

Ambulante Notfallversorgung an den Kliniken – können und wollen wir uns das leisten?

Die Notaufnahmen an deutschen Krankenhäusern stehen vor dem Kollaps. Jährlich kommt es zur Zunahme von Behandlungen in bis zu zweistelligen Prozentzahlen mit steigendem Defizit. Pro Patient werden im Mittel 126 € Kosten, aber nur 38 € Erlös erwirtschaftet, sodass ein Fehlbetrag von 88 € pro Patient entsteht. In den Notaufnahmen der Kliniken werden so durch ambulante Behandlungen 1 Mrd. € Minus generiert. Zunehmende Patientenzahlen und nicht entsprechend nachbesetztes Fachpersonal führen zu langen Behandlungs- und Wartezeiten und Unzufriedenheit bei Personal und Patienten. Das Aggressionspotenzial in den Warteräumen steigt zunehmend. Durch den Ärztemangel auch bei den niedergelassenen Kollegen werden weitere Aufgaben aus dem ambulanten Sektor an die Ambulanzen der Kliniken übertragen. Daher müssen sich die Strukturen in den Kliniken anpassen. Vorgelagerte und länger betriebene KV-Notfallpraxen, angegliederte Portalpraxen und die Generierung kurzstationärer Fälle können Maßnahmen sein, die lokal geprüft werden sollten. Grundsätzlich ist aber eine Neuordnung der Finanzierung der ambulanten Notfallversorgung und die Einfuhr einer Notfallgebühr oder einer adäquaten Kostenbeteiligung der Patienten zu fordern.

Aktuelle Situation

40% der behandelten Patienten in deutschen Notaufnahmen fallen in das Fachgebiet Unfallchirurgie/Orthopädie. In den letzten Jahren hat die Patientenzahl deutlich zugenommen, z. B. in der Unfallchirurgie in der zentralen Notaufnahme Sindelfingen, die für ca. 100 000 Einwohner zuständig ist: von 2013 mit 7748 Patienten in 2014 auf 9468 Patienten, in 2015 auf 10053 Patienten und in 2016 auf voraussichtlich 11600 Patienten, die nur ab 16 Uhr und am Wochenende im Dienst

versorgt wurden. Die Steigerung beträgt knapp 50% in 3 Jahren.

In den 3 Stuttgarter Notfallaufnahmen, zuständig für 600 000 Einwohner, haben die Patientenzahlen von 2014 bis 2015 um 10–14% zugenommen (Stuttgarter Zeitung vom 03.11.2016).

In einem 2015 veröffentlichten Gutachten zur ambulanten Notfallversorgung im Krankenhaus wurden in 55 Krankenhäusern 612 070 Notfallbehandlungen ausgewertet. Die meisten Behandlungen erfolgten zwischen 16 und 7 Uhr und am Wochenende [1].

Nahezu täglich erscheinen Berichte in den Zeitungen, die den Kollaps der Notaufnahmen an den Krankenhäusern beschreiben. Schlagzeilen wie: „Die Patienten überrennen uns“ (Stuttgarter Zeitung vom 06.09.2016) oder „Notstand in den Notaufnahmen“ (Schwarzwälder Bote vom 07.09.2016) weisen auf eine dramatische Entwicklung in den Notaufnahmen deutscher Krankenhäuser hin. Zunehmend weisen sich Patienten selber unter Umgehung der Haus- und Fachärzte direkt in die Notaufnahme ein. Hier werden sie rund um die Uhr und auch gerne einmal nach der Arbeit und ohne Termin auf Facharztstandard versorgt, und nötige weitere Spezialuntersuchung können ohne weitere Überweisungen in Anspruch genommen werden. Auch Zuwanderer aus dem Ausland sind die Krankenversorgung in einer Klinik gewohnt, sodass sich vielfach auch mit Bagatellen, die keine Notfälle sind, an die Kliniken gewendet wird. Eine kürzlich an der Charité Berlin durchgeführte Befragung zur Motivation von Patienten mit nicht dringlichem Behandlungsbedarf in einer Notaufnahme ergab, dass die durchgehende Erreichbarkeit der Ärzte ohne Termin und Überweisung, der hohe medizinische Standard („Hightech statt Hausarzt“ mit „All-inclusive-Medizin“) und die fehlenden Termine in der Hausarztpraxis als Hauptgründe angegeben wurden [2].

