

DGVS
DRG Interaktiv 2020
Berlin, 16. Januar 2020

**Die Rolle der Gastroenterologie bei den
Strukturvoraussetzungen für die
Versorgungsstufe der Notaufnahmen**

Rajan Somasundaram
Zentrale Notaufnahme und Aufnahmestation
Charité – Campus Benjamin Franklin
Berlin

Übersicht

- Zunächst **zwei Fragen**
- **Hintergrund**
 - Notfall- und Akutversorgung in Deutschland und deren **Finanzierung**
 - **Wer** und **wie** wird die Notfallversorgung **reguliert**?
Aufgaben des Gemeinsamen Bundesausschusses (**G-BA**), des Sachverständigenrates (**SVR**) und der **Ärztekammern**
- **Warum der G-BA-Beschluss?**
- **Kriterien** für die **Stufung** und **Folgenabschätzung**
- Rolle der **Gastroenterologie**
- **Bleibende Fragen** zum G-BA Beschluss

Zwei Fragen zu Beginn

1. Wie beurteilen Sie das deutsche Gesundheitswesen?

- A) sehr gut
- B) gut
- C) befriedigend
- D) ausreichend
- E) mangelhaft
- F) ungenügend

Zwei Fragen zu Beginn

2. Wie viel Geld wird jährlich in Deutschland für das Gesundheitswesen ausgegeben?

- A) ca. 50 Milliarden Euro
- B) ca. 80 Milliarden Euro
- C) ca. 160 Milliarden Euro
- D) ca. 360 Milliarden Euro
- E) Keine Ahnung

Gesundheitsausgaben in Deutschland 2017

- „Die Gesundheitsausgaben in Deutschland haben im Jahr 2017 erstmals die Marke von **1 Milliarde Euro pro Tag** überschritten.
- Für 2017 prognostiziert das Statistische Bundesamt (Destatis) einen Anstieg der Gesundheitsausgaben gegenüber 2016 um 4,9 % auf **374,2 Milliarden Euro**.
- Von 2015 zu 2016 hatten sie sich um 3,8 % auf 356,5 Milliarden Euro **oder 4 330 Euro je Einwohner** erhöht.
- Dies entsprach einem Anteil von **11,3 % am Bruttoinlandsprodukt.**“

Ausgaben des Bundeshaushaltes 2017



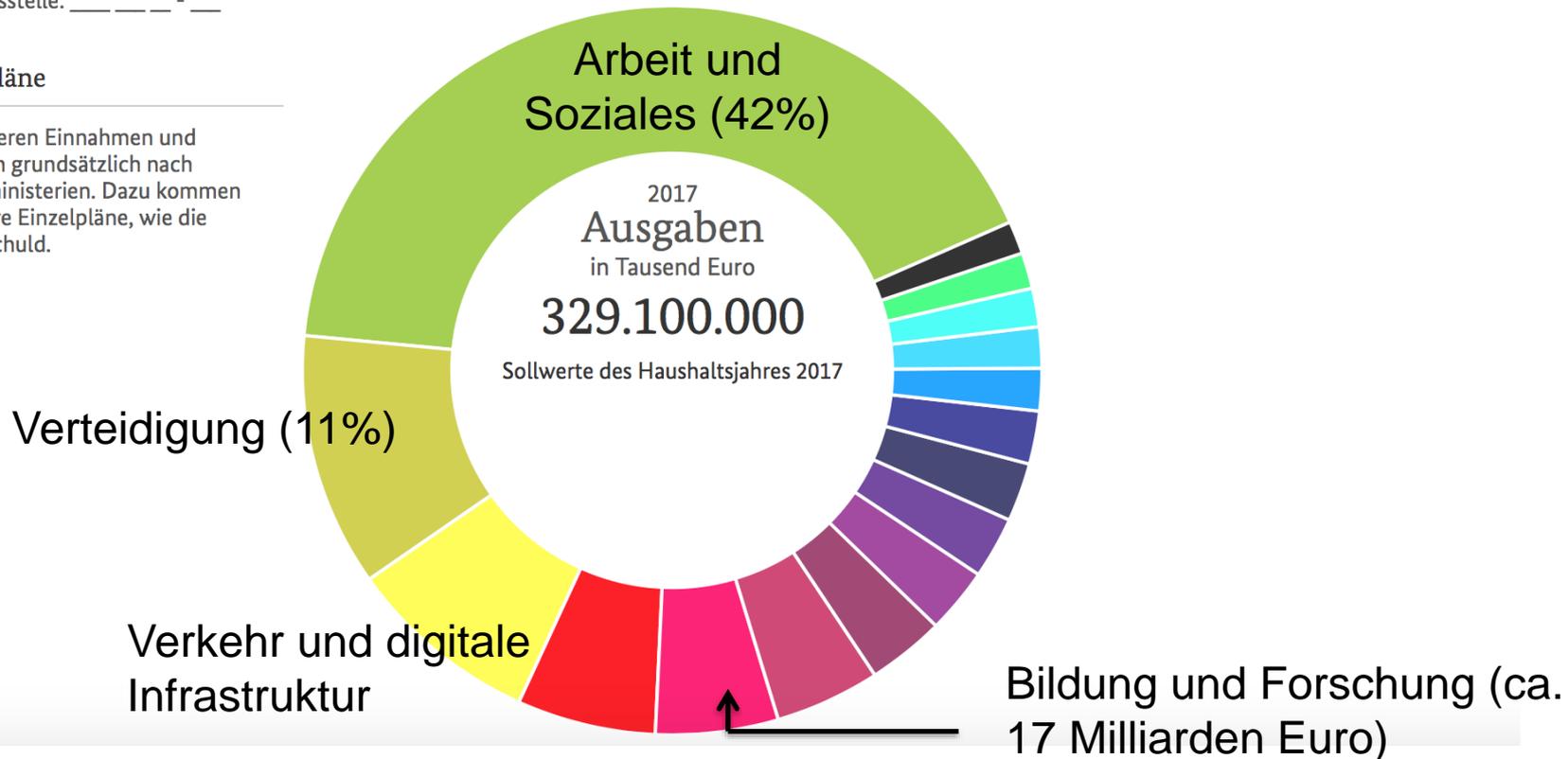
[Bundeshaushalt](#) ▾ [Service](#) ▾ [Download](#) [Presse](#)

Bundeshaushalt ▸ [2017](#) ▸ [Soll](#) ▸ [Ausgaben](#) ▸ [Einzelplan](#)

Haushaltsstelle: ____ - ____ - ____

Einzelpläne

Strukturieren Einnahmen und Ausgaben grundsätzlich nach Bundesministerien. Dazu kommen besondere Einzelpläne, wie die Bundesschuld.

