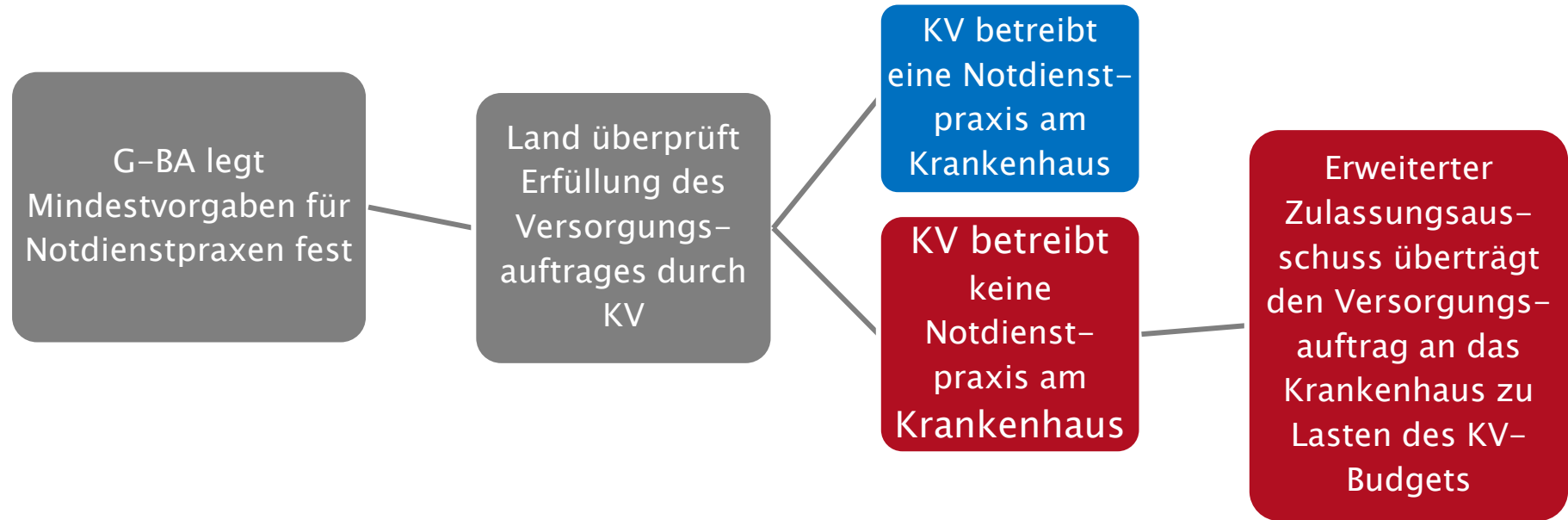
DRINGLICKEITSTUFEN IM MTS				
Ziffer	Name	Farbe	Max. Zeit	Kontrolleinschätzung spätestens nach
1	Sofort	Rot	0 Minuten	
2	Sehr dringend	Orange	10 Minuten	10 Minuten
3	Dringend	Gelb	30 Minuten	30 Minuten
4	Normal	Grün	90 Minuten	90 Minuten
5	Nicht dringend	Blau	120 Minuten	120 Minuten

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“?

... und wenn die KV-Notfallpraxen nicht entstehen?



... und was passiert, wenn sich das Krankenhaus weigert?

