



## **Gutachten zur ambulanten Notfallversorgung im Krankenhaus**

-

### **Fallkostenkalkulation und Strukturanalyse**

der

Management Consult Kestermann GmbH (MCK)

erstellt in Kooperation mit der

Deutsche Gesellschaft interdisziplinäre Notfall- und Akutmedizin e. V. (DGINA)

Dipl.-Ges.-Ök. Christoph Haas (MCK)

Dipl.-Ök. Mathias Larbig (MCK)

Dr. med. Timo Schöpke, MBA (DGINA)

Klaus-Dieter Lübke-Naberhaus (MCK)

Dipl.-Ges.-Ök. Christopher Schmidt (MCK)

Dr. rer. pol. Matthias Brachmann (DGINA)

Prof. Dr. med. Christoph Dodt (DGINA)

Hamburg, 17.02.2015

Management Consult Kestermann GmbH

Hoheluftchaussee 95

20253 Hamburg

# Management Summary

## Hintergrund und Zielsetzung

Im Koalitionsvertrag der Regierungsparteien vom 16.12.2013 wird festgestellt, dass sich die ambulante Notfallversorgung außerhalb der allgemeinen Praxissprechzeiten auf die Krankenhäuser konzentriert und dies eine Anpassung der gesetzlichen Rahmenbedingungen und der entsprechenden Vergütung erforderlich mache. Da bisher keine systematisch erhobenen Informationen über die aktuellen Versorgungsstrukturen oder die wirtschaftliche Situation der Notfallversorgung in den Krankenhäusern existieren, hat die Deutsche Krankenhausgesellschaft (DKG) in Kooperation mit der Deutschen Gesellschaft interdisziplinäre Notfall- und Akutmedizin (DGINA) die Management Consult Kestermann GmbH (MCK) im Juni 2014 beauftragt, dieses Gutachten zu erstellen. Aufgrund der langjährigen Erfahrung der MCK im Bereich der Kostenkalkulation von Krankenhausleistungen und der hohen Kompetenz der DGINA für die Versorgungspraxis in den Notaufnahmen der Krankenhäuser können in diesem Gutachten die ökonomischen Aspekte mit der Versorgungsrealität verknüpft werden. Aufgrund dieser Verknüpfung kann das vorliegende Gutachten eine einzigartige, datenbasierte Diskussionsgrundlage für die Weiterentwicklung der ambulanten Notfallversorgung bieten.

Der hohe Stellenwert der Krankenhäuser für die Notfallversorgung ist in der Versorgungsrealität allgemein anerkannt. Es liegen jedoch nur wenige konkrete Zahlen vor. Die DGINA schätzt, dass mindestens 20 Mio. Notfallpatienten jährlich in deutschen Krankenhäusern stationär und ambulant versorgt werden. Von diesen Patienten werden rund 60% ambulant behandelt. Auf Basis der hierzu publizierten Daten ist davon auszugehen, dass durch die Krankenhäuser mit über 10 Millionen ambulanten Notfallbehandlungen sogar mehr Patienten als im vertragsärztlichen Bereitschaftsdienst versorgt werden.

## Datengrundlagen und Methodik

Die Teilnahme der Krankenhäuser an dieser Studie erfolgte auf freiwilliger Basis und unentgeltlich. Die Bereitschaft und das Interesse der Krankenhäuser an einer Teilnahme waren erfreulicherweise sehr hoch. Im Ergebnis haben 55 Krankenhäuser fallbezogenen Kosten- und Leistungsdaten für insgesamt 612.070 ambulante Notfälle für diese Studie bereitgestellt. Auch wenn mit dieser „Zufallsstichprobe“ keine Aussage zur statistischen Repräsentativität möglich ist, steht eine außergewöhnlich breite und auch valide Datengrundlage zur

Verfügung. Auch der Vergleich mit anderen Studien zeigt, dass die aus dieser Datengrundlage hergeleiteten Ergebnisse belastbar sind.

Die Ermittlung der Fallkosten wurde in enger Anlehnung an die anerkannte Kalkulationsmethodik des Institutes für das Entgeltsystem im Krankenhaus (InEK) umgesetzt. Hierzu hat die MCK-GmbH einen Kalkulationsleitfaden erarbeitet und ein etabliertes Kalkulationsprogramm der MCK Tochterfirma CoinS Information Systems GmbH als Cloud-Dienst unentgeltlich zur Verfügung gestellt. Die Kalkulation stellt eine fallbezogene Kostenträgerrechnung der Ist-Kosten auf Vollkostenbasis dar. Dabei werden ausschließlich die „pflegesatzfähigen“ Betriebskosten als Vollkosten betrachtet. Dementsprechend sind in den Kalkulationsergebnissen dieser Studie keine Investitionskosten enthalten. Kalkuliert werden die Kosten der ambulanten, gesetzlich versicherten Notfallpatienten im Jahr 2013. Neben der Notaufnahme werden auch die mit dieser in direkter Leistungsbeziehung stehenden diagnostischen und therapeutischen Bereiche, wie Labor, Röntgen, Endoskopie u. ä. erfasst. Die Kosten für Leistungen, die in den Notaufnahmen für stationäre und andere ambulante Behandlungen erbracht werden, wurden ausgegliedert. Somit stellt die Methodik sicher, dass nur die relevanten Kosten auf die ambulanten Notfälle verrechnet werden.

Zur Erfassung der Informationen zur Versorgungsstruktur hat die DGINA einen Strukturfragebogen entwickelt, mit dem weitere Daten des Krankenhauses, der Notaufnahme und zu den Versorgungsstrukturen im Umfeld der Krankenhäuser erhoben wurden. Diese Daten und Informationen wurden von 39 Krankenhäusern zur Verfügung gestellt.

### **Struktur und Leistungsspektrum der Notaufnahmen**

Im Rahmen der Notfallversorgung besteht die vorrangige Aufgabe der Krankenhäuser in der Sicherstellung der stationären Notfallversorgung. Die Notaufnahmen der Krankenhäuser sind darauf ausgerichtet, schwerverletzte oder schwer erkrankte Patienten zu behandeln. Ihre Funktionen sind die Evaluierung, Stabilisierung, Diagnostik, Therapie und Disposition von Notfallpatienten. Zudem sind die Notaufnahmen auch von zentraler Bedeutung für die Patientensteuerung innerhalb des Krankenhauses. Neben der stationären Versorgung sind die Notaufnahmen aber auch die Anlaufstelle für ambulante Notfälle, wobei die Leistungsinhalte der Notfallversorgung am Übergang von ambulanten zu stationären Fällen fließend sind. Daher kann die folgende Beschreibung der für die Notfallversorgung erforderlichen Infrastruktur und Ressourcen der Notaufnahmen auch Hinweise auf die krankenhausspezifischen Kosten von ambulanten Notfallbehandlungen im Krankenhaus geben.

82% der teilnehmenden Krankenhäuser halten eine zentrale Notaufnahme vor, die in der Mehrheit als eigständige Abteilung der Krankenhäuser organisiert ist. Ein Viertel der Krankenhäuser verfügt über weitere dezentrale Notaufnahmen, die übrigen versorgen ihre Notfallpatienten in rein dezentralen Einrichtungen. Ein Drittel der Notaufnahmen verfügt über eigene bettenführende Bereiche. Die personelle Ausstattung der Notaufnahmen ist mit durchschnittlichen 141 kumulierten Personalminuten pro Patient über alle Berufsgruppen vergleichbar mit dem Ergebnis einer anderen aktuellen Studie.

Die Aufnahmequote, d. h. der Anteil der Patienten in den Notaufnahmen, der vollstationär aufgenommen wird, beträgt durchschnittlich 38%. Weitere 10% der Notfallpatienten entfallen auf vorstationäre oder andere Behandlungsformen. Durchschnittlich 52% der Patienten werden ambulant versorgt, davon werden 80% gegenüber der Kassenärztlichen Vereinigungen, 12% gegenüber den Berufsgenossenschaften und 8% privatärztlich abgerechnet. Die Notfallquote des gesamten Krankenhauses, d. h. der Anteil aller vollstationären Patienten des Krankenhauses, die über die Notaufnahmen aufgenommen werden, beträgt 51%. Im Vergleich zum Jahr 2012 verzeichneten die Notaufnahmen für das Jahr 2013 eine Fallzahlsteigerung von insgesamt 6%, die ambulanten Notfallbehandlungen gesetzlich versicherter Patienten nahmen sogar um 9% zu.

### **Ergebnisse der Fallkostenkalkulation**

Die Fallkostenkalkulation umfasst entsprechend der Fragestellung des Gutachtens ausschließlich die ambulanten Notfallbehandlungen gesetzlich versicherter Patienten, die gegenüber den Kassenärztlichen Vereinigungen abgerechnet werden.

Insgesamt wurden für 612.070 dieser Fälle fallbezogene Kostendaten aus den 55 Krankenhäusern übermittelt. Die durchschnittlichen **Kosten für ambulante Notfallpatienten liegen bei 126 EUR pro Fall.**

Die Gründe für die Höhe der Kosten lassen sich in der Kostenstruktur der Behandlungsfälle erkennen. 80% der Fallkosten entstehen in den Notaufnahmen selbst, 13% fallen für radiologischen Untersuchungen und 5% für Labordiagnostik an. Der Anteil anderer Kostenstellenbereiche ist mit 2% eher unbedeutend. Betrachtet man die anfallenden Kostenarten in den Notaufnahmen, so entfallen rund ein Drittel auf den ärztlichen Dienst, ein Drittel auf den Pflege- bzw. Funktionsdienst, 9% sind medizinische Sachkosten und 25% Infrastrukturkosten. Dazu zählen Gebäudebewirtschaftung, Verwaltung, Wartung, Zentralsterilisation, etc. Für 55% der ambulanten Notfälle fallen Kosten in diagnostischen oder therapeutischen Bereichen außerhalb der Notaufnahme an. Beispielsweise sind dies bei 35% der Notfallbe-

handlungen Kosten der Radiologie mit durchschnittlich 46 EUR, in 24% der Fälle Laborkosten mit rund 26 EUR.

Die Krankenhäuser haben teilweise weitere fakultative Daten zum Alter, zur Zuweisungs- und Transportart und zur behandelnden Fachrichtung der Notfallpatienten angegeben, so dass die Kosten für die entsprechenden Subgruppen analysiert werden konnten. So betragen die durchschnittlichen Kosten in der Altersgruppe unter 6 Jahren 89 EUR. Mit zunehmendem Alter steigen die Behandlungskosten und betragen bei hochaltrigen Patienten 160 EUR. Zudem werden in dem Gutachten die durchschnittlichen Kosten nach Zuweisungsart, Transportart, nach Fachabteilungsbezug und Diagnosegruppen dargestellt. Die Fallkosten von rettungsdienstlich zugewiesenen Patienten liegen beispielsweise bei 171 EUR, werden die Patienten zusätzlich vom Notarzt ins Krankenhaus begleitet, liegen die Fallkosten bei durchschnittlich 242 EUR.

Von den 55 Krankenhäusern, die Kostendaten geliefert haben, konnten 37 Krankenhäuser zusätzlich fallbezogene Angaben zu den Erlösen aus der Abrechnung nach dem EBM für 341.194 ambulante Notfälle bereitstellen. Durchschnittlich betragen der fallbezogene Erlös 32 EUR und die durchschnittlichen Kosten in dieser Gruppe 120 EUR. Daraus resultiert ein **Fehlbetrag von 88 EUR pro Fall**. Für die Höhe der Fallkosten ist der aus der größeren Grundgesamtheit von 55 Krankenhäusern hergeleitete Betrag von 126 EUR aussagekräftiger.