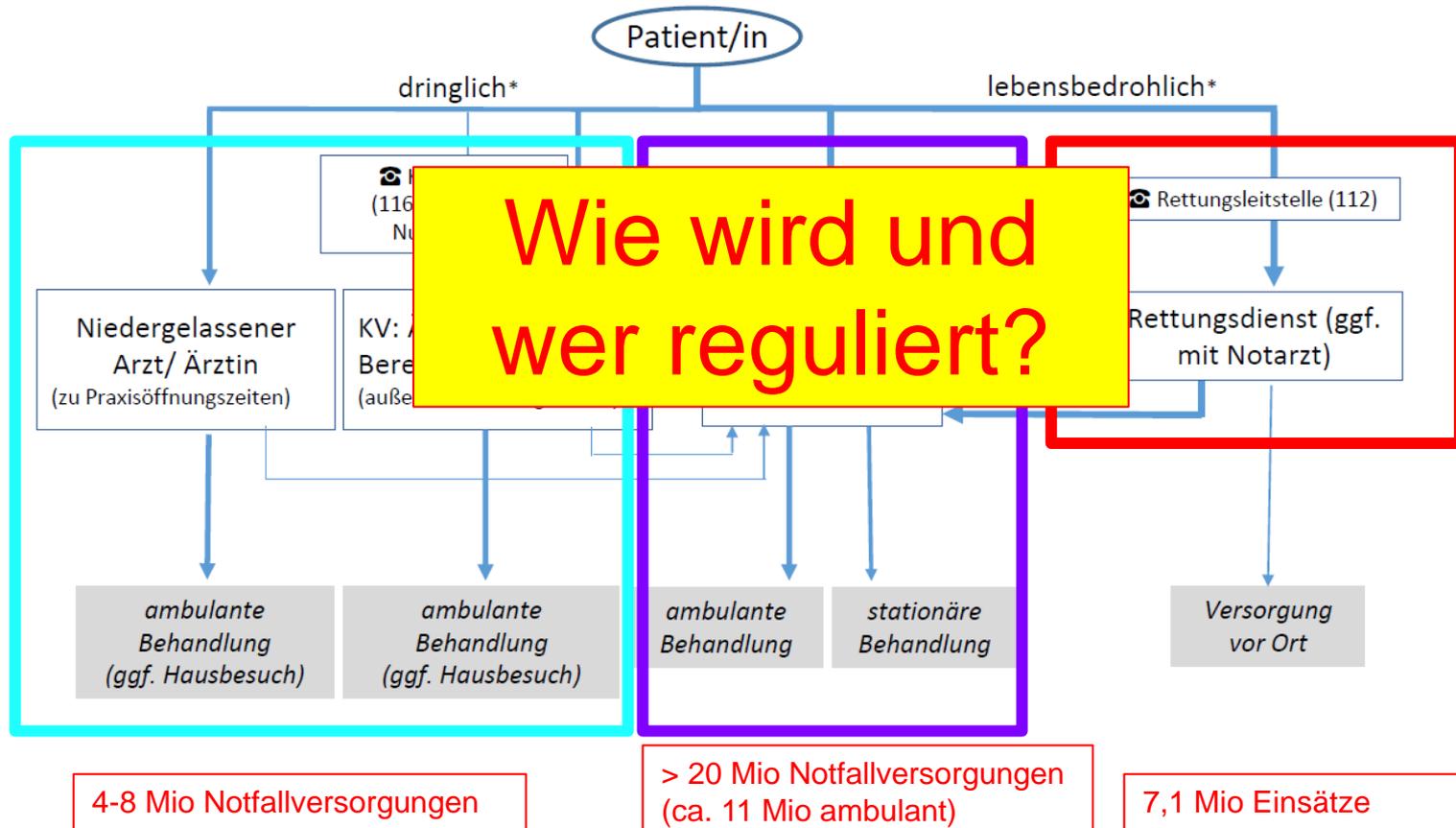


Notfallversorgung in Deutschland: Jetzt und in Zukunft

Werkstattgespräch des Sachverständigenrates zur Begutachtung im Gesundheitswesen, 7. September 2017, Berlin