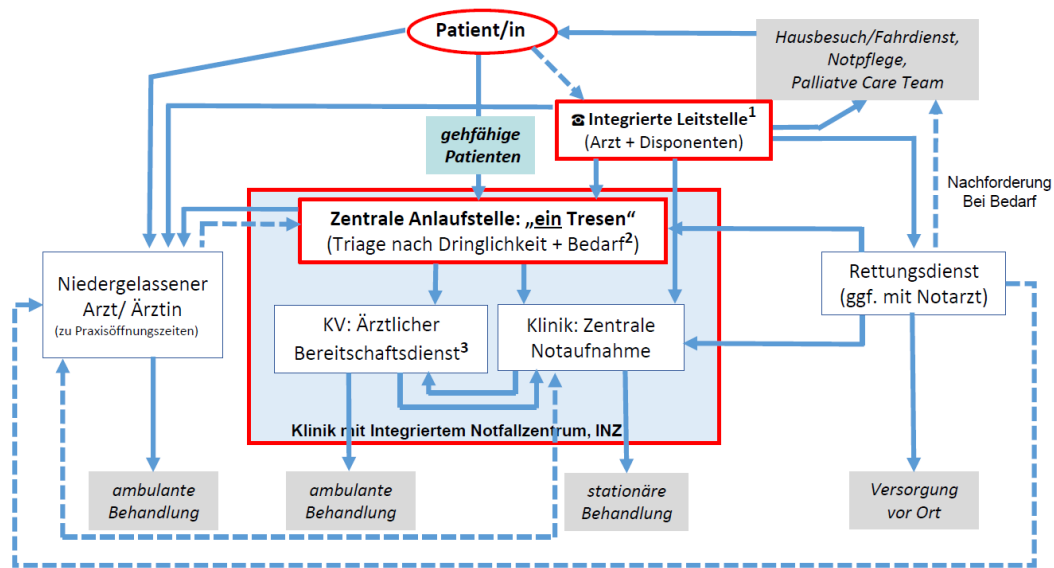
Notfallvergütung

- ▶ Die Vergütung ambulanter Notfalleistungen ist Teil der kassenärztlichen Gesamtvergütung.
 - ▶ Möglicherweise gibt es künftig eine Direktvergütung für Krankenhäuser.
 - ▶ Direktvergütung heißt nicht unbedingt Abkehr vom EBM. Ergänzung des EBM?
 - ▶ Alternative: Neue vorstationäre Gebührenordnung?
-
- ▶ Achtung: Keine Vergütung von Akquise!

Modell SVR: „Dritter Sektor“



Integrierte Notfallversorgung (Entwurf)

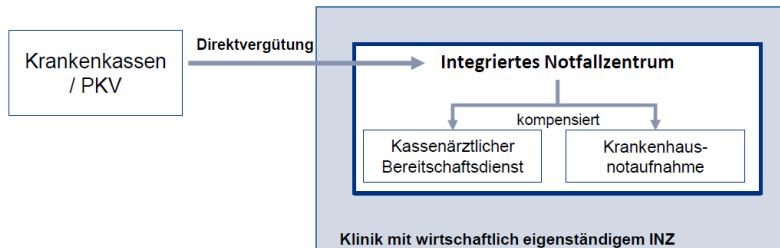


Integriertes Notfallzentrum (INZ):

- ▶ eigene Organisation, aus dem Krankenhaus herausgelöst
- ▶ KV übernimmt die Verantwortung für die ambulante und stationäre Notfallversorgung
- ▶ Zugang ins Krankenhaus nur über INZ
- ▶ Motiv: KV hat keinen Anreiz für ökonomisch motivierte Krankenhausaufnahmen
- ▶ **Sektorintegration vs. neue Schnittstellen?**

Neue Vergütung für Krankenhausambulanzen?