Problemfelder

Bei den niedergelassenen Ärzten macht sich ein Nachwuchsmangel inzwischen nicht nur auf dem Land, sondern auch in den Städten bemerkbar. 50 000 Ärzte gehen laut Welt am Sonntag vom 03.07.2016 in den nächsten 4 Jahren in Ruhestand und finden kaum Nachfolger für ihre Praxen. Das Durchschnittsalter der Hausärzte im Landkreis Böblingen liegt zurzeit bei 54 Jahren. Zwischen 2004 und 2016 hat sich die Anzahl der Hausärzte hier halbiert. Die damit einhergehende numerische Mehrbelastung wird aber nicht vergütet, sodass die Bereitschaft der Kollegen sinkt, dies zu kompensieren. Zusätzliche Patienten oder Notfälle werden häufig nicht mehr angenommen oder direkt ans Krankenhaus verwiesen. Auch für schlecht honorierte Hausbesuche, z. B. in Pflegeheimen, bleibt wenig Geld und Zeit, sodass kürzlich der Vorsitzende der Kreisärzteschaft Böblingen in einem Rundbrief die Kollegen aufrief, die Patienten dann doch direkt in die Kliniken zu schicken. In den Praxen frei werdende Arztstellen werden häufig mit Angestellten und Teilzeitkräften besetzt, die sich nicht an der Praxisorganisation, Abrechnung und Entwicklung der Praxis beteiligen wollen. Die Motivation, Mehr- oder Vielleistung, zu erbringen bleibt begrenzt. Alleine im Großraum Stuttgart wurden nach Aussage des Vorsitzenden der Kassenärztlichen Vereinigung von 800 freien Stellen alleine 400 mit Teilzeitkräften und Angestellten besetzt.

Seit Jahren sind bedingt durch die Zugangsbegrenzungen zum Medizinstudium mit einem aktuellen Numerus clausus von 1,0–1,2 (!) fast nur noch Frauen an den Universitäten. Der Frauenanteil liegt je nach Universität zwischenzeitlich bei bis zu 70%. Viele der jungen Medizinerinnen belegen nach dem Studium Teilzeitjobs, sodass 1–3 Ärzte auf eine Stelle kommen und den Mediziner-mangel in den nächsten mindestens 6 Jahren absehbar nicht ändern werden.

Daher wird versucht, die sich auftuende Lücke in der Ärzteschaft zunehmend mit ausländischen Ärzten zu schließen. Nach einem Bericht des Magazins Der Spiegel vom 14.04.2016 arbeiteten 2001 noch 10 275 ausländische Ärzte in Deutschland, während es 2011 schon 31 326 Kollegen und 2016 bereits über 40 000 waren. Oftmals ist die Ausbildung marginal und nicht deutschen Verhältnissen angepasst. Das Sprachdefizit mit der notwendigen Kontrolle führt zur Mehrbelastung und zu zusätzlichen Risiken wie z. B. Verwechslungen. Eine kurz- oder mittelfristige Lösung des Ärztemangels ist nicht zu erwarten.

Der Versuch der Kassenärztlichen Vereinigungen, den ambulanten Notdienst mit Notfallpraxen am Krankenhaus zu koppeln und eng zu vernetzen, darf als gescheitert betrachtet werden. Die Notfallpraxen sind in der Regel werktags von 16:00 bis 22:00 Uhr und am Wochenende bis 22:00 Uhr besetzt. Danach ist die Nachtschicht der Kollegen vorbei und die Patienten werden direkt in die Notaufnahmen der Kliniken weitergeleitet. Die Honorierung dieser Patienten erfolgt dann im Gegensatz zur Notfallpraxis nicht leistungsbezogen nach GOÄ, sondern mit Pauschalätzen, die deutlich geringer ausfallen.