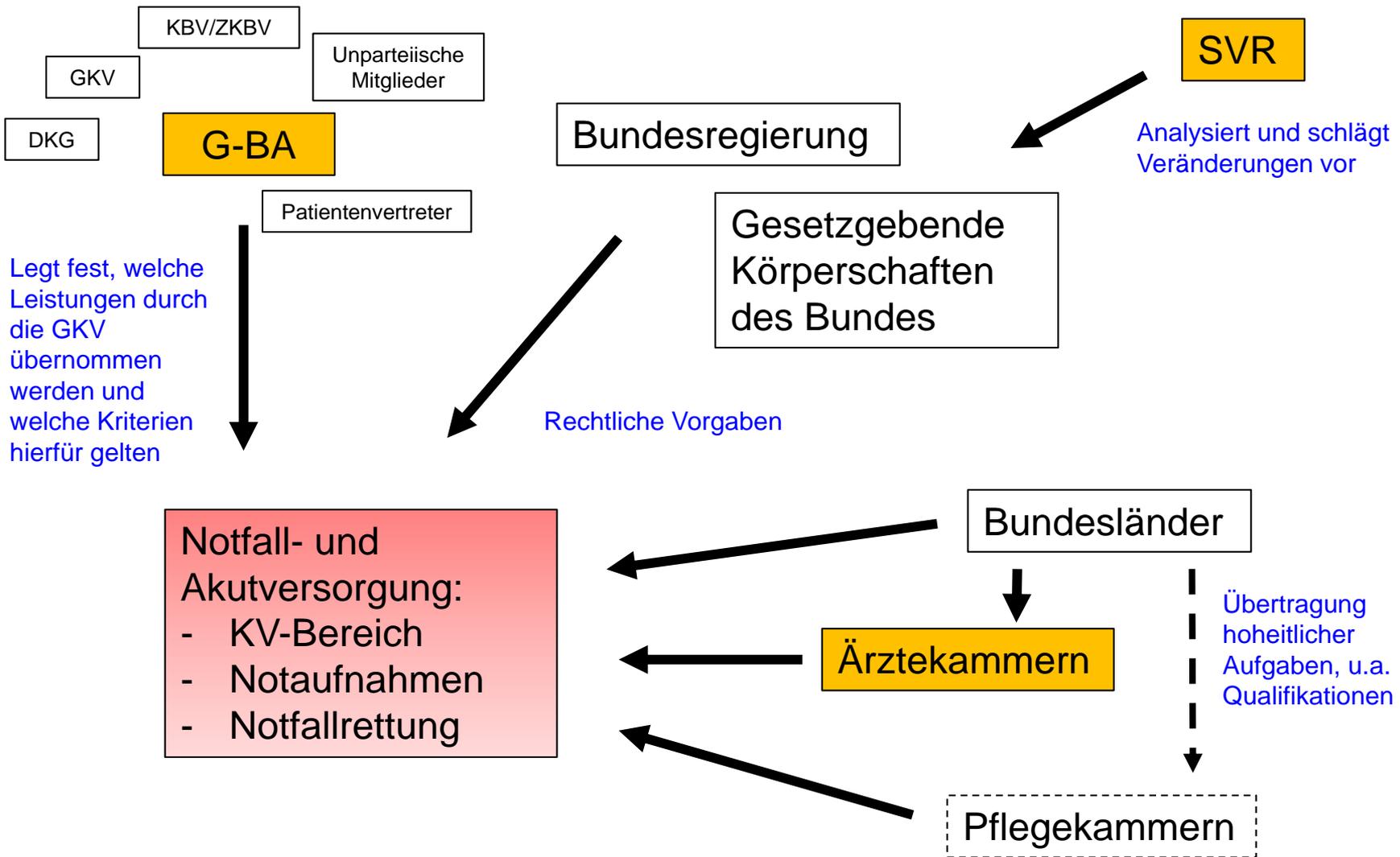


Notfallversorgung: Status quo



Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen

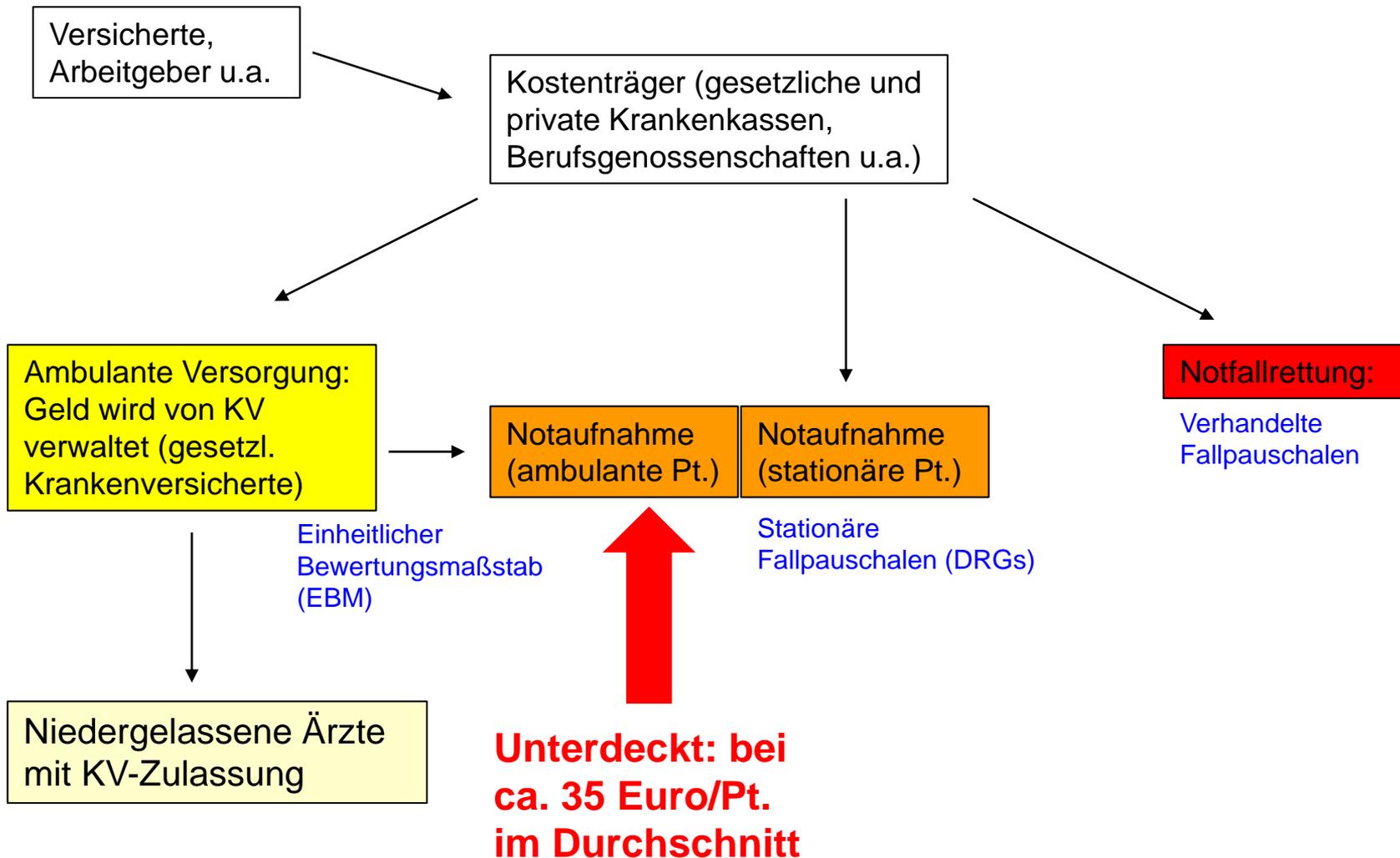
Aufgaben von G-BA, SVR und Ärztekammern



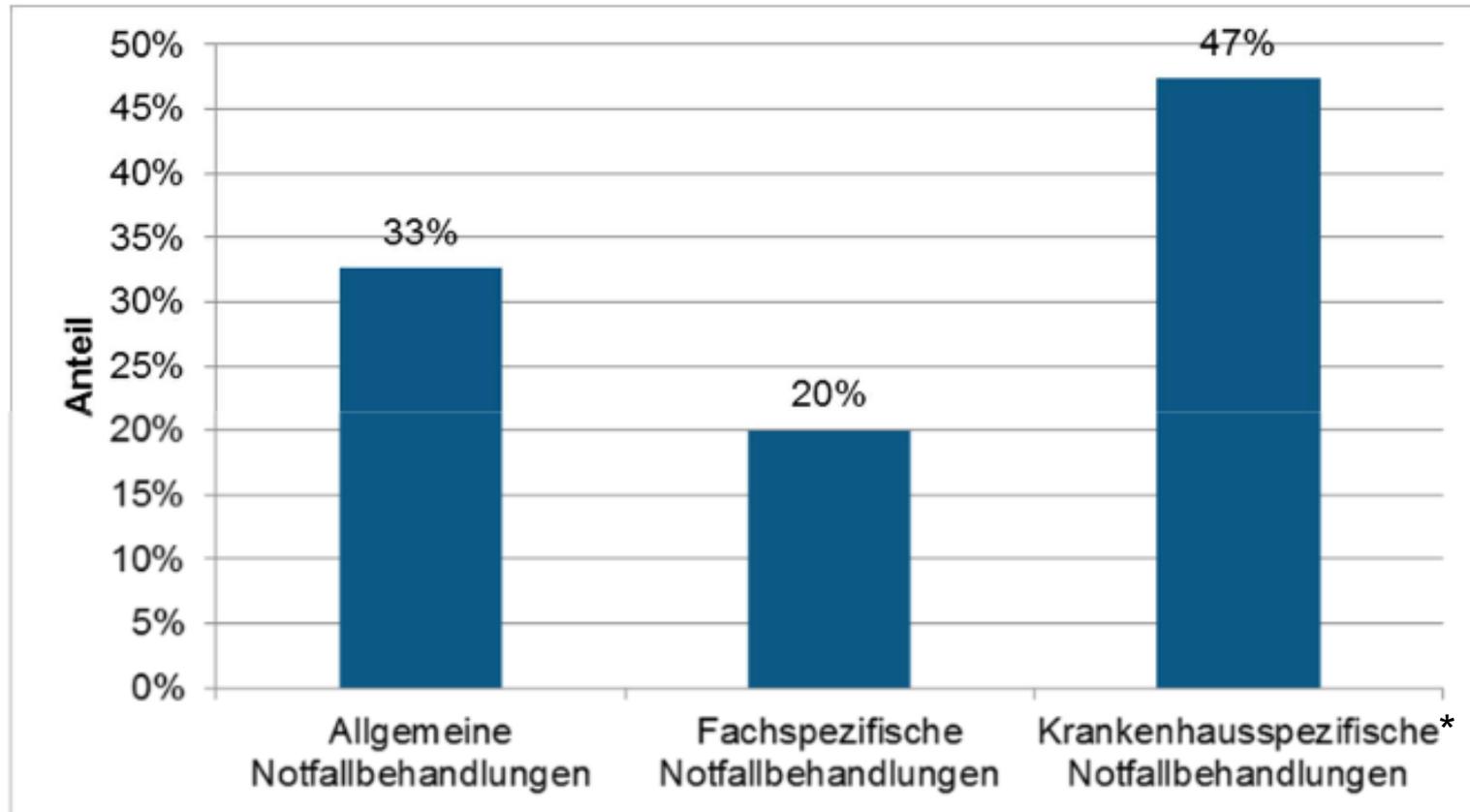
Aufgaben des G-BA

- Der G-BA legt innerhalb des vom Gesetzgeber bereits vorgegebenen Rahmens fest, welche Leistungen der medizinischen Versorgung von der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) im Einzelnen übernommen werden. Zudem hat er Aufgaben im Bereich des Qualitätsmanagements und der Qualitätssicherung in der vertragsärztlichen, vertragszahnärztlichen und stationären medizinischen Versorgung.
- Der G-BA erfüllt seine Aufgaben im Wesentlichen durch den Beschluss von Richtlinien. Sie haben den Charakter untergesetzlicher Normen und sind für alle gesetzlich Krankenversicherten und Akteure in der GKV rechtlich bindend. Bei seiner Aufgabenerfüllung steht der G-BA unter der Rechtsaufsicht des Bundesministeriums für Gesundheit.
- Mit dem GKV-Versorgungsstärkungsgesetz neuen Versorgungsformen und zur Versorgungsforschung zu fördern.Innovationsausschussentscheidet über die eingegangenen Anträge auf Förderung.