- **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

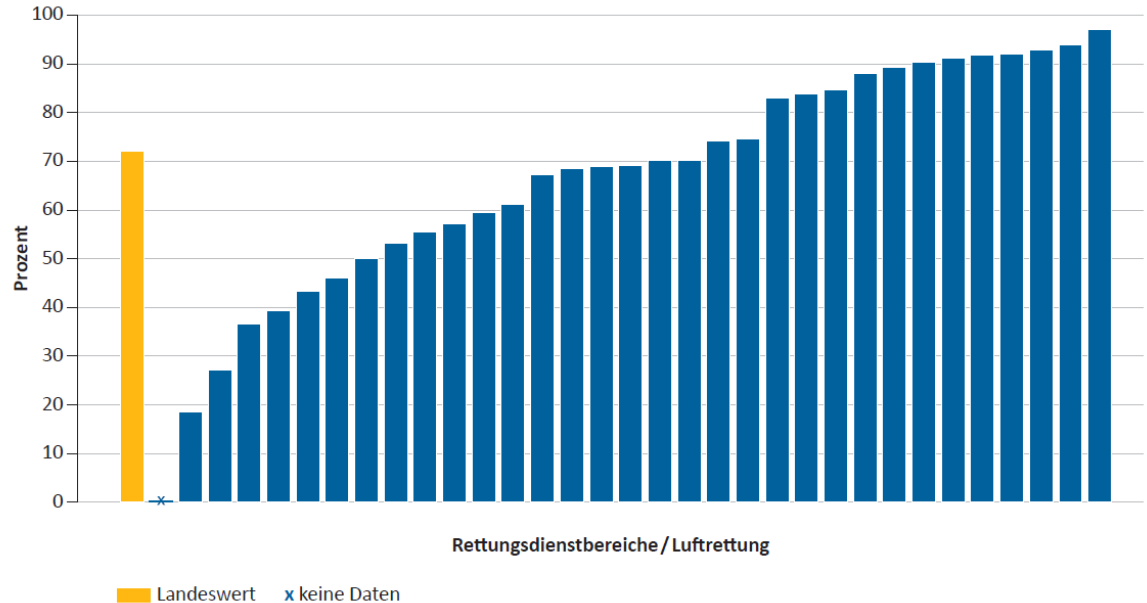


Integriertes Notfallzentrum (INZ):

- ▶ eigene Organisation
- ▶ eigenes Budget
- ▶ Direktfinanzierung durch die Krankenkassen
- ▶ geplant durch das Land
- ▶ **GKV-Position:**
Erst Planungsversagen der Länder, jetzt neue Aufgaben?
- ▶ **Zur Organisation eines gemeinsamen Tresens braucht man keine neue Institution.**

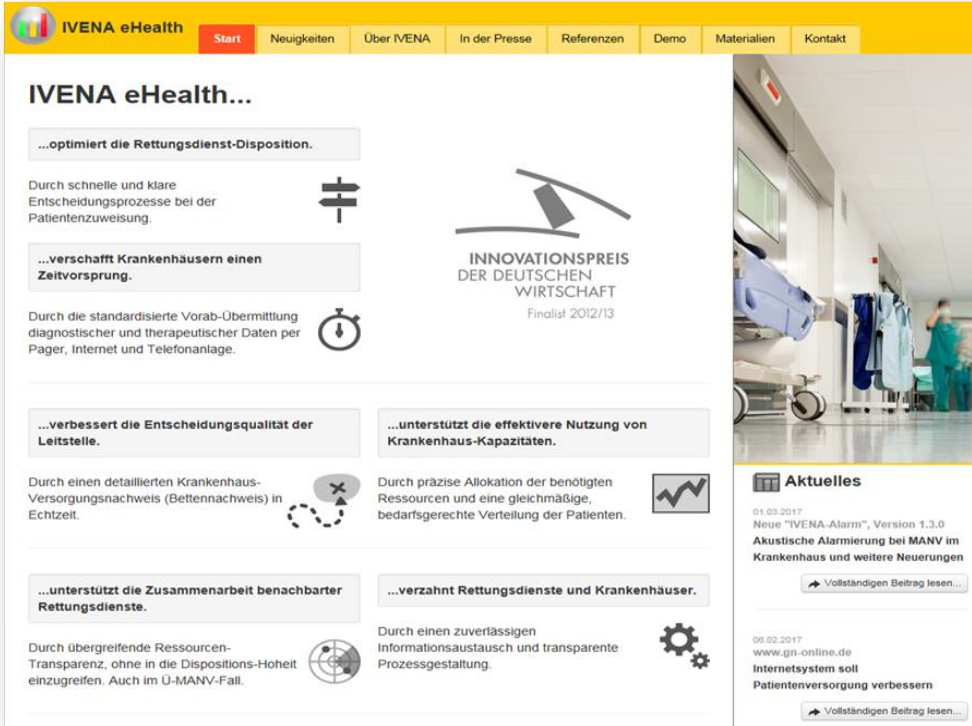
Rettungswesen: Primärer Transport in geeignete Klinik (Polytrauma in Baden-Württemberg)

- ▶ Von 3.418 Patienten mit Polytrauma werden 71,2 % in ein geeignetes Krankenhaus transportiert.
- ▶ Das heißt, mehr als ein Viertel der Patienten wird nicht primär in ein Traumazentrum transportiert!
- ▶ Insbesondere in Rettungsdienstbereichen, in denen es kein Traumazentrum gibt, werden Patienten häufiger in ein nahegelegenes, aber ungeeignetes Krankenhaus gebracht.



Quelle: SQR-BW, Qualitätsbericht 2015

IVENA – Interdisziplinärer Versorgungsnachweis



IVENA eHealth

Start Neuigkeiten Über IVENA In der Presse Referenzen Demo Materialien Kontakt

IVENA eHealth...

...optimiert die Rettungsdienst-Disposition.

Durch schnelle und klare Entscheidungsprozesse bei der Patientenzuweisung.