Zur Anzahl der bundesweiten Fallzahl wird in der Antwort der Bundesregierung auf eine kleine Anfrage ausgeführt, dass nach Angaben der Kassenärztlichen Bundesvereinigung die Anzahl der Behandlungsfälle in den Krankenhäusern im Jahr 2012 ohne Bremen bei rund 9 Millionen lag. Unter Berücksichtigung dieser Unvollständigkeit, der Fallzahlsteigerung und der mit dieser Studie nicht erfassten Investitionskosten ist von einem **Gesamtdefizit der Krankenhäuser** in Höhe von schätzungsweise **1 Milliarde EUR** auszugehen.

### **Stellenwert der Krankenhäuser für die ambulante Notfallversorgung**

Im Rahmen der Strukturdatenerhebung wurden die Krankenhäuser nach der Verfügbarkeit eines allgemeinen und/oder fachspezifischen Kassenärztlichen Bereitschaftsdienstes im Umfeld des eigenen Krankenhauses gefragt. Die Auswertung der Angaben zeigt, dass der allgemeine Kassenärztliche Bereitschaftsdienst nur eingeschränkt verfügbar ist. Mehr als zwei Drittel der Krankenhäuser geben an, dass die Öffnungszeiten der Notfallpraxen weniger als die Hälfte der sprechstundenfreien Zeiten abdecken. Ein fachspezifischer Bereitschaftsdienst wird vereinzelt zur Verfügung gestellt. Jedes vierte Krankenhaus gibt an, dass

im Umfeld ein kinderärztlicher Bereitschaftsdienst zur Verfügung steht, jedes fünfte Krankenhaus nennt zudem einen augenärztlichen Notfalldienst. Andere Fachgebiete sind noch seltener vertreten, so dass angenommen werden kann, dass fachspezifische Behandlungen in der Regel von Krankenhäusern erbracht werden.

Hinsichtlich der zeitlichen Verteilung der Inanspruchnahme der Notaufnahmen von Krankenhäusern durch ambulante Notfälle zeigt sich auf monatlicher Ebene eine Schwankung von 30% um den Mittelwert. Im Juli und August ist die höchste Inanspruchnahme zu verzeichnen, im November die niedrigste. Bei Betrachtung auf Wochenebene nehmen die Schwankungen zu. Im Vergleich zu Werktagen steigt die Anzahl der ambulanten Notfälle am Wochenende um durchschnittlich 39% an, wobei die Fallkosten am Wochenende um 5% niedriger liegen als an Werktagen. Auf Tagesebene werden die meisten ambulanten Notfallbehandlungen werktags in der Zeit zwischen 18 und 20 Uhr durchgeführt, am Wochenende zwischen 10 und 12 Uhr.

Um den Stellenwert der Krankenhäuser für die ambulante Notfallversorgung näher zu untersuchen, werden die Behandlungsleistungen der Krankenhäuser nach „allgemeiner Notfallbehandlung“, „spezieller Notfallbehandlung“ und „krankenhausspezifischer Notfallbehandlungen“ kategorisiert. Dabei wird angenommen, dass „allgemeine Notfallbehandlungen“ in der Regel auch zu den Sprechstundenzeiten in den Arztpraxen und außerhalb der Sprechstundenzeiten im allgemeinen Kassenärztlichen Bereitschaftsdienst durchgeführt werden könnten. Bei „fachspezifischen Notfallbehandlungen“ sind weitere fachspezifische Leistungen wie z. B. die Wundversorgungen mit Naht, Ultraschalluntersuchungen, die Anlage von Dauerkathetern, etc. erforderlich. Der Gruppe der „krankenhausspezifische Notfallbehandlungen“ werden die Behandlungen zugerechnet, für die eine unverzügliche Diagnostik wie z. B. Labor-, Röntgen- oder CT-Untersuchungen erbracht werden, die in der Regel im kassenärztlichen Bereitschaftsdienst nicht vorgehalten wird oder auch in den Sprechstundenzeiten der Arztpraxen zeitnah nicht möglich ist.

Im Ergebnis werden 33% der Fälle als „allgemeinen Notfallbehandlungen“ eingeordnet. Die durchschnittlichen Fallkosten in dieser Gruppe betragen 82 EUR. 20% der Patienten erhalten spezielle Notfallbehandlungen mit durchschnittlichen Kosten von 116 EUR. 47% der ambulanten Notfälle erhalten krankenhausspezifische Notfallbehandlungen mit Durchschnittskosten von 150 EUR.

Unabhängig von der Verfügbarkeit von (Notfall-)Praxen der KV ist erkennbar, dass rund die Hälfte der ambulanten Notfallbehandlungen in Krankenhäusern aufgrund der notwendigen notfallmedizinischen Leistungsinhalte grundsätzlich nicht im allgemeinen, organisierten Notfalldienst der KV versorgt werden können. Für weitere rund 20% der Behandlungsfälle

wäre eine Versorgung durch den Notfalldienst der KV in Abhängigkeit von der Gebietsbezeichnung des diensthabenden Arztes denkbar. Allerdings ist davon auszugehen, dass aufgrund der verpflichtenden Teilnahme aller Vertragsärzte am Bereitschaftsdienst kaum Ärzte mit entsprechenden Gebietsbezeichnung im Dienst sind.

Lediglich das Drittel der Fälle mit „allgemeinen Notfallbehandlungen“ könnte aus medizinischen Aspekten prinzipiell auch im vertragsärztlichen Bereich versorgt werden. Allerdings bestand in dieser Stichprobe nur in der Hälfte der Fälle zum Zeitpunkt der Vorstellung der Patienten auch ein alternatives Versorgungsangebot der KV. Demnach hätten in dieser Stichprobe nur rund ein Sechstel der ambulanten Notfallbehandlungen sowohl aus medizinischen als auch organisatorischen Gründen tatsächlich im vertragsärztlichen Bereich durchgeführt werden können. Daraus darf jedoch nicht der Umkehrschluss gezogen werden, dass sich diese Patienten nicht in den Notaufnahmen hätten vorstellen dürfen. Wenn sich Patienten als Notfall im Krankenhaus vorstellen, sind die Krankenhäuser verpflichtet, diese Patienten zumindest im Sinne der Erstversorgung zu behandeln.

Eine entscheidende Erkenntnis zur Weiterentwicklung der ambulanten Notfallversorgung besteht darin, dass für rund die Hälfte der ambulanten Notfallbehandlungen die Behandlung in einem Krankenhaus unverzichtbar ist. Weitere 20% der Notfallbehandlungen könnten im kassenärztlichen Bereitschaftsdienst abgedeckt werden, wenn tatsächlich auch flächendeckend fachspezifische KV-Bereitschaftsdienste geschaffen würden. Dies dürfte allerdings aufgrund der begrenzten Anzahl der niedergelassenen Fachärzte praktisch kaum machbar und eine Schaffung von Doppelstrukturen vermutlich auch nicht wirtschaftlich sein, da dieses Angebot bereits durch die Notaufnahmen der Krankenhäuser vorhanden ist.

Die Analysen der Kosten haben gezeigt, dass die Höhe der durchschnittlichen Kosten durch das Leistungsspektrum der ambulanten Notfallbehandlungen und die spezifischen Strukturen des Krankenhauses begründet ist. Es ist nachvollziehbar, dass mit der Vergütung nach dem EBM, die für den kassenärztlichen Bereich bemessen ist, keine sachgerechte Vergütung von Krankenhausleistungen möglich ist. Auch die aktuelle Anpassung der EBM-Notfallpauschalen bringt für die Krankenhäuser keine Verbesserung der Erlössituation.

Zusammenfassend wäre eine stärkere Übernahme der allgemeinen Notfallbehandlungen als bisher durch die KVen und damit eine Entlastung der Krankenhäuser für rund ein Drittel der Fälle sowohl aus medizinischer als auch aus wirtschaftlicher Sicht sinnvoll, da die kostenintensiven Strukturen der Krankenhäuser nicht zwingend benötigt werden. Allerdings müsste die vertragsärztliche Notfallversorgung hierfür auch flächendeckend und durchgehend realisiert werden. Zudem müsste die vertragsärztliche Notfallversorgung z. B. durch

Kooperation mit den Krankenhäusern auch so organisiert werden, dass den Notfallpatienten am Ort der Vorstellung ein Vertragsarzt zur Verfügung steht. Zeitgleich hierzu müsste jedoch auch für rund zwei Drittel der Patienten, für die eine Notfallversorgung im Krankenhaus unverzichtbar ist, eine geeignete Vergütung geschaffen werden, die den Behandlungsmöglichkeiten und den damit verbundenen Kostenstrukturen der Krankenhäuser Rechnung trägt.

# Inhaltsverzeichnis

Management Summary .....	2
1. Einleitung .....	11
1.1 Hintergrund und Ausgangssituation.....	11
1.2 Ziel des Gutachtens .....	12
1.3 Projektbeteiligte.....	14
2. Methodik der Studie .....	16
2.1 Projektdurchführung.....	16
2.2 Untersuchungsbereiche .....	16
2.3 Anforderungen an die Datenlage zur Teilnahme an der Studie .....	18
2.4 Umsetzung der Kalkulation .....	20
2.5 Sicherstellung der Datenqualität.....	22
3. Datengrundlage der Studie.....	24
3.1 Teilnehmende Krankenhäuser .....	24
3.2 Qualität und Inhalte der Daten.....	25
3.3 Strukturen der Notaufnahmen .....	29
3.3.1 Organisation der Notaufnahme .....	29
3.3.1 Personelle Ausstattung der Notaufnahmen .....	30
3.4 Leistungsspektrum der klinischen Notfallversorgung.....	32
3.4.1 Fallarten und Quoten .....	32
3.4.2 Anzahl ambulanter Notfälle in den Krankenhäusern.....	35
4. Ergebnisse der Fallkostenkalkulation .....	38
4.1 Kosten ambulanter Notfälle in Krankenhäusern .....	38
4.1.1 Durchschnittliche Fallkosten .....	38
4.1.2 Kostenstruktur.....	40
4.1.3 Kosten in den diagnostischen und therapeutischen Bereichen.....	42
4.2 Erlöse aus ambulanten Notfällen in Krankenhäusern .....	43
4.2.1 Durchschnittliche Erlöse.....	43
4.2.2 Erlösstruktur.....	45

4.2.3	Auswirkungen der EBM-Änderung vom 17. Dezember 2014 .....	46
4.3	Kostendeckung der ambulanten Notfälle in Krankenhäusern .....	48
4.4	Analysen nach Altersgruppen.....	50
4.5	Zeitliche Verteilung der Inanspruchnahme der Notaufnahme .....	53
4.6	Kosten nach Dringlichkeit.....	56
4.7	Kosten und Erlöse nach Zuweisungsart .....	57
4.8	Kosten und Erlöse nach Transportart .....	58
4.9	Kosten und Erlöse nach Fachrichtung.....	59
5.	Stellenwert der ambulanten Notfallversorgung am Krankenhaus.....	61
5.1	Organisatorische Aspekte .....	62
5.1.1	Verfügbarkeit des allgemeinen Kassenärztlichen Bereitschaftsdienstes .....	63
5.1.2	Verfügbarkeit des fachspezifischen Kassenärztlichen Bereitschaftsdienstes ..	65
5.1.3	Kooperationen zwischen Krankenhäusern und KV.....	66
5.2	Medizinische Aspekte .....	67
5.2.1	Medizinische Klassifizierung anhand von Diagnosen .....	67
5.2.2	Medizinische Klassifizierung anhand von medizinischen Leistungsinhalten ....	70
5.3	Zusammenfassende Schlussfolgerungen.....	75
6.	Literatur.....	78
7.	Abbildungsverzeichnis.....	80
8.	Tabellenverzeichnis.....	82

# 1. Einleitung

## 1.1 Hintergrund und Ausgangssituation

Im Koalitionsvertrag der Regierungsparteien vom 16.12.2013 wird festgestellt, dass sich die ambulante Notfallversorgung außerhalb der allgemeinen Praxissprechzeiten auf die Krankenhäuser konzentriert und dies eine Anpassung der gesetzlichen Rahmenbedingungen und der entsprechenden Vergütung erforderlich mache.<sup>1</sup> Kassenärztliche Vereinigungen und Krankenhäuser sollen dabei unter Einbeziehung der Notdienste der Apotheken in eine regelmäßige Kooperation zur Sicherstellung der ambulanten Notfallversorgung eintreten, wobei der Sicherstellungsauftrag bei den Kassenärztlichen Vereinigungen verbleibt.