Finanzierung in der Notfallversorgung (grober Überblick)



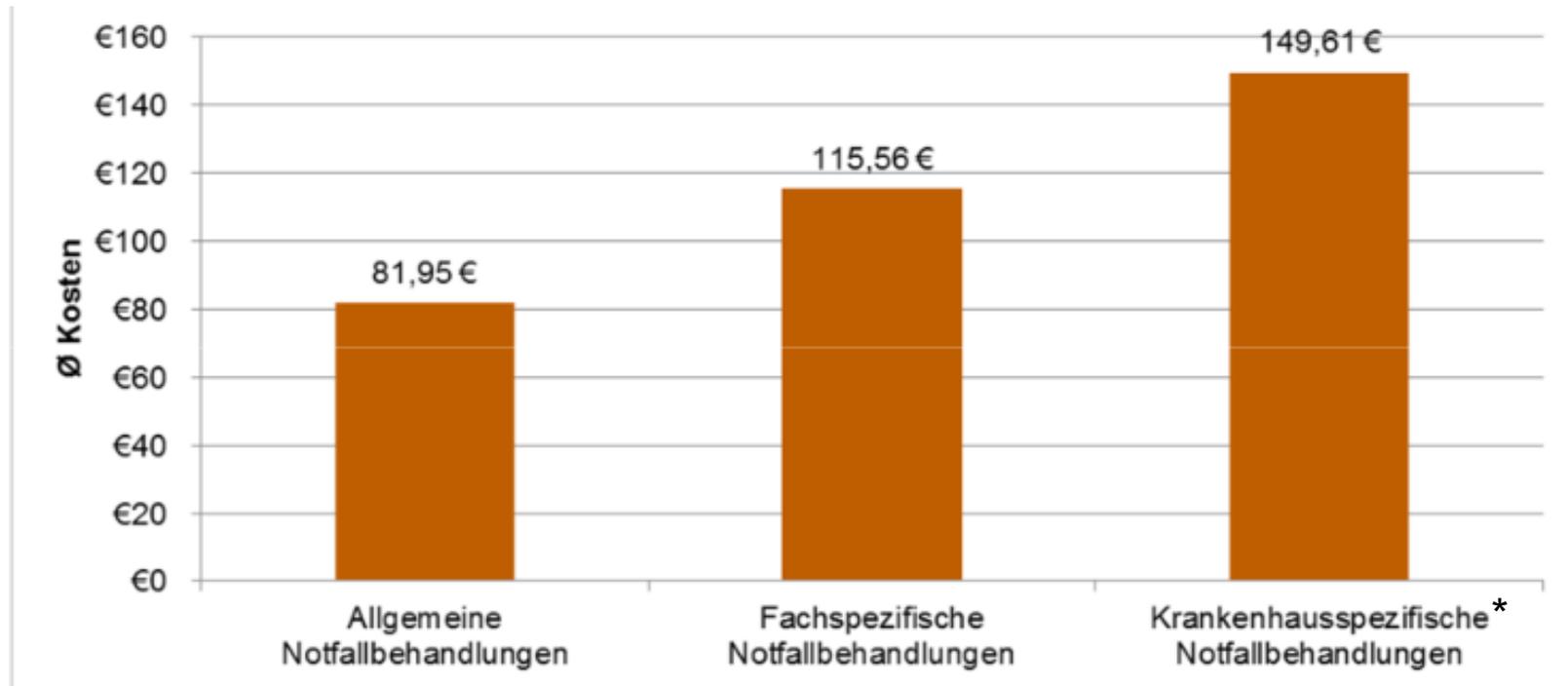
Kategorisierung der ambulanten Notfallbehandlungen



Quelle: MCK-Auswertungsdatenbank; 341.194 Fälle, 37 Krankenhäuser

*Alle Behandlungen, in denen Diagnostik erbracht wurde, die in der Regel nicht im kassenärztlichen Bereitschaftsdienst vorgehalten wird. Hierzu zählen beispielsweise Labor-, Röntgen- oder CT-Untersuchungen

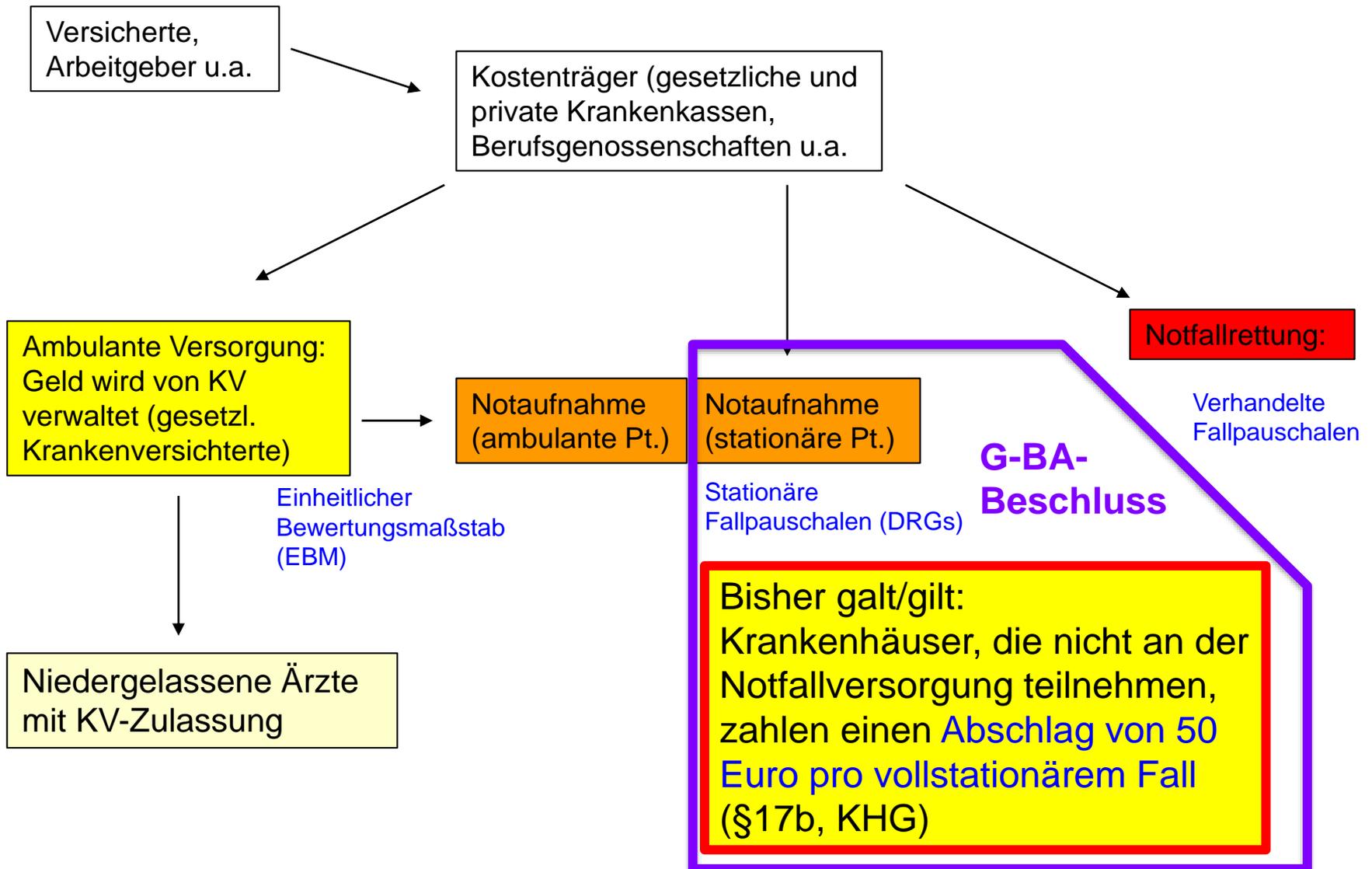
Ambulante Notfallbehandlungen in der Notaufnahme: Kosten nach Kategorien von Leistungsinhalten



Quelle: MCK-Auswertungsdatenbank; 341.194 Fälle, 37 Krankenhäuser

*Alle Behandlungen, in denen Diagnostik erbracht wurde, die in der Regel nicht im kassenärztlichen Bereitschaftsdienst vorgehalten wird. Hierzu zählen beispielsweise Labor-, Röntgen- oder CT-Untersuchungen

Welcher Bereich der Notfallmedizin wird durch den G-BA-Beschluss geregelt?