...verschafft Krankenhäusern einen Zeitvorsprung.

Durch die standardisierte Vorab-Übermittlung diagnostischer und therapeutischer Daten per Pager, Internet und Telefonanlage.

...verbessert die Entscheidungsqualität der Leitstelle.

Durch einen detaillierten Krankenhaus-Versorgungsnachweis (Bettennachweis) in Echtzeit.

...unterstützt die Zusammenarbeit benachbarter Rettungsdienste.

Durch übergreifende Ressourcen-Transparenz, ohne in die Dispositions-Hoheit einzugreifen. Auch im U-MANV-Fall.

...unterstützt die effektivere Nutzung von Krankenhaus-Kapazitäten.

Durch präzise Allokation der benötigten Ressourcen und eine gleichmäßige, bedarfsgerechte Verteilung der Patienten.

...verzahnt Rettungsdienste und Krankenhäuser.

Durch einen zuverlässigen Informationsaustausch und transparente Prozessgestaltung.

INNOVATIONSPREIS DER DEUTSCHEN WIRTSCHAFT
Finalist 2012/13

Aktuelles

01.03.2017
Neue "IVENA-Alarm", Version 1.3.0
Akustische Alarmierung bei MANV im Krankenhaus und weitere Neuerungen
[Vollständigen Beitrag lesen...](#)

06.02.2017
www.gn-online.de
Internetsystem soll Patientenversorgung verbessern
[Vollständigen Beitrag lesen...](#)

IVENA eHealth

Bsp. Hessen, Kassel (Stadt und Kreis)

Notfallversorgung: Chirurgie – Herzchirurgie

IVENA eHealth - Interdisziplinärer Versorgungsnachweis

Anmelden | **Notfallversorgung** | 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 | Landstellen 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	
Klinikum Kassel																							

Letzte Aktualisierung 29.03.2017 10:15:54 Uhr

Notfallversorgung: Innere Medizin – Allgemeine Innere Medizin

IVENA eHealth - Interdisziplinärer Versorgungsnachweis

Anmelden | **Notfallversorgung** | 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 | Landstellen für Rettungshubschrauber | Palliativ

Bitte wählen Sie einen Fachbereich:

Allgemeinnere Medizin | Chest Pain Unit | Endokrin-/Diabetologie | Gastroenterologie | Hochkontagiose - Sonderisolierung | Infektiologie | Innere Überwachung | Innere IMC mit Beatmung | Innere IMC ohne Beatmung | Innere Intensiv mit Beatmung | Innere Intensiv ohne Beatmung | Kardiologie

Kardiologie Intensiv mit Beatmung | Kardiologie Intensiv ohne Beatmung | Pneumologie

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	
Diakonie Kliniken																							
Elisabeth-Krankenhaus																							
Klinik Lippoldenberg																							
Klinikum Kassel																							
Krankenhaus Hofgeismar																							
Krankenhaus Wolfhagen																							
Marlen-Krankenhaus																							
Noter 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.
- ▶ Vergütungsstruktur neu regeln.
- ▶ 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. Pflegepersonaluntergrenzen
3. Notfallversorgung
4. Krankenhauslandschaft
5. Fazit

Strukturbereinigung einleiten!