Da der KV-Dienst bei den aktiven Kollegen nur mäßig beliebt ist, wird dieser gerne an ältere Ärzte abgetreten, die schon in Pension sind und sich noch etwas dazuverdienen wollen; dies führt zur deutlichen Überalterung der Mitarbeiter und deren Kenntnisse.

Der dadurch erhöhte Andrang in den Notaufnahmen der Kliniken führt zu längeren Wartezeiten und erheblicher Belastung des dort tätigen ärztlichen und pflegerischen Personals. Das Verständnis der Patienten und Angehörigen dafür ist ausgesprochen gering und das Aggressionspotenzial hoch; es ist am ausgeprägtesten bei den Patienten, die einen nicht dringlichen Behandlungsbedarf aufweisen. Beleidigungen und Pöbeleien sind an der Tagesordnung, sodass wir Sicherheitspersonal für die Ambulanzen abgestellt haben. Auch andere Kliniken im Großraum Stuttgart/Tübingen haben zwischenzeitlich eine solche zusätzlich kostenrelevante Einstellung von Schutzpersonal vor-

genommen (Bild vom 05.11.2016 „Bodyguards für die Notaufnahme“). Etliche Mitarbeiter der Notaufnahme haben bereits aus diesem Grund gekündigt. Gut motiviertes und ausgebildetes neues Personal ist derzeit schwer zu finden.

Kosten/Erlössituation

Die Erlöse aus der zentralen Notaufnahme werden mit Pauschalgebührensätzen generiert. In den Notaufnahmen werden aber oft zusätzliche Leistungen wie Labor, Röntgen, CT oder EKG erbracht, die nicht kostendeckend abgebildet werden. So konnte die Analyse der Deutschen Gesellschaft für interdisziplinäre Notfall- und Akutmedizin (DGINA) die Datensätze von 612 070 Notfallbehandlungen in 55 Kliniken bei der ambulanten Notfallversorgung am Krankenhaus analysieren. Pro Patient wurden im Mittel 126 € Kosten, aber nur 38 € Erlös erwirtschaftet, sodass ein Fehlbetrag von 88 € pro Patient entstand [1]. Berechnet auf alle ambulanten Notfälle entsteht so 1 Mrd. € Minus pro Jahr für die Kliniken, die von den Häusern selbst gedeckt werden müssen. In der Notaufnahme in Sindelfingen fallen nach einer Kostenanalyse aus dem Jahr 2014 bei 169 € Kosten und 42 € Erlösen Fehlbeträge von 127 € pro Patient und ein Gesamtdefizit von 1,6 Mio. € im Jahr an. Beim gesamten Klinikverbund Südwest, bestehend aus 6 Krankenhäusern, sind es mit 7,365 Mio. € knapp die Hälfte des Gesamtverlusts mit 16,4 Mio. €, der durch den kommunalen Träger ausgeglichen werden muss und eigentlich nichts mit der ureigenen Aufgabe der Häuser zur stationären Krankenversorgung zu tun hat.

Natürlich sind Notfallversorgungen wichtig für Patienten und Krankenhaus, da hier die Fälle zur stationären Aufnahme akquiriert werden. Die Konversionsrate, d. h. der Anteil der Patienten, die stationär nach ambulanter Notfallvorstellung aufgenommen werden, liegt in unserer Klinik nur bei 12%. Ein Großteil der Patienten benötigt keine Notfallversorgung am Krankenhaus, da es sich um Bagatellen handelt.

Lösungen

Wie können sinnvolle Lösungen zur Problemminimierung aussehen? Sicher eine schlechte Lösung ist es, die Patienten, die mit Bagatellen vorstellig werden, abzuweisen. Jeder Patient muss, juristisch bedingt, von einem Arzt gesehen werden. Die Diskussionen bei Abweisung sind langwierig und anstrengend und führen nicht selten zur direkten Drohung oder der Einschaltung der Presse und schaden dem Ruf der Klinik.

An das Verständnis der Patienten zu appellieren gelingt ebenfalls nur eingeschränkt, weil sich jeder für den wichtigsten Notfall hält und auch so wahrgenommen werden möchte.