Warum wurde der G-BA vom Gesetzgeber (SGB V, §136c (4)) beauftragt, ein gestuftes System von Notfallstrukturen in Krankenhäusern zu definieren?

Krankenhäuser, die Strukturen vorhalten, die aus qualitativer Sicht für eine gute Notfallversorgung erforderlich sind, sollen mehr Geld bekommen. Die Höhe der Vergütungszuschläge soll vom Umfang der bereit gehaltenen Notfallstrukturen abhängen. Hierbei geht es beispielsweise um bestimmte Fachabteilungen, um die Anzahl von Intensivbetten und die medizinisch-technische Ausstattung.

Krankenhäuser mit einem hohen Umfang an vorgehaltenen Notfallstrukturen sollen im Vergleich zu Krankenhäusern mit einem geringeren Umfang einen wirtschaftlichen Ausgleich erhalten. Für Krankenhäuser, die nicht an der stationären Notfallversorgung teilnehmen, sieht der Gesetzgeber einen Abschlag vor.

Kriterien für die Stufung (vereinfacht)

Art und Anzahl von
Fachabteilungen

Anzahl und
Qualifikation des
vorzuhaltenden
Fachpersonals

Kapazität zur
Versorgung von
Intensivpatienten

Medizinisch-
technische
Ausstattung

Strukturen und
Prozesse der
Notfallaufnahme

Umfassende Notfallversorgung (III)

Wie Basis plus

10 weitere FA - ITS: 20 – Endoskopie/Coro/Stroke-Dx
(24/7) und Lyse/RTH-Landeplatz – 6 ZNA-Betten

→ Sonderregelungen,
z.B. für Kinder,
Schwerbrandverletzte u.a.

Basisnotfallversorgung (Stufe I)

Innere/Chirurgie (Anästhesie in 30 min.)

ITS: 6 – Schockraum/CT –

ZNA/Ersteinschätzung/Dokumentation

Arzt mit ZWB Klinische Notfall- und Akutmedizin

Notfallstufenvergütungsvereinbarung vom 10.12.2018 (GKV, PKV, DKG) in Abhängigkeit von der Stufung

§ 3

Zuschlagshöhe je Notfallstufe und nähere Ausgestaltung der Zuschläge

- (1) Sofern die Vertragsparteien nach § 11 KHEntgG die Teilnahme eines Krankenhausstandortes
1. an der **Basisnotfallversorgung (Stufe 1)** nach § 1 Absatz 1 Satz 2 Nummer 1 Buchstabe a vereinbart haben, ist eine jährliche **Zuschlagspauschale in Höhe von 153.000 Euro** für diesen Krankenhausstandort zu vereinbaren.
 2. an der **erweiterten Notfallversorgung (Stufe 2)** nach § 1 Absatz 1 Satz 2 Nummer 1 Buchstabe b vereinbart haben, ist eine jährliche Zuschlagspauschale in Höhe von **459.000 Euro** für diesen Krankenhausstandort zu vereinbaren.
 3. an der **umfassenden Notfallversorgung (Stufe 3)** nach § 1 Absatz 1 Satz 2 Nummer 1 Buchstabe c vereinbart haben, ist eine jährliche Zuschlagspauschale in Höhe von **688.500 Euro** für diesen Krankenhausstandort zu vereinbaren.

Keine Teilnahme an der Notfallversorgung: 60 Euro Abschlag pro stationärem Fall

https://www.dkgev.de/fileadmin/default/Mediapool/2_Themen/2.3_Versorgung-Struktur/2.3.2_Gestuftes-System-Notfallstrukturen/Notfallstufenverguetungsvereinbarung.pdf ; abgerufen am 12.1.2020

Folgenabschätzung - Übergangsphase

Kliniken haben eine **Übergangsphase von (drei bis) fünf Jahren**, in der sie bautechnisch wie organisatorisch Strukturen verändern können, um in eine bestimmte Notfallstufe zu gelangen. Nach den derzeitigen Modellrechnungen werden von den **1.748** allgemeinen Krankenhäusern etwa **1.120 (64 Prozent) Zuschläge** erhalten.

https://www.g-ba.de/downloads/39-261-3401/2018-07-05_Not-Kra-R_Abnahme-EB-IGES-inkl-Anlage.pdf; <https://www.aerzteblatt.de/nachrichten/94636/Notfallkonzept-G-BA-beschliesst-Drei-Stufen-Plan>

Ergebnisse der Folgenabschätzung der Notfallstufen

- ▶ Insgesamt erfüllen 1.210 Standorte mindestens die Kriterien der Basisnotfallversorgung oder der Module (69 %).
- ▶ 538 Standorte erfüllen nicht die Kriterien der Basisnotfallversorgung oder der Module (31 %).
- ▶ **Die teilnehmenden Standorte haben in der Vergangenheit 95 % der Notfälle nachts und am Wochenende versorgt!**

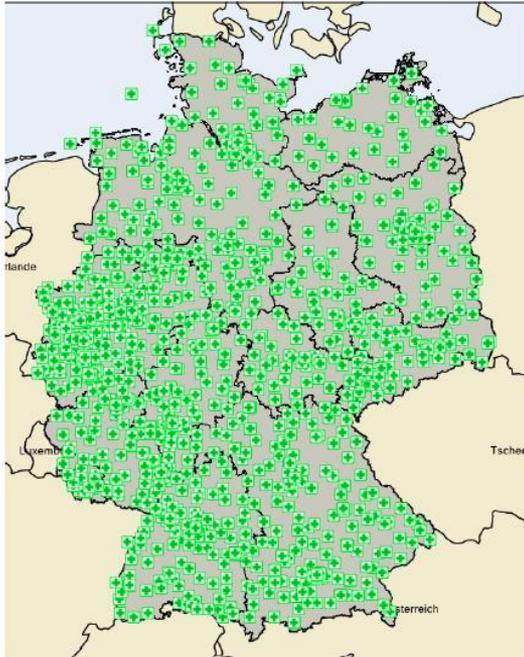


Grafik: Teilnahme an der allgemeinen Notfallversorgung nach Stufen (n=1.101; 63 %)

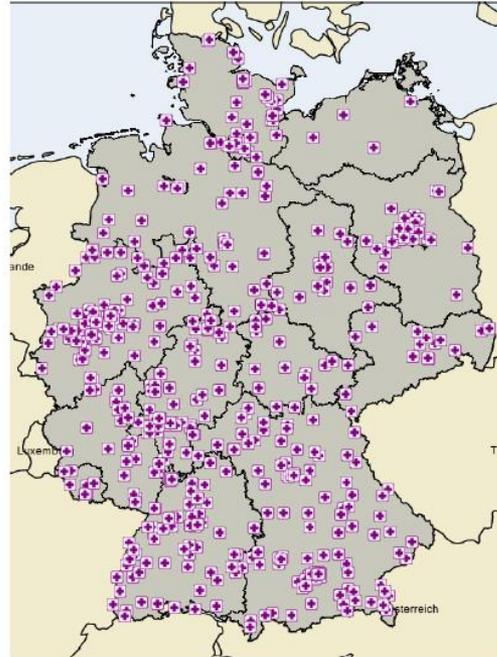
Quelle: K. Bockhorst, GKV-Spitzenverband; Vortrag DIVI, 6.12.2018
<https://www.divi.de/kongress/kongressbeitraege-vortraege-intensivmedizin/divi2018/06-12-2018/1053-181206-kongressbeitrag-bockhorst-drei-stufen-der-klinischen-notfallversorgung-g-ba/file>