Niederlande



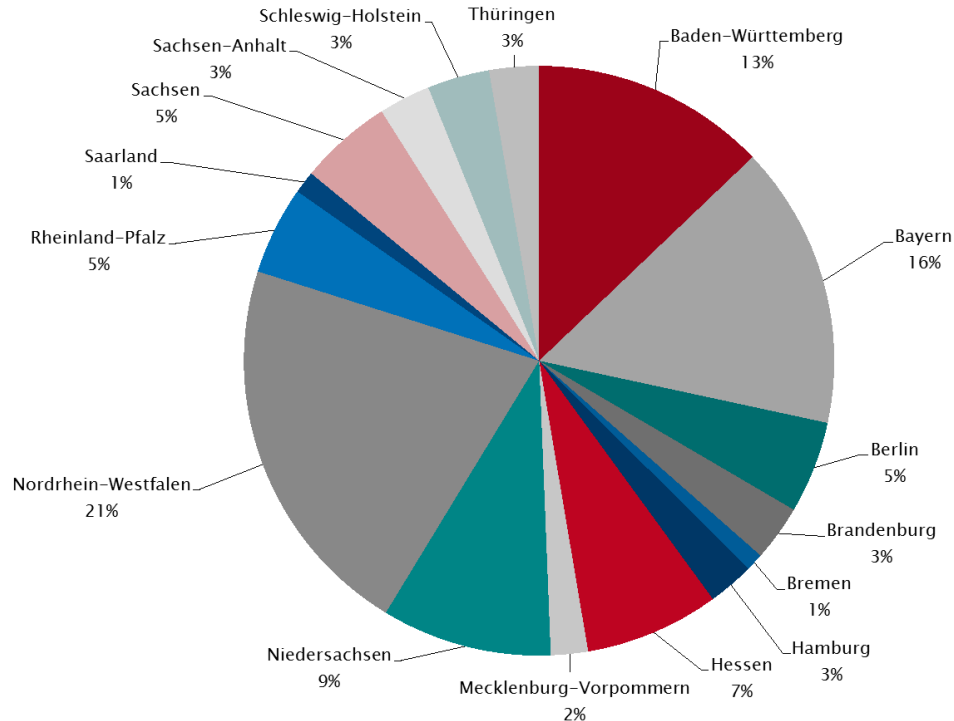
16,7 Mio. Einwohner
Fläche: 41.500 Quadratkilometer

NRW



17,9 Mio. Einwohner
Fläche: 34.000 Quadratkilometer

Strukturfonds – Mittelverteilung 500 Mio. Euro nach dem Königsteiner Schlüssel



Verwendung der Mittel in den Ländern



Snitzenverband

Geltungsbereich	Länderanteile	Anträge		Art der Projekte			Verwendung der Mittel in Prozent			Verwendung der Mittel in Millionen Euro (zirka**)		
		Maximale Fördersumme in Euro	Beantragtes Fördervolumen in %	Projektanträge	Konzentration	Umwandlung	Schließung	Konzentration	Umwandlung	Schließung	Konzentration	Umwandlung
Baden-Württemberg	63.718.165,68	100%	5	4	1	0	99%	1%	0%	63,2	0,5	0,0
Bayern	76.864.269,69	100%	7	5	2	0	98%	2%	0%	75,3	1,5	0,0
Berlin	25.009.034,31	87%	1	1	0	0	100%	0%	0%	21,7	0,0	0,0
Brandenburg	15.158.805,09	100%	3	1	2	0	33%	67%	0%	5,1	10,1	0,0
Bremen	4.739.426,64	100%	1	1	0	0	100%	0%	0%	4,7	0,0	0,0
Hamburg	12.529.505,04	100%	2	1	0	1	54%	0%	46%	6,8	0,0	5,8
Hessen	36.448.631,70	100%	6	4	0	2	75%	0%	25%	27,3	0,0	9,1
Mecklenburg-Vorpommern	10.049.934,18	35%	2	0	1	1	0%	29%	71%	0,0	1,0	2,5
Niedersachsen	46.167.111,12	100%	5	3	1	1	97%	1%	2%	44,9	0,2	1,0
Nordrhein-Westfalen	105.053.625,30	fast 100%	17	9	4	4	85%	12%	3%	89,3	12,6	3,2
Rheinland-Pfalz	23.958.156,30	100%	3	3	0	0	100%	0%	0%	24,0	0,0	0,0
Saarland	6.051.228,69	100%	2	2	0	0	100%	0%	0%	6,1	0,0	0,0
Sachsen-Anhalt	14.020.358,04	100%	3	1	0	2	65%	0%	35%	9,1	0,0	4,9
Sachsen	25.180.358,58	98%	3	2	1 Mischprojekt		78%	22%		19,3	5,4	
Schleswig-Holstein	16.856.891,61	100%	2	2	0	0	100%	0%	0%	16,9	0,0	0,0
Thüringen	13.494.498,03	100%	2	1	1	0	89%	11%	0%	12,0	1,5	0,0
Bund	495.300.000,00		64*	40	12 (+ 0,5)	11 (+ 0,5)	85,9%	6,6%	5,8%	425,5	30,1	29,1

Erläuterungen:

Alle Zahlen beruhen auf Angaben der Gesundheitsministerien der Länder zum regulären Antragsverfahren mit Stichtag 31. Juli 2017. Die Zuordnung der Projekte folgt der Krankenhausstrukturfonds-Verordnung (KHSFV). Das Nachverteilungsverfahren zur Vergabe der übrigen 11,5 Millionen Euro nutzten Niedersachsen (1 weiterer Projektantrag), Baden-Württemberg (1), Bremen (1), Nordrhein-Westfalen (2), Rheinland-Pfalz (2) und Hessen (3). Alle Anträge des Nachverteilungsverfahrens entfallen auf den Förderbereich der Konzentration von Klinikleistungen.