Bisher liegen keine systematisch erhobenen Daten zu den aktuellen Versorgungsstrukturen oder zur wirtschaftlichen Situation der klinischen Notfallversorgung vor, die als belastbare Grundlage für die anstehenden politischen Abstimmungsprozesse genutzt werden können. Insbesondere zur wirtschaftlichen Situation der ambulanten Notfallversorgung durch Krankenhäuser ist die Datenlage unzureichend. Der gesamte Bereich ambulanter Krankenhausleistungen wird mit der vom Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus (InEK) jährlich für die Weiterentwicklung des DRG-Systems erhobenen Kosten- und Leistungsdaten nicht erfasst. Eine vergleichbare Erhebung für ambulante Behandlungen in Krankenhäusern existiert nicht. Über das Patienten- und Leistungsspektrum der ambulanten Notfallversorgung in den Krankenhäusern und die Strukturen von Notaufnahmen liegen nur wenige Publikationen vor.<sup>2</sup>

Nach Schätzungen der Deutschen Gesellschaft Interdisziplinäre Notfall- und Akutmedizin e. V. (DGINA) werden jährlich mindestens 20 Mio. stationäre und ambulante Patienten in den Notaufnahmen der Krankenhäuser versorgt.<sup>3</sup> In der Antwort der Bundesregierung auf eine kleine Anfrage wird ausgeführt, dass nach Angaben der Kassenärztlichen Bundesvereinigung die Anzahl der Behandlungsfälle im organisierten Notdienst der Vertragsärzte im Jahr 2012 bei rund 8,3 Millionen und in den Krankenhäusern bei rund 9 Millionen lag.<sup>4</sup>

Die Vergütung der ambulanten Notfalleleistungen erfolgt bei gesetzlich Krankenversicherten als fallbezogenes Honorar nach dem Einheitlichen Bewertungsmaßstab (EBM) durch die

---

<sup>1</sup> CDU, CSU, SPD (2013), S. 57.

<sup>2</sup> Schöpke, T., Dodt, C., Brachmann, M. et. al. (2014), S. 660 ff.

<sup>3</sup> DGINA (2013), S. 1

<sup>4</sup> Bundesregierung (2013), S. 10

Kassenärztlichen Vereinigungen unabhängig davon, ob die Behandlung im Krankenhaus oder im vertragsärztlichen Bereich erbracht wird. Der EBM wurde als Honorarverteilungsinstrument für den vertragsärztlichen Bereich entwickelt und orientiert sich an den fallbezogenen Kosten, die durchschnittlich in Arztpraxen anfallen. Die Behandlungskosten ambulanter Notfälle in Krankenhäusern werden aufgrund der Leistungs- und Kostenstruktur von Krankenhäusern als deutlich höher angenommen.

Vor diesem Hintergrund hat die Deutsche Krankenhausgesellschaft e. V. (DKG) in Kooperation mit der Deutschen Gesellschaft Interdisziplinäre Notfall- und Akutmedizin e. V. (DGINA) die Management Consult Kestermann GmbH (MCK) beauftragt, das hier vorliegende Gutachten zur Finanzierung und Versorgungsstruktur der ambulanten Notfallversorgung durch Krankenhäuser zu erstellen. Grundlage dieses Gutachtens ist eine erstmals bundesweit angelegte systematische Erhebung der Behandlungskosten, -leistungen und -erlöse sowie Daten zu den Strukturen der ambulanten klinischen Notfallversorgung in den Krankenhäusern. Die Kalkulation der Fallkosten erfolgt in enger Anlehnung an die Methodik des InEK zur jährlichen DRG-Kalkulationserhebung. Diese Kalkulationsmethodik blickt auf einen über 10-jährigen Entwicklungsprozess im Rahmen der Weiterentwicklung des G-DRG Systems zurück und ist für die Ermittlung von Behandlungskosten im Krankenhaus allgemein anerkannt. Hierdurch ist die Vergleichbarkeit und Nachvollziehbarkeit der Ergebnisse gewährleistet.

## **1.2 Ziel des Gutachtens**

Ziel des Gutachtens ist, den bisher weitgehend intransparenten Bereich der ambulanten Notfallversorgung im Krankenhaus erstmalig aus einer breiten und systematisch erhobenen Datengrundlage heraus zu beschreiben. Der Fokus der Betrachtung liegt auf zwei Sachverhalten. Zum einen soll die ökonomische Situation der klinischen Notfallversorgung analysiert werden, zum anderen sollen die strukturellen Gegebenheiten innerhalb und im Umfeld der Notaufnahmen dargestellt werden. Dabei sollen die Patienten- und Leistungsstrukturen in den Krankenhäusern sowie das Versorgungsumfeld beschrieben werden, um Hinweise auf die Gründe für den Ressourcenaufwand und die Notwendigkeit der Behandlung von ambulanten Notfällen im Krankenhaus zu erhalten.

## **Ökonomische Betrachtung**

Die ökonomische Betrachtung legt ihren Schwerpunkt auf die ambulanten Notfallbehandlungen im Krankenhaus, die gegenüber den Kassenärztlichen Vereinigungen abgerechnet werden. Sie konzentriert sich damit bewusst auf diejenigen Fälle der Notaufnahmen, die inhaltlich nicht zum stationären Leistungsspektrum entsprechend § 39 SGB V gezählt werden und auch nicht über die im stationären Bereich wirksamen Mechanismen vergütet werden.<sup>5</sup>

Primär sind differenzierbare Daten zur Höhe der Fallkosten und -erlöse in den Notaufnahmen der Krankenhäuser erhoben worden. Durch die Gegenüberstellung der Fallkosten mit den aktuell realisierten Vergütungen auf der Grundlage der bestehenden Tarifsysteme werden auf Fallebene die finanziellen Überschüsse oder Defizite ermittelt. Über die Gesamtfälle und die Gesamtheit, der an dieser Studie teilnehmenden Krankenhäuser, wird im Ergebnis eine belastbare Darstellung der Kalkulationsergebnisse erarbeitet. Weiterhin werden demografische, prozessuale und medizinische Daten erhoben, die durch die Bildung geeigneter Fallgruppen tiefere Analysen des behandelten Fallspektrums ermöglichen.

## **Strukturen**

Die Beschreibung der Organisationsstrukturen innerhalb und im Umfeld der Notaufnahmen dient dazu, bestehende Informationslücken zu schließen und den Ressourcenaufwand der Krankenhäuser abzubilden, deren Kostenstrukturen hier analysiert werden. Im Auswertungsteil dieses Gutachtens dient sie weiterhin dazu, die ökonomischen Daten in einen strukturellen Kontext zu setzen. Auf diese Weise sollen die Ursachen der Kostenstrukturen erkennbar werden.

---

<sup>5</sup> Über die DRGs werden lediglich die relevanten Kosten einer stationären Notfallbehandlung mitvergütet. Der ambulante Bereich ist von der jährlichen InEK-Datenerhebung ausgeschlossen und fließt somit nicht in die Berechnung der DRG-Relativgewichte ein.

## **1.3 Projektbeteiligte**

### **DKG**

Die Deutsche Krankenhausgesellschaft (DKG) ist der Zusammenschluss von Spitzen- und Landesverbänden der Krankenhausträger. Sie unterstützt ihre Mitglieder bei der Erfüllung ihrer Aufgaben und auf dem Gebiet des Krankenhauswesens. Die DKG ist in Kooperation mit der DGINA Auftraggeber dieses Gutachtens.

### **DGINA**

Die Deutsche Gesellschaft interdisziplinäre Notfall- und Akutmedizin e. V. (DGINA) ist die Interessenvertretung der in Notaufnahmen tätigen Ärzte, Pflegekräften und anderen Berufsgruppen in Deutschland. Mitglieder der Gesellschaft bringen ihre Kompetenz und medizinische Fachlichkeit bezogen auf die klinische Notfallmedizin im Rahmen der Kooperation in das Gutachten ein.

### **MCK-GmbH**

Die Management Consult Kestermann GmbH ist eine Managementberatung im Gesundheitswesen und gilt unter anderem mit der 14-jährigen Erfahrung ihrer Mitarbeiter aus über 500 erfolgreichen InEK-Kalkulationen im Bereich KIS-unabhängiger Kostenkalkulation als Marktführer in Deutschland. Sie hat die Kostenkalkulation sowohl inhaltlich als auch technisch umgesetzt. Für dieses Projekt hat die MCK ihr Kalkulationssystem den Krankenhäusern als Cloud-Dienst zur Verfügung gestellt und die Krankenhäuser fachlich bei der Durchführung der Kostenträgerrechnung unterstützt. Die Projektarbeiten erstreckten sich von Ende Juni 2014 bis Anfang 2015. Die eigentlichen Kalkulationsarbeiten in den Krankenhäusern erfolgten von September bis Mitte November 2014.

### **Teilnehmende Krankenhäuser**

Über die Landeskrankenhausgesellschaften wurden die Krankenhäuser bundesweit gebeten, das Projekt zu unterstützen. Die Teilnahme der Krankenhäuser an diesem Projekt erfolgte auf freiwilliger Basis und unentgeltlich.

Die Bereitschaft und das Interesse der Krankenhäuser waren erfreulicherweise sehr hoch. Da jedoch eine fallbezogene elektronische Leistungsdokumentation in den Notaufnahmen

nur in wenigen Krankenhäuser vorhanden ist, konnten einige interessierte Krankenhäuser die Anforderungen für eine Teilnahme nicht erfüllen oder die Datenaufbereitung und Kalkulation in dem vorgegebenen Zeitrahmen nicht umsetzen. Dennoch konnte im Ergebnis eine erfreulich hohe Zahl von Krankenhäusern plausible Daten für das Projekt bereitstellen.