Auf jeden Fall sollte darauf geachtet werden, wenn Notfallpraxen der KV am Krankenhaus angegliedert sind, diese örtlich vor die Notaufnahme zu setzen oder durch eine erfahrene Kraft in der Anmeldung eine Triage vorzunehmen. Patienten, die aus der KV-Notfallpraxis an die Notaufnahme der Klinik zur weiteren Abklärung weitergeleitet werden und somit „die Mittel des Krankenhauses“ benötigen, sollten eine Einweisung ins Krankenhaus bekommen, die auch bei Nichteinweisung deutlich besser als eine Überweisung abgerechnet werden kann. Die Bereitschaft vieler KV-Praxen ist hier aber, wegen der Androhung von Regressansprüchen seitens der Kassen gegen den Einweiser, gering. Bislang erfolgten solche Regresse allerdings nicht.

Wichtig wäre es, die KV-Notfallpraxen durchgehend auch nach 22:00 Uhr zu besetzen. Dazu müssten die Krankenhäuser die bestehenden Kooperationsvereinbarungen neu verhandeln.

Eine weitere Entlastung wäre durch vorgeschaltete Portalpraxen an der Notaufnahme möglich, mit der Option, die Fälle nach GOÄ abzurechnen und keine 10% Investitionsabgabe zu zahlen, die den Krankenhäusern abgezogen wird. Aus dieser Praxis ließen sich Einweisungen statt Überweisungen ins Krankenhaus generieren. Diese Praxen können zwar in der Notaufnahme angesiedelt werden, müssen aber

personell und organisatorisch vom Krankenhaus abgetrennt sein. Der oder die dort ansässigen Kollegen müssen die Leistungen selbst und höchstpersönlich erbringen und könnten nicht mit Krankenhausärzten rotieren. In der Regel lassen sich solche Praxen nur zu normalen Arbeitszeiten an Werktagen besetzen, sodass das Hauptnotfallgeschäft nachts und an Wochenenden so nicht abgefangen werden kann. In Stuttgart, Berlin, Karlsruhe und Hannover wurden solche Portalpraxen als Pilotprojekte bereits an die Notaufnahmen angegliedert. Anfänglich bestanden große Widerstände der ambulanten Zuweiser. In Hannover konnten 2014 Allgemeinmediziner in einer Portalpraxis so 1646 Patienten in einem Jahr behandeln. 81% der Patienten verblieben ambulant, 19% (312 Patienten) wurden eingewiesen [3]. Bei 5 Arbeitstagen pro Woche und 50 Arbeitswochen entspricht dies im Mittel am Tag 6 bis 7 behandelten Patienten und 1,2 Einweisungen ins Krankenhaus. Eine positive Wirtschaftlichkeit kann nur bei deutlich mehr Patienten erreicht werden.

Eine Möglichkeit, mehr Kosten in der Ambulanz zu erlösen, ist es, kurzstationäre Fälle zu generieren. Nach Leitlinie der Canadian CT Head Rule [4] müssen Patienten über 65 Jahre mit Schädelverletzungen und Einnahme von blutverdünnenden Medikamenten ein Schädel-CT zum Ausschluss einer intrakraniellen Blutung erhalten. Wenn diese Maßnahme ambulant erfolgt, lassen sich werktags tagsüber 77,88 € (EBM-Ziffer 01210, 34310 und 40120) und am Wochenende und nachts 84,98 € (EBM-Ziffer 01212, 34310 und 40120) erzielen, was den Aufwand nicht deckt. Nimmt man die Patienten vor dem cCT kurzstationär auf, um die Mittel des Krankenhauses für die sofortige Durchführung eines cCT zu nutzen, kontrolliert die Vitalzeichen, begleitet die Patienten mit einem qualifizierten Transport (z.B. Krankenschwester) ins CT und dokumentiert dies auf einem Überwachungsbogen, kann

man die Patienten bei unauffälligem cCT nach kurzer Zeit wieder entlassen. Mit der Diagnose Commotio S06.0 wird die DRG B80Z mit einem Erlös von 650 € erlöst. Wir haben im laufenden Jahr 296 solcher Fälle abgerechnet. 80% wurden anstandslos bezahlt, 20% wurden vom MDK geprüft und sind in der Entscheidung noch offen.