Ergebnisse der Folgenabschätzung der Notfallstufen

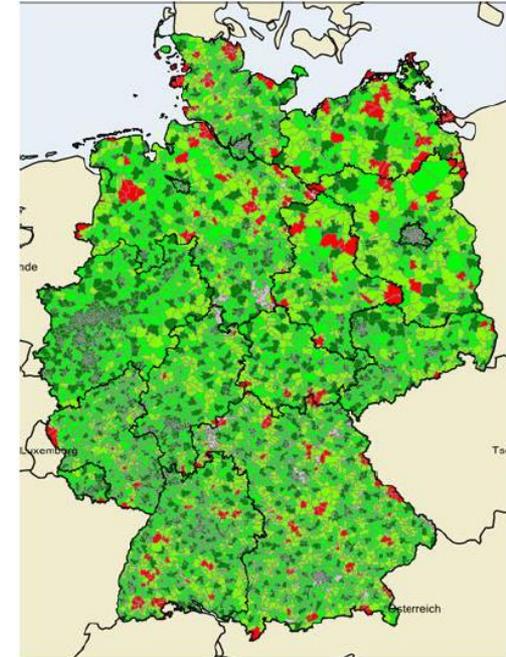
Notfallteilnehmer



Nichtteilnehmer



Erreichbarkeit



Grün = 0-30 Min.; Rot = mehr als 30 Min.

Quelle: K. Bockhorst, GKV-Spitzenverband; Vortrag DIVI, 6.12.2018

<https://www.divi.de/kongress/kongressbeitraege-vortraege-intensivmedizin/divi2018/06-12-2018/1053-181206-kongressbeitrag-bockhorst-drei-stufen-der-klinischen-notfallversorgung-g-ba/file>

Der Patient mit abdominellen Beschwerden in der Notaufnahme

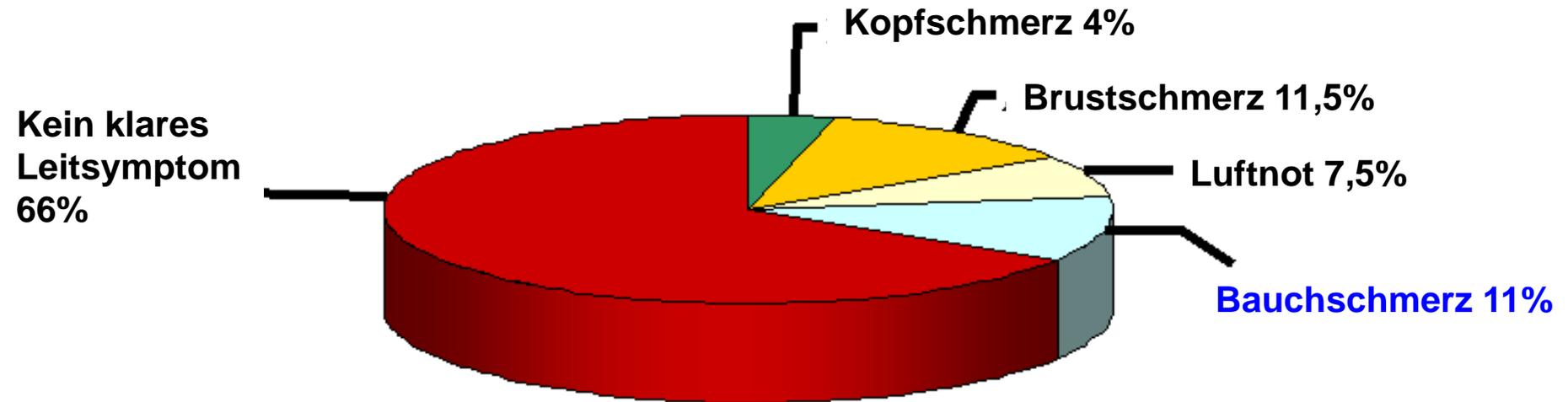
Charité – Leitsymptomstudie

Welches ist das häufigste Leitsymptom bei (nicht-traumatologischen) Patienten in der Notaufnahme?

1. Kopfschmerz?
2. Brustschmerz?
3. Luftnot?
4. Bauchschmerz?
5. Keines dieser Symptome?

Wie häufig ist das Leitsymptom „Bauchschmerz“ in der Notaufnahme? Ergebnisse der Charité – Leitsymptomstudie

N = 34.334



Möckel M, Searl J, Müller R, Slagmann A, Storchmann H, Oestereich P, Wyrwich W, Ale Abaei A, Koch M, Somasundaram R., Eur J Emerg Med, 2012

Charité – Leitsymptomstudie

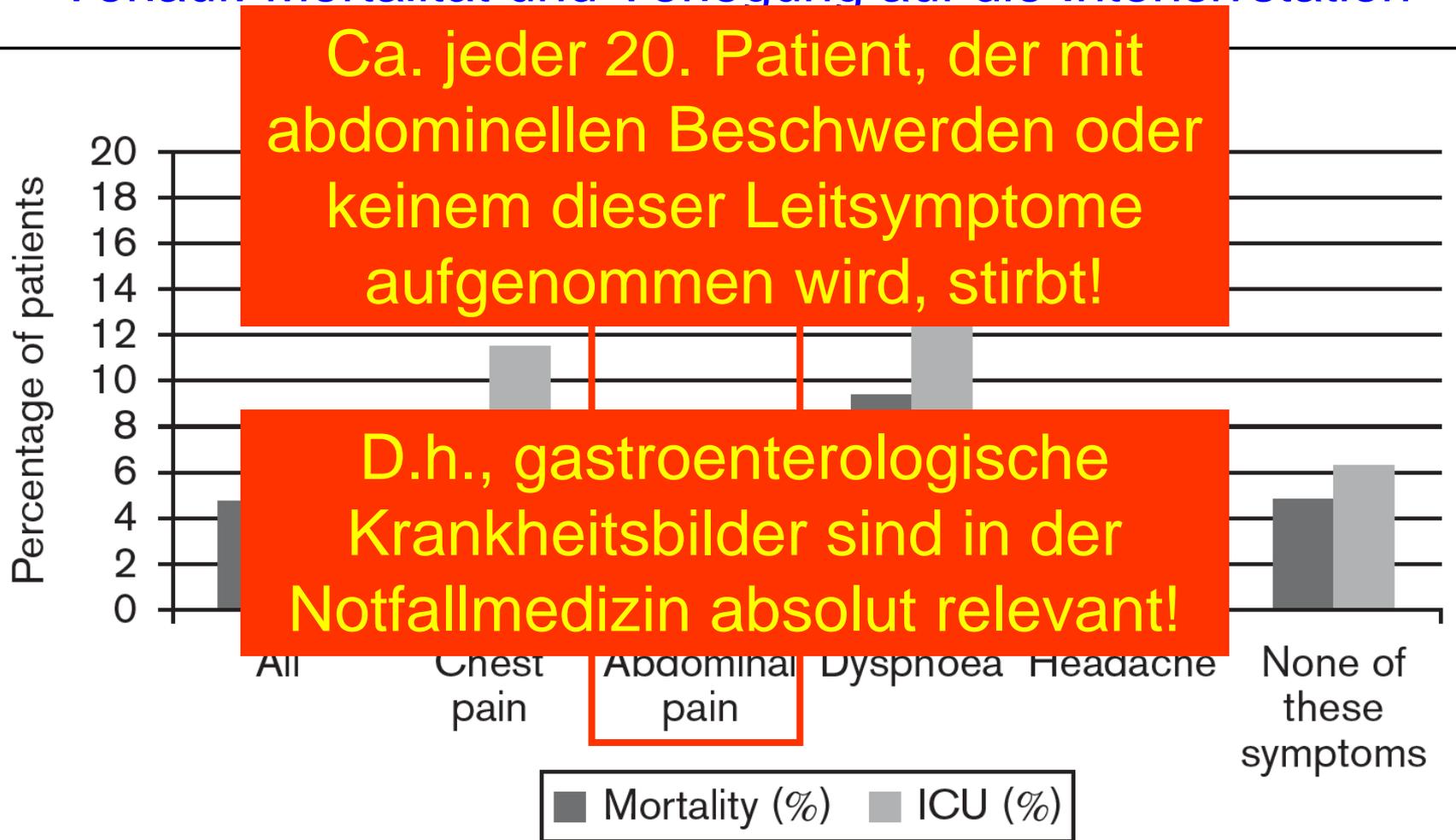
Top 10 Diagnosen bei stationären Patienten mit abdominellen Beschwerden Diagnosen nach Altersgruppen (n = 1.208)