## **2. Methodik der Studie**

### **2.1 Projektdurchführung**

Das Projekt wurde in der Zeit von Juli 2014 bis November 2014 durchgeführt. In den Monaten Juli und August wurden alle vorbereitenden Maßnahmen abgeschlossen, so dass mit der Datenerhebung im August begonnen werden konnte. In dieser Zeit wurden auf Seiten von MCK die Voraussetzungen für eine reibungslose Projektdurchführung geschaffen. Die von der MCK-Tochterfirma CoinS Information Systems GmbH unentgeltlich für die Umsetzung der Fallkostenkalkulationen zur Verfügung gestellte Kalkulationssoftware wurde für die Projektzwecke modifiziert und online für jeden Kalkulationsteilnehmer eingerichtet. Zusätzlich wurde ein ca. 50-seitiger Kalkulationsleitfaden erstellt, der auch denjenigen Krankenhäusern die Teilnahme ermöglichte, die bis dato über keine Kostenträgerrechnung oder Kalkulationserfahrung verfügten. Der Kalkulationsleitfaden orientierte sich inhaltlich an der vom InEK vorgegebenen Grundsystematik einer Kostenträgerrechnung und stellte den praktischen Bezug zur verwendeten Kalkulationssoftware dar. Von der DGINA wurde ein Strukturfragebogen erstellt, mit dem weitere Daten des Krankenhauses, der Notaufnahme und den Versorgungsstrukturen im Umfeld des Krankenhauses erhoben wurde. Über die Landeskrankenhausgesellschaften wurden die Krankenhäuser gebeten, an der Studie teilzunehmen. Die Datenerhebung erfolgte in den darauffolgenden Monaten bis Ende November 2014. Für diese Phase wurde die laufende direkte und persönliche Betreuung aller Kalkulationshäuser durch MCK sichergestellt. Die Daten aus den Strukturfragebögen und den Kalkulationen wurden mehrfach plausibilisiert und in eine Gesamtdatenbank zusammengeführt. Die Analysen der umfangreichen Daten wurden ab Dezember 2014 durchgeführt und die Ergebnisse im Rahmen des vorliegenden Gutachtens bis Anfang Februar 2015 ausgearbeitet und beschrieben.

### **2.2 Untersuchungsbereiche**

Das Gutachten soll die Versorgungssituation sowie die Kosten- und Erlössituation der ambulanten Notfallversorgung gesetzlich krankenversicherter Notfallpatienten aufzeigen, die über die Kassenärztlichen Vereinigungen nach dem Einheitlichen Bewertungsmaßstab (EBM) abgerechnet und vergütet werden. Patienten dieser Fallgruppe werden zur Vereinfachung im methodischen Teil des Gutachtens als „EBM-Fälle“ bezeichnet. Bei der Beschreibung und Bezeichnung der Auswertungen, die ausschließlich auf diesen Fällen basieren, wird zur besseren Lesbarkeit auch verallgemeinernd die Bezeichnung „ambulante Notfälle“

verwendet. Sofern sich Auswertungen der „ambulanten Notfälle“ nicht bzw. nicht ausschließlich auf „EBM-Fälle“ beziehen, wird dies entsprechend beschrieben.

Das Patienten- und Leistungsspektrum der Notaufnahmen soll beschrieben und auf dieser Grundlage über den Stellenwert der Krankenhäuser für die ambulante Notfallversorgung diskutiert werden. Diesen Projektzielen entsprechend ergeben sich die einzelnen Untersuchungsbereiche, die im Rahmen der Studie bearbeitet worden sind:

- Die Kosten, der in den Notaufnahmen behandelten ambulanten Notfälle in der Struktur der InEK-Kostenmatrix, sinnvoll gruppiert zu aussagekräftigen Durchschnittswerten für relevante Patientengruppen. Hierzu zählen differenzierte Betrachtungen nach Erkrankungen, Behandlungsleistungen, Fachrichtungen, Transport- und Zuweisungsarten etc.
- Die Erlöse nach dem EBM für ambulante Notfallbehandlungen gesetzlich versicherter Patienten.
- Zentraler Untersuchungsgegenstand in diesem Projekt sind (aus der Zusammenführung von Kosten- und Erlösdaten auf Fallebene) die Überschüsse und Fehlbeiträge der einzelnen Fälle in ihrer Grundgesamtheit und sinnvoll gruppiert zu relevanten Teilmengen bzw. Fallgruppen (s. o.).
- Die Inanspruchnahme und Kosten von weiteren Bereichen im Krankenhaus, wie bspw. Labor, Röntgen, Endoskopie etc.
- Die Beschreibung der Patienten- und Leistungsstrukturen wie bspw. der Anteil mit radiologischen Leistungen, der Anteil mit Laborleistungen, die Quote der stationären Aufnahmen, etc.
- Die Beschreibung der Strukturparameter der Notaufnahmen, wie bspw. Personalausstattung, Organisationsform etc.
- Informationen zum vertragsärztlichen Umfeld, wie bspw. die Art und Erreichbarkeit der Notfallpraxen sowie Regelungen der vertragsärztlichen Notfallversorgung.
- Die zeitliche Inanspruchnahme der Notaufnahmen
- Zuweiser- und Transportmittelquoten der ambulanten Notfallpatienten soweit verfügbar.

## **2.3 Anforderungen an die Datenlage zur Teilnahme an der Studie**

Die Kalkulation fokussiert ausschließlich auf die Notaufnahmen und die mit ihr in direkter Leistungsbeziehung stehenden diagnostischen und therapeutischen Bereiche. Die wesentliche Voraussetzung für eine Teilnahme an der Kalkulation war die Verfügbarkeit von fallbezogenen Daten. Der Fallbezug musste über eine einheitliche Fallnummer in der Notaufnahme und den peripheren Bereichen gewährleistet sein bzw. aus den verschiedenen IT-Systemen herstellbar sein. Grundlage für die Kalkulation sind die vollständigen Daten des Gesamtjahres 2013.

### **Obligatorische Daten**

Zentraler Untersuchungsgegenstand sind die ambulanten EBM-Fälle. Entsprechend mussten für diese Fallgruppe vollständige Kosten-, Erlös- und Leistungsdaten vorliegen. Kostendaten mussten in Form einer Kostenstellenrechnung vorliegen. Sie bilden die Grundlage der Kostenverrechnung auf die Fälle. Die Leistungsdaten sollen Aufschluss über den unterschiedlichen Ressourcenverzehr geben. Sie dienen als Zuordnungsmechanismus der Kosten aus den Kostenstellen auf die einzelnen Fälle. Als Leistungsdaten waren GOÄ-Punkte, EBM-Punkte, vergleichbare Hauskataloge oder auch Leistungszeiten zulässig. Mindestvoraussetzung war, dass diese für die EBM-Fälle vorlagen.

### **Kostendaten**

- Vollständige Kostenstellenauswertung mit den Kontensalden der Aufwandskontenklassen 6 und 7 je Kostenstelle. Die Notaufnahme muss eine oder mehrere eigene Kostenstellen haben, die im Rahmen der Finanzbuchhaltung bzw. Kostenrechnung den Ressourcenverzehr dieser Einheiten über Kostenbuchungen korrekt abbilden.

### **Leistungsdaten**

- Fallbezogene Leistungserfassung mit den Gebührenordnungspositionen des EBM oder einem anderen geeigneten Katalog für mindestens die EBM-Fälle.
- Fallbezogene Leistungserfassung in den Notaufnahmen und den in direkter Leistungsbeziehung mit der Notaufnahme stehenden Bereichen (z. B. Labor, Radiologie, Endoskopie etc.; auch bei externer Leistungserbringung).

## **Fakultative Daten**

Neben den ambulanten EBM-Fällen werden weitere Fallgruppen mit anderen Abrechnungsarten bzw. Kostenträgern in den Notaufnahmen behandelt. Die mit diesen Fällen zusammenhängenden Daten konnten fakultativ in die Kalkulation eingebracht werden.

Je Leistungs- bzw. Kostenstelle wird in der Berechnungssystematik ein Leistungsschlüssel (Leistungskatalog) einheitlich für alle Kosten angewendet. Unterschiedliche Katalog-Punktsystematiken aus bspw. GOÄ und EBM können nicht gemeinsam für die Verteilung der Kosten einer Kostenstelle genutzt werden.

Sofern also die Kosten der Notaufnahme auf Fallebene auch für weitere ambulante Fallgruppen außer den EBM-Fällen ermittelt werden sollten, waren entsprechende Leistungsdokumentationen im selben System zwingend erforderlich (bspw. als einheitliche Dokumentation der Leistungen der Notaufnahme in einem Hauskatalog für alle behandelten Fälle).

## **Erlösdaten**

Zur Ermittlung der Erlöse sind die gegenüber den Kassenärztlichen Vereinigungen abgerechneten Entgelte mit den realisierten Entgeltbeträgen bewertet nach dem EBM für die gesetzlich versicherten Notfallpatienten abgefragt worden.

## **Ergänzende Fallinformationen**

Für eine ökonomische Bewertung differenziert nach Patientengruppen wurden, soweit vorhanden, zusätzlich demographische, prozessuale und medizinische Merkmale auf Fallebene erhoben:

- Alter
- Aufnahme- und Entlassungsdatum mit Uhrzeit
- Zuweisungsart
- Transportart
- Diagnosen nach ICD
- Fachabteilungszuordnung
- Einstufung in ein System zur Kategorisierung der Dringlichkeit

Um eine möglichst große Stichprobe für die Kostenkalkulation zu erreichen, war eine Teilnahme an der Kostenkalkulation jedoch auch möglich, wenn diese ergänzenden Fallinformationen nicht vollständig verfügbar waren.

## **Strukturdaten des Krankenhauses zur Notfallversorgung**

Neben den fallbezogenen Daten sind zur Untersuchung der Patienten- und Leistungsstrukturen und der Versorgungssituation weitere Informationen erforderlich, die über einen einmalig auszufüllenden Strukturfragebogen der DGINA erhoben wurden. Dieser Fragebogen beinhaltete u. a. Fragen zu:

- Krankenhausbetten
- Fallzahlen nach Fallarten
- Fachabteilungsstruktur des Krankenhauses
- Strukturen und Prozesse der klinischen Notfallversorgung
- Personalressourcen in der Notaufnahme
- Umfeldstrukturen der vertragsärztlichen Notfallversorgung

## **2.4 Umsetzung der Kalkulation**

### **Kostenrechnung**

Die Kalkulation der Fallkosten der ambulanten Fälle erfolgte analog zur Methodik des InEK zur jährlichen DRG-Kalkulationserhebung. Sie fokussiert jedoch ausschließlich auf die Notaufnahmen und die mit ihr in direkter Leistungsbeziehung stehenden diagnostischen und therapeutischen Bereiche, wie Labor, Röntgen, Endoskopie u. ä.

Mit dem eigens erstellten Kalkulationsleitfaden sollte es auch Krankenhäusern, die nicht an der InEK-Kalkulation teilnehmen, ermöglicht werden, die erforderlichen Daten zu bearbeiten und eine Kostenträgerrechnung für die Notaufnahme durchzuführen. Die Kalkulation umfasst alle auch im InEK-Kalkulationshandbuch vorgesehenen Arbeitsschritte:

- Umbuchungen insbesondere von Kosten des Ärztlichen Dienstes zu den relevanten Kostenstellen und andere Korrekturen der Kostenstellenrechnung,
- Durchführung einer innerbetrieblichen Leistungsverrechnung (IBLV), bei der medizinische und nicht-medizinische Infrastrukturkosten auf indirekten Kostenstellen über geeignete Verrechnungsschlüssel auf die direkten Kostenstellen umgerechnet werden,
- Abgrenzung nicht kalkulationsrelevanter Kostenarten und Kostenstellen,
- Verrechnung der relevanten Kosten auf den direkten Kostenstellen auf die Notfälle mittels geeigneter fallbezogener Leistungsdokumentationen.