* Die Summe der Projektanträge ergibt im Gegensatz zur Aufstellung des Bundesversicherungsamtes nur 64, zwei Anträge aus dem regulären Verfahren wurden seit Ende Juli zurückgezogen.

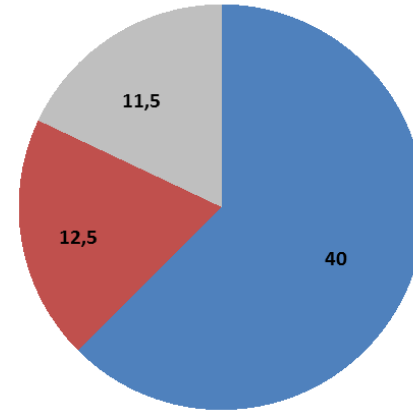
** Die länderspezifischen Summen zur Verwendung der Mittel (absolut) sind kaufmännisch gerundet.

Quelle: AOK-Bundesverband

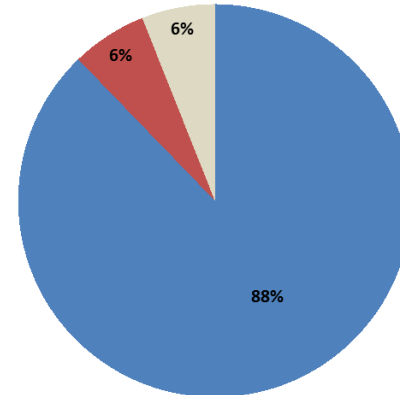
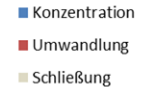
Mittelverwendung

Drei mögliche Verwendungsarten:

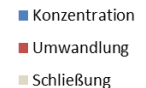
1. **Abbau von Überkapazitäten:**
Schließung von Standorten oder Abteilungen
2. **Konzentration:**
Verlagerung von Kapazitäten, um Leistungen zu konzentrieren
3. **Umwandlung von Krankenhäusern**
in andere Versorgungseinrichtungen



Anträge



Fördervolumen



Strukturfonds: Forderungen zur Weiterentwicklung

- ▶ **Antragstellung durch die Krankenhausträger**

Trotz Überkapazitäten gibt es fast keinen Bettenabbau; statt einer Auswahl durch die Länder sollten Träger direkt Anträge auf Schließungen an das BVA stellen dürfen.

- ▶ **Priorisierung der Maßnahmen notwendig**

Schließungen in Ballungsräumen ist im Genehmigungsprozess ein Vorrang vor Konzentrations- und Umwandlungsmaßnahmen zu geben.

- ▶ **Finanzielle Mittel zielführend einsetzen**

Der Bedarf an Strukturwandel und Schließungen ist je Bundesland unterschiedlich ausgeprägt. Die Verteilung nach dem Königsteiner Schlüssel ist nicht sinnvoll.

- ▶ **PKV-Beteiligung sicherstellen**

Gang der Handlung

1. KHSG–Umsetzung
2. Pflegepersonaluntergrenzen
3. Notfallversorgung
4. Krankenhauslandschaft
5. Fazit

Fazit

1. Die Selbstverwaltung hat die KHSG–Umsetzung weitestgehend umgesetzt. Die Steigerung der Versorgungsqualität lässt noch auf sich warten.
2. Pflege im Krankenhaus ist ein veritables Problem – fast so groß wie das im Bereich der Pflegeversicherung.
3. Pflegepersonaluntergrenzen müssen so festgelegt werden, dass sie mehr als bisher Pflege für die Patienten sicherstellen.
4. Die Neustrukturierung der Notfallversorgung ist eine der großen Aufgaben der nächsten Legislaturperiode. Es geht um weit mehr als um zusätzliches Geld für Notfallambulanzen.
5. Die Neustrukturierung der Krankenhauslandschaft bleibt auf der Agenda.

Vielen Dank für Ihre Aufmerksamkeit.

www.GKV-Spitzenverband.de

Wulf-Dietrich-Leber.de