< 65 J. (n = 762)				≥ 65 J. (n = 446)			
K85	Akute Pankreatitis	85	11,2	K56	Paralytischer Ileus und mechanischer Ileus ohne Hernie	35	7,8
K80	Cholelithiasis	53	7,0	K80	Cholelithiasis	34	7,6
K56	Paralytischer Ileus	28	3,7	K85	Akute Pankreatitis	28	6,3
K29	Gastroenteritis	27	3,6	K57	Divertikulitis	27	6,1
K35	Akute Appendizitis	17	2,2	K50	Crohn-Krankheit	17	3,8
K50	Crohn-Krankheit	16	2,1	K57	Divertikulitis	16	3,6
K57	Divertikulitis	14	1,8		Harnsystems	14	3,1
K83	Sonstige Krankheiten der Gallenwege	25	3,3	K83	Sonstige Krankheiten der Gallenwege	14	3,1
K51	Colitis ulcerosa	20	2,6	K25	Ulcus ventriculi	11	2,5
K52	Sonstige nichtinfektiöse Gastroenteritis und Kolitis (Strahlen, allergisch etc.)	20	2,6	K26	Ulcus duodeni	10	2,2

Die Hauptdiagnosen bei Bauchschmerz sind breit verteilt: Bei älteren Patienten Ileus, bei jüngeren Pankreatitis!