Im Rahmen der Kostenkalkulation wurden auch die weiteren fallbezogenen Daten erhoben (vgl. Kapitel 2.3).

## **Übernahme bereits vorhandener Kostenträgerrechnungen**

InEK-Kalkulationshäuser sind bereits durch die Qualitätsprüfungen des InEK zumindest für den stationären Bereich hinlänglich überprüft. Sofern ein Krankenhaus bereits eine Kostenträgerrechnung mit vergleichbarer Methodik der Umbuchungen, IBLV und Kostenabgrenzungen auch der ambulanten Kosten implementiert hatte, konnte auch eine bestehende Kostenträgerrechnung in den relevanten Teilausschnitten übernommen werden.

## **Software**

Technisch wurde die Kalkulation mit der Kalkulationssoftware der MCK-Tochterunternehmung CoinS Information Systems GmbH umgesetzt. Für diesen Zweck wurde die Software den Kalkulationskrankenhäusern als Cloud-Dienst kostenlos zur Verfügung gestellt. Der Zugriff erfolgte online, so dass eine feste Installation der eigentlichen Kalkulationssoftware in den Krankenhäusern nicht erforderlich war. Durch die Nutzung nur eines einzigen Kalkulationssystems konnte die Plausibilisierung der Kosten- und Leistungsdaten ebenso wie die Umsetzung der Kalkulationsmethodik einheitlich erfolgen. Auf diese Weise bestand höchstmögliche Transparenz über die in der Erhebung verwendeten Daten. Durch die erforderliche einheitliche Formatierung konnte die reibungslose Zusammenführung der Kalkulationsdaten gewährleistet werden.

## **Datenschutz**

Den hohen Anforderungen an Datenschutz und Datensicherheit wurde während des gesamten Projektes in allen Aspekten Rechnung getragen. Die Vertraulichkeit sämtlicher Daten und Informationen wird auch über den Projektzeitraum hinaus gewährleistet. Sämtliche Auswertungen und Ergebnisdarstellungen erfolgen ausschließlich in anonymisierter Form, so dass ein Rückschluss auf einzelne Krankenhäuser ausgeschlossen ist. Die Teilnehmer erhielten von MCK mit den Projektunterlagen eine schriftliche Erklärung zum Datenschutz und zur Vertraulichkeit.

## 2.5 Sicherstellung der Datenqualität

### Plausibilisierung

Bereits während der Datenerhebung wurden sämtliche von den Krankenhäusern importierten Daten durch vorprogrammierte Plausibilitätsprüfungen innerhalb des Kalkulationssystems auf formale Richtigkeit und inhaltliche Konsistenz geprüft.

Alle Studien wurden darüber hinaus von den Mitarbeitern der MCK auf korrekte Umsetzung der inhaltlichen Anforderungen (korrekte Klassifizierung der Kostenstellen und Kostenarten, Wahl der IBLV-Schlüssel, etc.) hin begutachtet sowie die Ergebnisse der Kostenträgerrechnung auf Plausibilität hin geprüft.

Mit allen Krankenhäusern wurden nach jedem erfolgreichen Kalkulationslauf die Ergebnisse in Form von Excel-Tabellen oder über Team-Viewer® im Detail analysiert und Kostenzuordnungen für die InEK-Kostenartengruppen gemeinsam telefonisch kritisch erörtert. Bei unklaren Sachverhalten oder unwahrscheinlichen Werten wurden die Krankenhäuser gebeten, die der Kalkulation zugrunde liegenden Sachverhalte erneut zu prüfen und ggf. zu korrigieren. Erst nach Vorliegen plausibler Werte wurden die Daten in die Auswertungsdatenbank überführt. Bei vom Haus überzeugend dargelegten Begründungen konnten in Einzelfällen auch Daten mit Ausprägungen über oder unter den als für plausibel erachteten Korridoren in die Auswertungsdatenbank Eingang finden.

### Bereinigungen

Innerhalb der aus 55 Krankenhäusern bestehenden Auswertungsdatenbank fanden weitere Plausibilitätsprüfungen statt, die zu weiteren Bereinigungen führten. Unter anderem wurden folgende Sachverhalte analysiert und berücksichtigt:

- Es wurden keine Fälle berücksichtigt, die laut EBM-Dokumentation Laborleistungen erhalten hatten, für die jedoch kein Fallbezug zu der Kostenstellengruppe Labor hergestellt werden konnte. Betroffen waren 20.133 Fälle in 30 Krankenhäusern.
- Es wurden keine Fälle berücksichtigt, die laut EBM-Dokumentation Radiologieleistungen erhalten hatten, für die jedoch kein Fallbezug zu der Kostenstellengruppe Radiologie hergestellt werden konnte. Betroffen waren 5.003 Fälle in 31 Krankenhäusern.

In den Kostendaten fanden Bereinigungen durch die folgenden Sachverhalte statt:

- Fälle mit unplausibel geringen Kosten unter 5 EUR (2.042 Fälle = 0,3 % der Datensätze) wurden nicht berücksichtigt.
- Fälle mit unplausibel hohen Kosten über 1.000 EUR wurden nicht berücksichtigt. Betroffen waren 3.018 Fälle.

Nach Bereinigung der Daten stehen 612.070 EBM-Fälle aus 55 Krankenhäusern für die Fallkostenanalysen zur Verfügung.

Von den 55 Krankenhäusern, die Kostendaten geliefert haben, konnten 37 Krankenhäuser zusätzlich fallbezogene Angaben zu den Erlösen aus der Abrechnung nach dem EBM bereitstellen. In den Erlösdaten fanden Bereinigungen durch die folgenden Sachverhalte statt:

- Unvollständig erfasste Notfälle, für die keine EBM-Entgeltziffer 01210 (Notfallpauschale) abgerechnet worden ist, wurden nicht berücksichtigt.
- Extremwertbereinigung: Fälle mit Erlösen größer als die Abstände zum nächsten Erlös in Höhe eines Wertes, der größer als die Standardabweichung von 21,53 EUR ist. Dieses Verfahren schließt Werte größer 435,70 EUR Erlössumme aus. Insgesamt werden so 15 Fälle ausgeschlossen. Im unteren Bereich wurden auf der Grundlage dieser Methodik keine Werte ausgeschlossen.

Es verbleiben als Fälle mit Erlösen 341.194 Fälle in 37 Krankenhäusern.

Durch die o.g. Bereinigungen wird gewährleistet, dass ausschließlich plausible Daten für die folgenden Analysen verwendet werden. Für diese Analysen wird die jeweils breiteste Datengrundlage berücksichtigt.

### **Auswertungsmethodik**

Alle in der Kalkulation und im Fragebogen erhobenen Datenkategorien standen als Auswertungs- bzw. Filterparameter zur Verfügung. Für jede Auswertung wurden nur die dafür jeweils relevanten und plausibilisierten Daten herangezogen.

Da nicht alle Krankenhäuser zu allen abgefragten Datenkategorien Daten liefern konnten (vgl. folgendes Kapitel 3 - Datengrundlage), sind die Grundgesamtheiten je nach Auswertung unterschiedlich groß. Im Bericht wird zu jeder Auswertung auf die zugrunde liegende Datenmenge eingegangen.

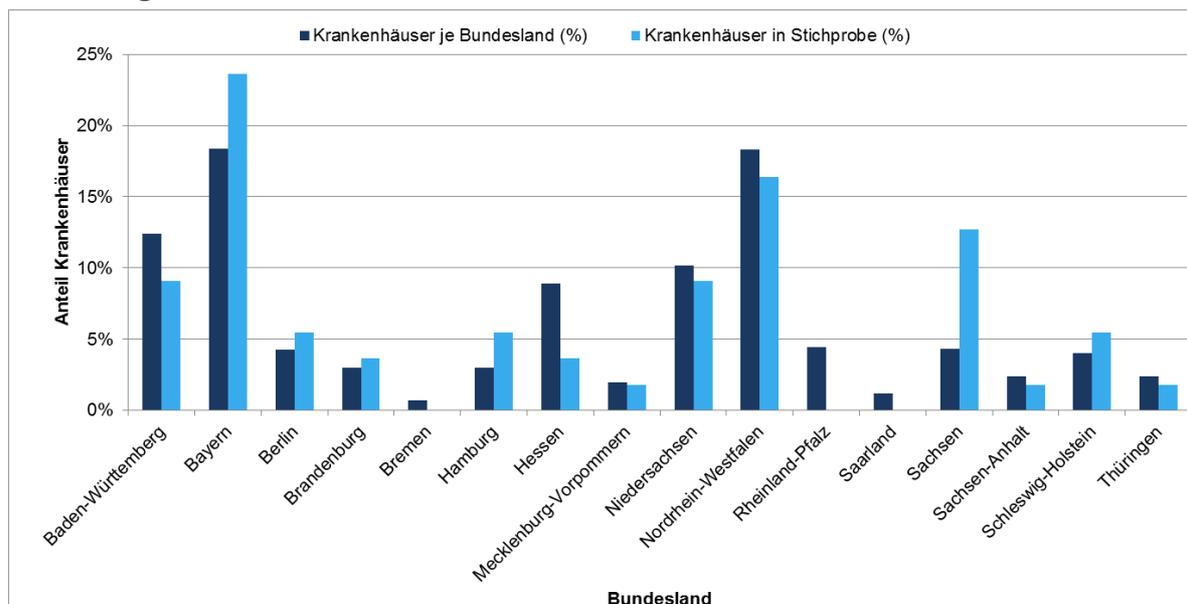
### 3. Datengrundlage der Studie

Die Studie stellt die derzeit aktuellste und breiteste Datengrundlage zur Analyse der ambulanten Notfallversorgung an Krankenhäusern dar. Sie verfolgt allerdings nicht das Ziel der statistischen Repräsentativität der erhobenen Daten für die Grundgesamtheit der bundesweiten ambulanten Notfallversorgung nach wissenschaftlichen Maßstäben.

#### 3.1 Teilnehmende Krankenhäuser

Von 55 Krankenhäusern konnten die Kostendaten ausgewertet werden. Der Strukturfragebogen wurde von 67 Krankenhäusern zurückgesandt. Die Schnittmenge zwischen beiden Gruppen beinhaltet 39 Krankenhäuser. Die Teilnehmer kommen aus unterschiedlichen Bundesländern. Bremen, das Saarland und Rheinland Pfalz stellten in der bereinigten Datenbank keine Teilnehmer.