Ein wesentlicher Punkt, der zur Entlastung der Notaufnahmen führen würde, wäre die Wiedereinführung der Praxisgebühr. 2004 bis 2012 wurden 10 € Notfallgebühr erhoben, die an die Kassen weitergeleitet wurde. Nach Wegfall dieser Gebühr konnte ein sprunghafter Anstieg der Patientenzahlen in den Notaufnahmen gesehen werden. Eine Praxisgebühr, die nicht an die Kassen weitergeleitet würde (z.B. 10 € tags und 20 € Euro nachts und am Wochenende), sondern der Gegenfinanzierung der Behandlung dienen würde, wäre eine sinnvolle Maßnahme, die inzwischen sowohl von den Kassen als auch von den ambulant tätigen Ärzten gefordert wird. Bei sozial Schwachen oder echten Notfallbehandlungen könnten die Gebühren auch erlassen oder reduziert werden. Auch Notfallapotheken erheben solche zusätzlichen Gebühren bei Bezug außerhalb der Öffnungszeiten. Bei einer Notfallbehandlung sind dem Patienten diese Kosten sicher zumutbar. Friedrich Merz, ehemaliger stellvertretender Vorsitzender der CDU-Bundestagsfraktion verlautbarte dazu: „Wer Geld für den Skiurlaub hat, muss auch Geld für einen Gips haben“.

Bei einer Podiumsdiskussion mit der Staatssekretärin im Gesundheitsministerium Frau Widmann-Mauz am 29.02.2016 in Böblingen wurde von ihr eine Wiedereinführung der Notfallgebühr mit der aktuellen Regierung abgelehnt.

Alternativ muss auf Patienten, Politik und Kostenträger eingewirkt werden, die Finanzierung der Notfallbehandlung anzuhängen und kostendeckend zu gestalten.

Der Kreistag Böblingen plant als Träger der kommunalen Krankenhäuser aktuell eine Infokampagne in Auftrag zu geben, dass Bürger für Routinearztbesuche die Haus- oder Fachärzte aufsuchen sollten. Darüber hinaus wird eine Petition an das Gesundheitsministerium entsendet, in der eine adäquate Vergütung der Notfallbehandlung und die Wiedereinführung einer Notfallgebühr gefordert wird.

FAZIT

Die Notaufnahmen der Krankenhäuser werden über die Maßen von Nichtnotfallpatienten genutzt, was zur Überlastung des Personals und Erhöhung des Defizits führt. Organisatorisch sind daher Umstrukturierungen in den Notfallaufnahmen und mit der KV erforderlich. Politisch muss eine Anpassung der Finanzierung und Einführung einer Notfallgebühr gefordert werden.

Literatur

- [1] DGINA. Gutachten zur ambulanten Notfallversorgung im Krankenhaus. Im Internet: http://www.dkgev.de/media/file/19401.2015-02-17_Gutachten_zur_ambulanten_Notfallversorgung_im_Krankenhaus_2015.pdf; Stand: 06.11.2016
- [2] Schmiedhofer MH, Searle J, Slagman A et al. Inanspruchnahme zentraler Notaufnahmen: Qualitative Erhebung der Motivation von Patientinnen und Patienten mit nichtdringlichem Behandlungsbedarf. Gesundheitswesen 2016; DOI: 10.1055/s-0042-100729
- [3] Schleef T, Schneider N, Tecklenburg A et al. Allgemeinmedizin in einer universitären Notaufnahme – Konzept, Umsetzung und Evaluation. Gesundheitswesen 2016; DOI: 10.1055/s-0042-100730
- [4] Stiell IG, Wells GA, Vandemheen K et al. The Canadian CT Head Rule for patients with minor head injury. Lancet 2001; 357: 1391–1396

A. Prokop, J. Prokop, Sindelfingen