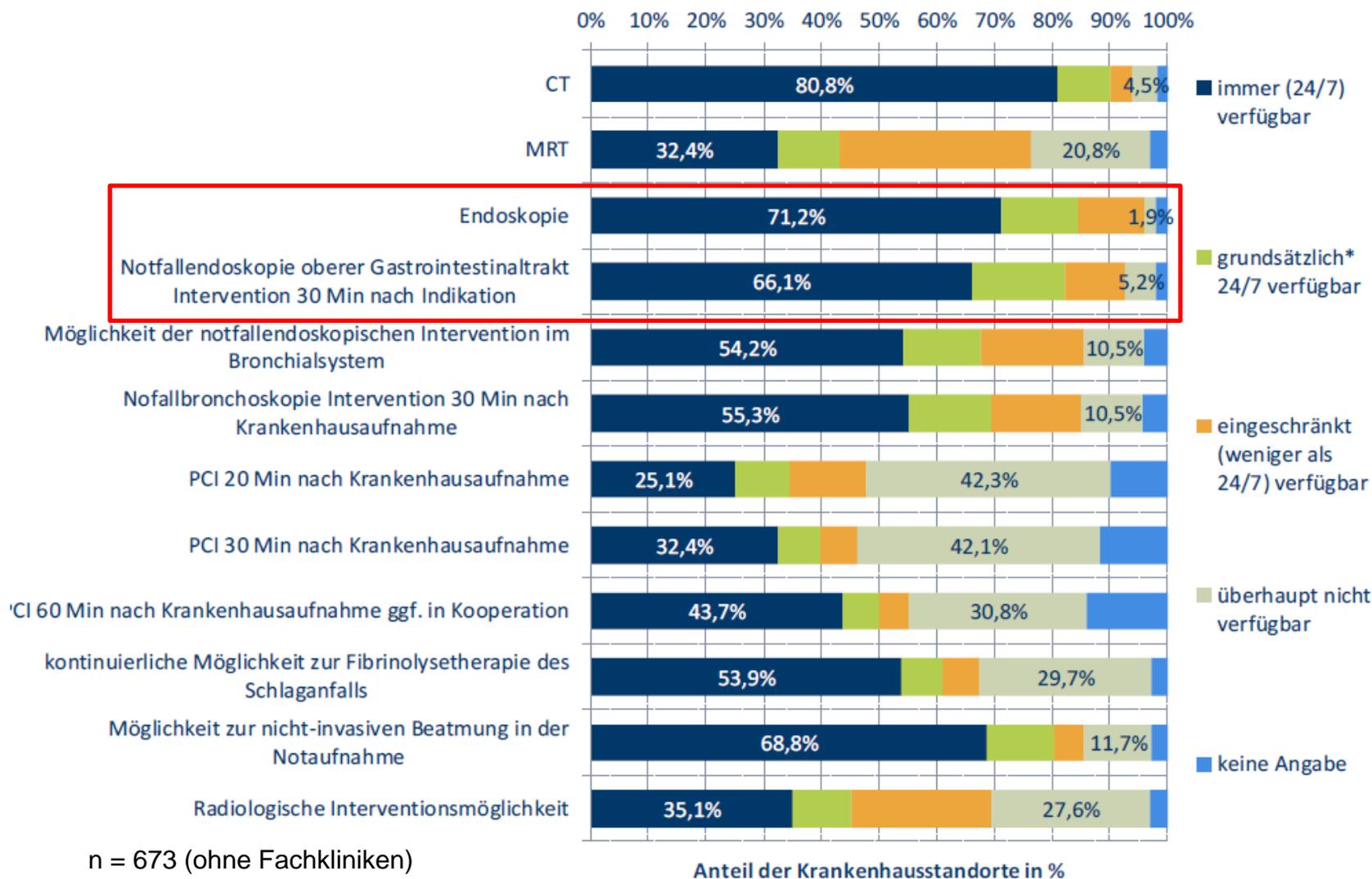
Charité – Leitsymptomstudie

Verlauf: Mortalität und Verlegung auf die Intensivstation



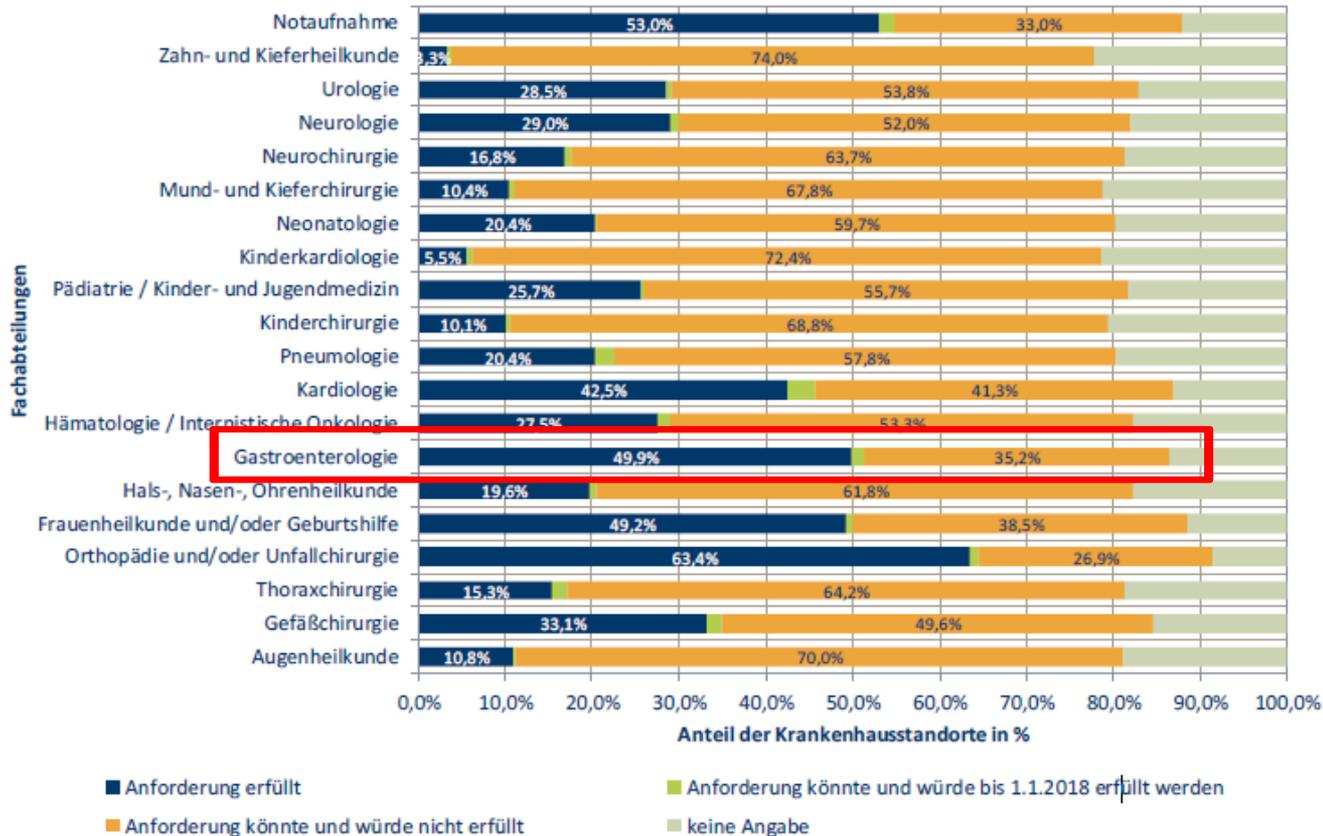
Verfügbarkeit der medizinisch-technischen Ausstattung von Notfallkrankenhäusern in Deutschland

(„Folgenabschätzung einer gestuften Notfallversorgung“ der IGES Institut GmbH, Juli 2018)



Verteilung der Krankenhausstandorte nach Erfüllung der Kriterien einer Fachabteilung

(„Folgenabschätzung einer gestuften Notfallversorgung“ der IGES Institut GmbH, Juli 2018)



Eine Fachabteilung liegt vor, wenn grundsätzlich zu jeder Zeit (24 / 7) die apparative und personelle Ausstattung zur Behandlung in den genannten Fachgebieten, Facharztkompetenzen oder Schwerpunkten der Musterweiterbildungsordnung der Bundesärztekammer vorgehalten wird („Definition 3“)

Quelle: IGES auf Basis der Befragung der Krankenhausstandorte
Anmerkung: n = 673 (ohne Fachkliniken)

G-BA-Beschluss – Einschätzung und bleibende Fragen

1. Grundsätzlich sind diese klaren bundesweiten **Vorgaben zu begrüßen**; dies wird durch die IGES-Befragung nochmals sehr deutlich: Zum Teil **fehlende fachliche** und **apparative Ausstattung** (z.B. CT oder **Endoskopie**)!
2. Zu begrüßen sind vor allem nicht nur die räumlich-technisch/apparativen Aspekte, sondern **auch die Qualifikation von Personal** (Ärzte und Pflegende!)
3. Aber werden diese guten Vorgaben nicht durch die Vielzahl an **Ausnahmeregelungen wieder etwas „verwässert“**? Bsp. Flächenländer.
4. Ist nicht **auch in Flächenländern** – ohne Zugeständnisse - die **gleich hohe Qualität der Notfallversorgung** wie in Ballungsgebieten **zu fordern**?
5. Wie sollen die **Personalvorgaben** (Zusatzweiterbildungen, quantitative Vorgaben mittelbar durch Prozessindikatoren wie Einhalten von Zeiten) vor dem Hintergrund des **Pflege- und Ärztemangels** in den nächsten Jahren erreicht werden?

G-BA-Beschluss – Einschätzung und bleibende Fragen

5. Sind die Kriterien die richtigen? Geben Sie nicht vielmehr neuen Anreiz, dass jedes Haus alles machen möchte?
6. Sind die Fachabteilungen wirklich die wichtigen für die Notfallversorgung? Reicht die Anzahl?
7. Wie setzt z.B. Berlin die Stufung um?
8. Wer ordnet eigentlich in eine Stufe ein?
9. Ein zentrales Problem bleibt:

Finanzierung in der Notfallmedizin (grober Überblick)

Versicherte,
Arbeitgeber u.a.

- Nur **Vorgaben für stationäre Notfallversorgung**. Ist aber in Notaufnahmen nicht von der ambulanten zu trennen!
- Wird es **Vorgaben somit zeitnah auch für ambulante Notfallversorgung** geben? Integrierte Notfallzentren?
- Werden diese dann zu den stationären Anforderungen passen? **Gleiche Qualitätsvorgaben?**

Ambulante Versorgung:
Geld wird von KV
verwaltet (gesetzl.
Krankenversicherte)

Notaufnahme
(ambulante Pt.)

Notaufnahme
(stationäre Pt.)

Verhandelte
Fallpauschalen

Einheitlicher
Bewertungsmaßstab
(EBM)

Niedergelassene Ärzte
mit KV-Zulassung

Stationäre
Fallpauschalen (DRGs)

**G-BA-
Beschluss**

Bisher galt/gilt:
Krankenhäuser, die nicht an der
Notfallversorgung teilnehmen,
zahlen einen **Abschlag von 50
Euro pro vollstationärem Fall**
(§17b, KHG)

G-BA-Beschluss – Einschätzung und bleibende Fragen

5. Sind die Kriterien die richtigen? Geben Sie nicht vielmehr neuen Anreiz, dass jedes Haus alles machen möchte?
6. Sind die Fachabteilungen wirklich die wichtigen für die Notfallversorgung? Reicht die Anzahl?
7. Wie setzt z.B. Berlin die Stufung um?
8. Wer ordnet eigentlich in eine Stufe ein?
9. Ein zentrales Problem: ambulante Notfallversorgung
10. **Finanzierung ist sicher zu gering**, da voraussichtlich **zu wenig Häuser Abschläge** zahlen werden. Es muss **mehr Geld in das System**, **genügt der avisierte Bundeszuschuss**, um Vorhaltekosten auszugleichen?

G-BA-Beschluss

Einschätzung und bleibende Fragen

Die Richtung stimmt, aber die Politik ist gefragt:

„Politik = auf die *Durchsetzung bestimmter Ziele* besonders im staatlichen Bereich und auf die Gestaltung des öffentlichen Lebens gerichtetes *Handeln von Regierungen, Parlamenten, Parteien, Organisationen o. Ä.*“

Wir alle sind gefragt:
Organisieren Sie sich, z.B. in der DGVS, und gestalten Sie mit,
aber behalten Sie bei allen partikularen Aspekten immer den Patienten und das Gesamtsystem im Blick, nur dann werden wir wirklich etwas verändern!

Vielen Dank!