Abbildung 1: Teilnehmende Krankenhäuser nach Bundesland

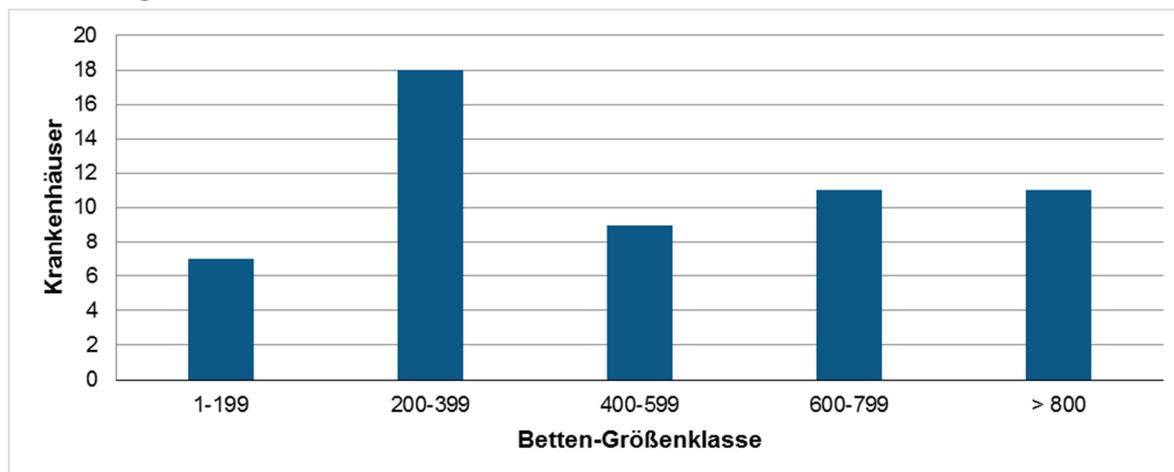


Quellen: Gesundheitsberichterstattung des Bundes 2013, MCK-Auswertungsdatenbank; 55 Krankenhäuser

Ein Vergleich mit der Anzahl der Krankenhäuser je Bundesland zeigt, dass der Anteil der teilnehmenden Einrichtungen in einige Bundesländer wie z. B. Baden-Württemberg, Hessen, Nordrhein-Westfalen größer und in andern Bundesländern wie z. B. Bayern, Berlin, Hamburg niedriger ist. Aus den Zahlen der bundesweiten Gesundheitsberichterstattung ist nicht erkennbar, ob und in welchem Umfang die Krankenhäuser ambulante Notfälle versorgen. Dabei ist davon auszugehen, dass die Krankenhäuser, die sich freiwillig an dieser Studie beteiligt haben, auch besonders von der ambulanten Notfallversorgung betroffen sind.

Die folgende Auswertung zeigt die Verteilung der Krankenhäuser nach Größenklassen. Unter den Teilnehmern sind wenige sehr kleine und kleine Krankenhäuser.

**Abbildung 2: Teilnehmende Krankenhäuser nach Betten-Größenklassen**



Quelle: MCK-Auswertungsdatenbank; 55 Krankenhäuser

Neben den verpflichtend erforderlichen Kostendaten für EBM-Fälle (vgl. Kapitel 0) sah die Erhebung die zusätzliche Bereitstellung optionaler Daten vor. Diese wurden nicht von jedem Teilnehmer bereitgestellt. Folgende Darstellung veranschaulicht die Mengenausprägungen der enthaltenen obligatorischen und optionalen Datenkategorien. Dargestellt wird die Anzahl der Krankenhäuser, die in den angegebenen Kategorien fallbezogene Daten zur Verfügung stellen konnten.

**Tabelle 1: Umfang der Datenlieferungen**

	Kostendaten	Kostendaten Labor	Kostendaten Radiologie	Alter	Aufnahmedatum	Entgelte	Diagnosen	Fachbereiche	Transport-/Zuweisungsart	Dringlichkeit
Anzahl Krankenhäuser	55	55	54	46	44	37	34	18	8	5

Quelle: MCK-Auswertungsdatenbank; 55 Krankenhäuser

Mit der absoluten Menge bereitgestellter Daten variiert die Aussagekraft der einzelnen Parameter und der mit ihnen verknüpften Auswertungen. In den Auswertungen der folgenden Kapitel sind deshalb die jeweils zugrunde gelegten Mengenausprägungen mit angegeben.

### 3.2 Qualität und Inhalte der Daten

Die Kalkulationserhebung orientiert sich eng an der bewährten und allgemein akzeptierten Systematik der InEK-Kalkulation. Im Rahmen der Projektarbeiten wurden die Daten in mehreren Stufen auf Plausibilität und Vollständigkeit geprüft. Zu allen in der Datenbank enthaltenen Teilnehmern bestand persönlicher Kontakt mit den Gutachtern, um ein bestmögliches Ergebnis bezüglich Datenumfang und -qualität herzustellen.

Die Qualität der in der bereinigten Datenbank vorliegenden Daten für die Kosten und Erlöse der EBM-Fälle kann als insgesamt sehr gut beurteilt werden. Daten, die im Kontext der im Folgenden beschriebenen Aspekte nicht plausibel erschienen, wurden in der Studie konsequent nicht berücksichtigt (Kapitel 2.5 - Sicherstellung der Datenqualität).

### **Investitionskosten**

Investitionskosten sind aufgrund der Methodik nicht in den Fallkosten enthalten. Dargestellt werden nur die laufenden Kosten der ambulanten gesetzlich versicherten Notfälle und die anteiligen laufenden Infrastrukturkosten analog zur InEK-Kalkulationssystematik im stationären Bereich. Investitionskosten werden für Notaufnahmen über die Fördermittel der Bundesländer lediglich für den stationären Anteil finanziert. Auch die EBM-Erlöse enthalten durch die pauschale Streichung von 10 % der Erlössumme seitens der Kassenärztlichen Vereinigungen keine Investitionsanteile. Eine Refinanzierung der auf den ambulanten Anteil der Notaufnahmen entfallenden Investitionen erfolgt somit weder über ambulante Entgelte noch über Fördermittel der Bundesländer.

### **Kostendaten für andere Entgeltbereiche**

Neben den Kosten für gesetzlich versicherte ambulante Notfälle wurden auch Kostendaten für weitere ambulante und stationäre Fallgruppen erhoben, um die Abgrenzung der für diese Studie nicht relevanten Kosten sicherzustellen. Sofern für Leistungsbereiche, die neben ambulanten auch stationäre oder andere Sektoren bedienen, nur der ambulante Bereich kalkuliert worden ist, wurden die Daten nur dann in die Auswertungsdatenbank übernommen, wenn für diese Leistungsstellen die Plausibilität des Abgrenzungsanteils sichergestellt werden konnte.

### **Erlösdaten**

Entsprechend der Zielsetzung fokussiert diese Studie ausschließlich auf die nach dem Einheitlichen Bewertungsmaßstab (EBM) abgerechneten Entgelte. Die Erlösdaten für anderweitig abgerechnete Behandlungsfälle (z.B. Gebührenordnung für Ärzte, gesetzliche Unfallversicherung) wurden lediglich für Zwecke der Plausibilisierung erhoben und verwendet.

## **Sammelpositionen für KV-Entgelte**

Bei zahlreichen Krankenhäusern bestand bezüglich der Erlösdarstellung der EBM-Fälle die Schwierigkeit, dass zwar fallbezogen auf Basis einzelner Gebührenordnungspositionen (GOP) des EBM gegenüber den Kassenärztlichen Vereinigungen (KV) die Rechnungslegung erfolgt, die KV jedoch nur quartalsweise Sammelüberweisungen an das Krankenhaus tätigen. Eine fallbezogene Darstellung der tatsächlichen Erlöse ex post ist damit nicht mehr möglich bzw. lagen diese nur in Papierform vor. In diesen Fällen wurde in Absprache mit den Krankenhäusern die Gesamterlössumme des Jahres 2013 mittels der ursprünglich dokumentierten EBM-Punktwerte über eine Divisionskalkulation auf die entsprechenden EBM-Fälle verrechnet. Sofern die abgerechneten Ziffern Kürzungen durch die Kassenärztlichen Vereinigungen unterlagen, wurden die gekürzten Beträge in den Entgelt Datensätzen storniert bzw. anteilig zurück auf die Fälle verteilt (vgl. folgender Absatz ‚Kürzungen von Entgelten‘).

Bei einigen Krankenhäusern bestand eine weitere Schwierigkeit darin, dass die vier Quartalszahlungen für 2013 nicht immer genau die in 2013 behandelten Fälle widerspiegeln, sondern an den Jahresgrenzen abrechnungstechnisch begründete Überschneidungen mit dem jeweiligen Vor- bzw. Folgequartal entstanden. Der Umfang dieser Überschneidungen konnte von den betroffenen Krankenhäusern nicht eindeutig beziffert werden. Im Rahmen der Studie wurde daher die heuristische Prämisse gesetzt, dass sich die abrechnungstechnischen Überschneidungen am Jahresanfang und Jahresende über die Jahre gleichmäßig gestalten und sich für die Betrachtung des Jahres 2013 weitestgehend ausgleichen.

## **Kürzungen von Entgelten**

In diesem Zusammenhang ist ebenfalls relevant, dass die Kassenärztlichen Vereinigungen und je nach Region in unterschiedlichem Ausmaß bestimmte zur Abrechnung eingereichte Ziffern des EBM nicht vergüten und entsprechende Kürzungen der ursprünglich eingereichten Abrechnungssummen vornehmen. Diese Kürzungen erfolgen zusätzlich zu der ohnehin grundsätzlichen Kürzung um 10 % für den im EBM enthaltenen Investitionsanteil.

Laut Kalkulationsleitfaden waren die tatsächlich überwiesenen Entgeltbeträge zu übermitteln – unabhängig davon, ob sie originär fallbezogen gebucht vorlagen oder ob sie über eine Divisionskalkulation ermittelt wurden.

## **Abgrenzung nicht kalkulationsrelevanter Bereiche**

Sofern ein Haus nur für EBM-Fälle eine durchgehende Leistungsdokumentation bereitstellen konnte, mussten Kostenanteile für die anderen ambulanten und stationären Fallgruppen aus der Kostenstelle der Notaufnahme abgegrenzt werden. Zum Vorgehen bei dieser Kostenabgrenzung lieferte das Kalkulationshandbuch detaillierte Hinweise.<sup>6</sup> Mit den Teilnehmern wurden die vollzogenen Rechenschritte eingehend besprochen. Die verbleibenden Kosten für EBM-Fälle wurden daraufhin untersucht, ob sie sich innerhalb eines plausiblen Korridors bewegen, was für alle verwendeten Datensätze der Fall war.

Als durchweg plausibel erwies sich auch die Kalkulation der von der Notaufnahme in Anspruch genommenen diagnostischen und ggf. therapeutischen Bereiche wie Röntgen, Labor, Sonografie, Anästhesie etc. Hier lagen in der Regel vollständige fallbezogene Dokumentationen vor.

Sofern Fremdleistungen in diesen Bereichen angefallen waren, lagen auch hierzu in der Regel fallbezogene Einzelkosten vor, die problemlos in die Kalkulation einbezogen werden konnten.

## **Fallzählung**

Dokumentierte Fallnummern können Patienten repräsentieren, die mehrere Kontakte an unterschiedlichen Daten hatten. Folgekontakte in einem Quartal sind besonders für die Erlöse relevant. An Tagen mit Folgekontakten können nur die EBM-Wiedervorstellungspauschalen angesetzt werden (GOP 01214, 01216, 01218). Bei der Kalkulation der Kosten sind in dieser Studie grundsätzlich unter einer Fallnummer dokumentierte Leistungen als Kosten in einer Summe pro Fall (-nummer) zusammengeführt, auch wenn diese an unterschiedlichen Tagen erbracht wurden. Analog sind alle Erlöse eines Quartals zu einem Fall verdichtet.

## **Fazit**

In Bezug auf die Gruppe der gesetzlich versicherten Notfälle ist die Datenqualität sowohl hinsichtlich der Kosten, als auch der Erlöse als sehr hoch zu bewerten. Aus den in Einzelfällen bestehenden Unschärfen bei den Fallerlösen infolge verrechneter Erlössammelpositionen auf die relevanten Fälle an den Jahresgrenzen entsteht kein systemati-

---

<sup>6</sup> Vgl. Larbig, M., Haas, C. (2014), S. 25 ff.

scher Fehler. Im Zweifel sind die übermittelten bzw. die berechneten Erlöse infolge nicht korrekt berücksichtigter Streichungen leicht zu hoch ausgewiesen bzw. die tatsächlichen Fehlbeträge sogar höher als in dieser Studie berechnet. Die Abweichungen werden als marginal eingeschätzt.

### **3.3 Strukturen der Notaufnahmen**

Im Rahmen der Notfallversorgung besteht die vorrangige Aufgabe der Krankenhäuser in der Sicherstellung der stationären Notfallversorgung. Entsprechend sind Notaufnahmen der Krankenhäuser darauf ausgerichtet, schwerverletzte oder schwer erkrankte Patienten zu behandeln. Ihre Funktionen sind die Evaluierung, Stabilisierung, Diagnostik, Therapie und Disposition von Notfallpatienten. Zudem ist die Notaufnahme auch von zentraler Bedeutung für die Patientensteuerung innerhalb des Krankenhauses.

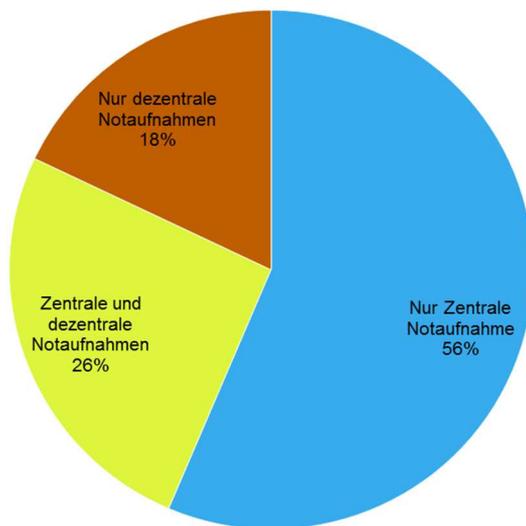
Neben der stationären Versorgung sind die Notaufnahmen auch die Anlaufstelle für ambulante Notfälle, wobei die Leistungsinhalte der Notfallversorgung am Übergang von ambulanten zu stationären Fällen fließend sind. Daher kann die Beschreibung, der für die Notfallversorgung erforderlichen Infrastruktur und Ressourcen der Notaufnahmen, auch Hinweise auf die krankenhausspezifischen Kosten von ambulanten Notfallbehandlungen im Krankenhaus geben.

Von den 55 Krankenhäusern, deren Kostendaten der ambulanten Notfallversorgung in dieser Studie eingeschlossen wurden, beantworteten 39 Krankenhäuser mit insgesamt 22.333 Krankenhausbetten zusätzlich den Strukturfragebogen der DGINA, deren Ergebnisse im Folgenden dargestellt werden.

#### **3.3.1 Organisation der Notaufnahme**

In der vorliegenden Strukturhebung halten 82 % der Krankenhäuser eine zentrale Notaufnahme vor. Ein Drittel dieser Krankenhäuser verfügt zusätzlich über weitere dezentrale Notaufnahmen. Zwei Drittel der Krankenhäuser mit zentraler Notaufnahme haben diese als eigenständige Abteilung innerhalb des Krankenhauses organisiert. 18 % der Krankenhäuser führten die Notfallversorgung in rein dezentralen Notaufnahmen durch.

**Abbildung 3: Organisationsformen der Notaufnahmen**



Quelle: DGINA-Strukturfragebogen, 39 Krankenhäuser

gutes Drittel der Krankenhäuser über weitere dezentrale Notaufnahmen verfügte. Eine andere aktuelle Studie kam zu dem Ergebnis, dass in Krankenhäusern der Schwerpunkt- und Maximalversorgung zwei Dritteln der zentralen bzw. organisatorisch eigenständigen Notaufnahmen über bettenführende Bereiche verfügen.<sup>8</sup> Diese Bereiche dienen in erster Linie der Überwachung bzw. Stabilisierung von Patienten und einer effizienten Patientensteuerung im Krankenhaus.<sup>9</sup>

### 3.3.1 Personelle Ausstattung der Notaufnahmen

Um den personellen Ressourcenaufwand in der klinischen Notfallversorgung sichtbar zu machen, wurden die Präsenzstunden von Ärzten, Pflegekräften und administrativem Personal in den Notaufnahmen erfragt. Zudem konnten die Angaben im Strukturfragebogen für eine Plausibilisierung der Personalkosten in der Fallkostenkalkulation und somit zur Sicherstellung der Datenqualität genutzt werden.

---

<sup>7</sup> Blum, K., Löffert, S., Offermanns, M. et. al. (2010), S. 74 ff.

<sup>8</sup> Schöpke, T., Dodt, C., Brachmann, M. et. al. (2014), S. 660 ff.

<sup>9</sup> Brachmann M., Geppert R., Groening M. et al (2012), S. 209 ff.

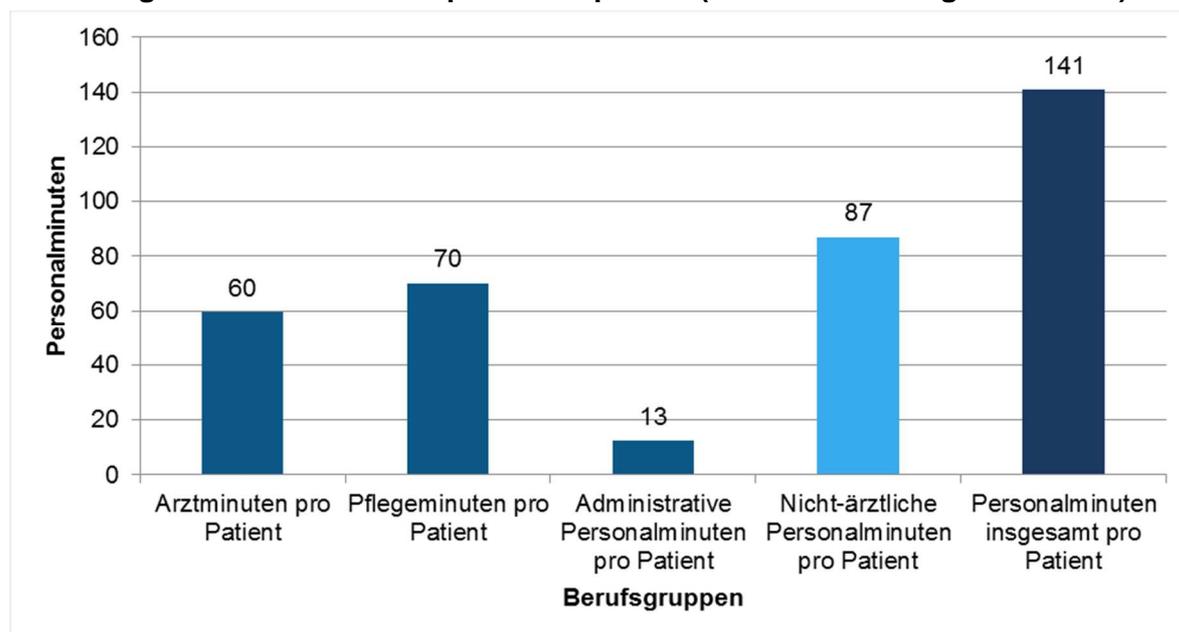
Außerdem wurde erfragt, ob den Notaufnahmen bettenführende Bereiche angeschlossen sind. Diese werden als Aufnahmestationen (oder auch Kurzliegerstation, Überwachungsstation, Clinical Decision Unit u. a.) bezeichnet und wurden in rund einem Drittel der Krankenhäuser vorgehalten.

Die dargestellte Verteilung der Organisationsformen entspricht weitgehend den Ergebnissen einer Umfrage des DKI<sup>7</sup>, nach der im Jahr 2009 rund 72 % der allgemeinen Krankenhäuser in Deutschland über eine zentrale Notaufnahme und ein

Um eine Vergleichbarkeit der Ressourcen im Kollektiv der Teilnehmer und den Ergebnissen anderer Studien zu ermöglichen, wurden die kumulierten jährlichen Präsenzstunden jeder Berufs- bzw. Funktionsgruppe durch die gesamten Patientenkontakte des Jahres 2013 dividiert. In Abbildung 4 sind die Ergebnisse der 29 Teilnehmer dargestellt, die sowohl Angaben zu den gesamten Patientenkontakten der Notaufnahme im Jahr 2013 sowie zu den durchschnittlichen aufgewendeten Arztminuten, Pflegeminuten und administrativen Personalminuten je Patient machen konnten. Zu beachten ist, dass es sich dabei nicht um durchschnittlich aufgewendeten Personalminuten bei ambulanten Notfallpatienten handelt, sondern um Personalminuten, die für Patienten aller Fallarten durchschnittlich benötigt werden.

Die Darstellung der kumulierten Personalminuten trägt der in Notaufnahmen praktizierten fach- und berufsgruppenübergreifenden Patientenversorgung Rechnung. Wird beispielsweise ein polytraumatisierter Notfallpatient im Schockraum über 45 Minuten von einem Unfallchirurgen, einem Viszeralchirurgen und einem Anästhesisten, sowie von zwei Notfallpflegekräften und einer Anästhesiepflegekraft versorgt, entstehen jeweils 135 kumulierte Arzt- und Pflegeminuten. Addiert man bspw. weitere 15 administrative Personalminuten ergibt die Summe dieser Rechnung 285 Personalminuten.

**Abbildung 4: Personalminuten pro Notfallpatient (alle Fallarten eingeschlossen)**



Quelle: DGINA-Strukturfragebogen; 29 Krankenhäuser, Angaben im Median

Die in dieser Studie durchschnittlich ermittelten Personalminuten sind stimmig mit den Ergebnissen einer weiteren aktuellen Studie<sup>10</sup>, in der im Median 51 Arztminuten, 77 nicht-ärztliche Personalminuten und 123 Personalminuten insgesamt im Median für die Notfallversorgung von Patienten an 28 Krankenhäusern der Schwerpunkt- und Maximalversorgung ermittelt wurden. Der angegebene Personalaufwand und die auf die Fälle verrechneten Personalkosten, der an dieser Studie teilnehmenden Krankenhäuser, sind somit plausibel.

### **3.4 Leistungsspektrum der klinischen Notfallversorgung**

Wie bereits oben beschrieben, werden in den Notaufnahmen der Krankenhäuser Notfallpatienten unterschiedlicher Fallarten behandelt. Neben den voll- und vorstationären Notfallbehandlungen werden ambulante Notfallbehandlungen durchgeführt, die sich hinsichtlich des Kostenträgers der Behandlung unterscheiden. Im Fokus dieses Gutachtens stehen die Fallkosten gesetzlich versicherter Patienten, deren Behandlungsleistungen über den EBM mit den KVen abgerechnet werden (EBM-Fälle). Daneben existieren weitere Kostenträger für ambulante Behandlungen, wie beispielsweise die Berufsgenossenschaften, die Privatversicherungen oder die Patienten selbst, falls kein Versicherungsverhältnis besteht.

Vor diesem Hintergrund ist zu beachten, dass die EBM-Fälle zwar den mit Abstand größten Anteil an den ambulanten Notfällen der Krankenhäuser ausmachen, aber für die Darstellung der Kennzahlen der Notaufnahmen alle Behandlungsfälle unabhängig vom Kostenträger oder ambulanter und stationärer Behandlung berücksichtigt werden müssen. Dementsprechend beziehen sich die quantitative Analyse und die Darstellung der relevanten Quoten in diesem Kapitel auf alle Fallarten der Notaufnahmen.

#### **3.4.1 Fallarten und Quoten**

Ergänzend zu den Fallzahlen der ambulanten Notfallversorgung aus der Fallkostenkalkulation wurden im DGINA-Strukturfragebogen die Fallzahlen aller Fallarten der Notaufnahmen aus den Jahren 2012 und 2013 abgefragt. Diese sind:

- Gesamtzahl aller Fälle des Krankenhauses
- Gesamtzahl aller vollstationären Fälle des Krankenhauses

---

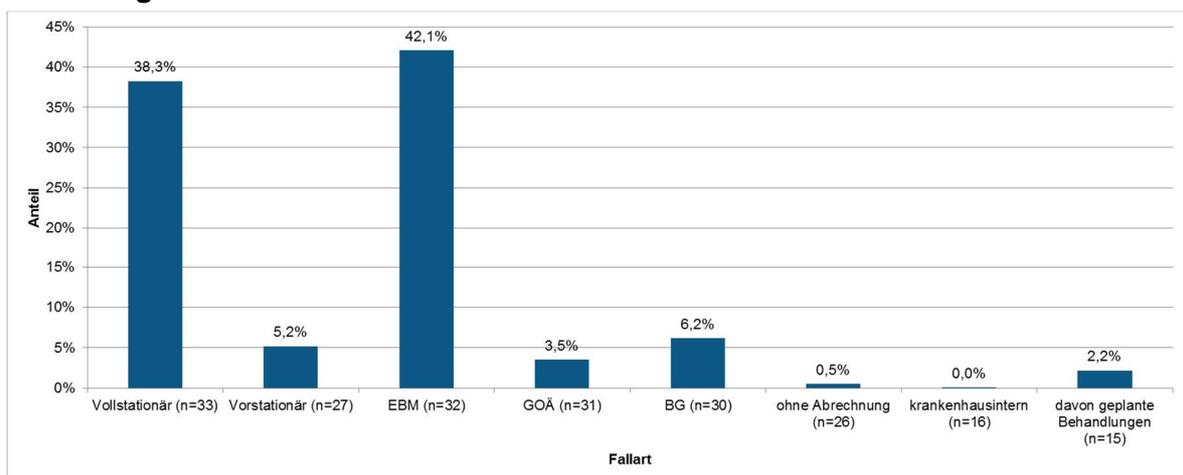
<sup>10</sup> Schöpke, T., Dodt, C., Brachmann, M. et. al. (2014), S. 660 ff.

- Gesamtzahl aller Patientenkontakte der Notaufnahme und davon:
  - Vollstationäre Patienten
  - Vorstationäre Patienten
  - Patienten mit Abrechnung nach EBM
  - Patienten mit Abrechnung nach GOÄ
  - Patienten mit berufsgenossenschaftlicher Abrechnung
  - Patienten ohne Abrechnung (z. B. bei Behandlungsabbruch)
  - Krankenhausinterne Patienten (z. B. bei postoperativen Gipsanlagen)
  - Gesamtzahl aller Patientenkontakte der Notaufnahme mit geplanter Behandlung (in oben genannten Kategorien enthalten)

Die Angaben dienen zum einen der Plausibilisierung der Angaben in den Kostendatensätzen der Teilnehmer, zum anderen lässt sich durch diese Erhebung das Leistungsspektrum der Notaufnahmen und relevante Quoten ermitteln, um ein umfassendes Bild über die Notfallversorgung am jeweiligen Krankenhaus zu erhalten.

Insgesamt wurden in den Notaufnahmen von 34 Teilnehmern, die entsprechende Angaben machen konnten, 950.059 Patientenkontakte im Jahr 2013 gezählt. Anhand der Angaben zur Patientenanzahl in den einzelnen Fallarten wurden die Quoten in Bezug auf die Gesamtzahl aller Patientenkontakte der jeweiligen Notaufnahme ermittelt. Da nicht jedes Krankenhaus Angaben zu allen Fallarten machen konnte, sind die Quoten als Median mit Angabe zur Anzahl der Krankenhäuser in nachfolgendem Diagramm aufgeführt.

**Abbildung 5: Fallarten der Patienten in den Notaufnahmen im Jahr 2013**



Quelle: DGINA-Strukturfragebogen; n Krankenhäuser mit Angaben zu der jeweiligen Fallart und den gesamten Patientenkontakten der Notaufnahme, Angaben im Median

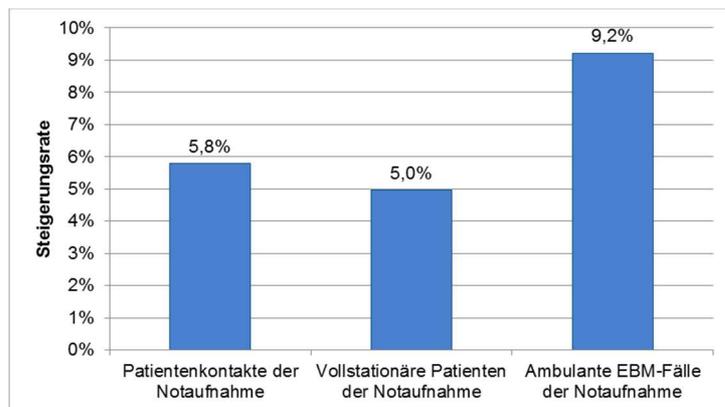
Durchschnittlich 42 % aller Notfallbehandlungen in den Notaufnahmen der Krankenhäuser sind dem Entgeltbereich EBM zugeordnet. Dieser Anteil ist vergleichbar mit dem der voll- und vorstationären Notfallbehandlungen zusammengenommen (44 %). Der Anteil privat

abgerechneter ambulanter Notfallbehandlungen liegt durchschnittlich bei rund 4 %, der Anteil berufsgenossenschaftlicher Notfallbehandlungen (BG) beträgt rund 6 %. Patienten ohne Abrechnung oder krankenhausinterne Patienten machen im Median zusammen unter 1 % der Fälle aus. Lediglich rund 2 % aller Behandlungen wurden geplant – d. h. beispielsweise wurde eine Verlaufskontrolle oder geplante stationäre Aufnahme durchgeführt. Diese Daten belegen, dass Notaufnahmen in der Mehrheit aller Fälle ausschließlich Notfallbehandlungen durchführen.

Rund 60 % der Notfallpatienten in den Notaufnahmen der Krankenhäuser werden nicht vollstationär aufgenommen, d. h. ambulant weiterbehandelt. Zwei Drittel davon, rund 40 %, werden über die Kassenärztlichen Vereinigungen nach dem EBM als ambulante Notfallbehandlungen abgerechnet. Für das weitere Drittel der Patienten sind andere Kostenträger zuständig. Rund 40 % der Notfallpatienten werden stationär aufgenommen.

25 Krankenhäuser konnten auch Angaben zu den Fallzahlen nach Fallarten für das Jahr 2012 machen, woraus sich Steigerungsraten berechnen ließen. Abbildung 6 zeigt ausgewählte mediane Steigerungsraten auf. Es wird deutlich, dass die Patientenkontakte der Notaufnahmen um durchschnittlich 5,8 % und die ambulanten Notfallbehandlungen gesetzlich Versicherter sogar um durchschnittlich 9,2 % zugenommen haben.

**Abbildung 6: Steigerungsraten von 2012 auf 2013**



Quelle: DGINA-Strukturfragebogen; 25 Krankenhäuser, Angaben im Median

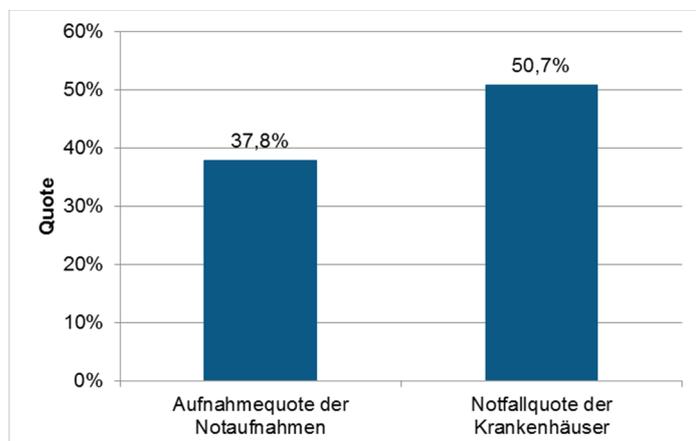
32 Krankenhäuser machten sowohl Angaben zu allen vollstationären Fällen des Krankenhauses, den gesamten Patientenkontakten der Notaufnahmen und den vollstationären Aufnahmen aus der Notaufnahme im Jahr 2013. Aus diesen Daten lassen sich Aufnahme- und Notfallquote berechnen. Die Aufnahmequote ist der Anteil an den Patienten der Not-

aufnahme, die aus der Notaufnahme vollstationär aufgenommen werden. Sie betrug im Median 37,8 %. Die Notfallquote eines Krankenhauses ist der Anteil aller vollstationären Patienten des Krankenhauses, die über die Notaufnahme aufgenommen wurden. Sie betrug im Median 50,7 %.

Dem 2014 publizierten Gutachten zur Mengenentwicklung im Gesundheitswesen ist zu entnehmen, dass der Anteil an administrativen Notfällen an allen vollstationären Fällen im Jahr 2012 bei 41,4 % lag. Administrativ bedeutet in diesem Kontext, dass es sich nicht um

Notfälle aus medizinischer Sicht handelt, sondern hier lediglich Fälle ohne Verordnung von Krankenhausbehandlung (ugs. „Einweisung“) subsummiert werden.<sup>11</sup>

#### Abbildung 7: Aufnahmequote und Notfallquote



Quelle: DGINA-Strukturfragebogen; 32 Krankenhäuser

In der vorliegenden Studie wird die Notfallquote über den Zugang der Patienten über die Notaufnahme ermittelt, was den medizinischen Kontext der Notfallquote besser abbildet, als die administrative Notfallquote. Nach dieser Herleitung liegt die Notfallquote im Median bei 50,7 % und damit 9,3 % über dem im oben genannten Gutachten ermittelten Wert. Eine mögliche Erklärung dafür wird von den Verfassern des

Gutachtens zur Mengenentwicklung genannt: Es wurden beispielsweise Patienten mit den Aufnahmediagnosen Schlaganfall oder Herzinfarkt nur in rund zwei Drittel der Fälle als (administrativer) Notfall deklariert, weil die Zuweisung der übrigen vermutlich durch einen Vertragsarzt erfolgte und als Aufnahmegrund somit die „Einweisung“ galt. Es ist aber anzunehmen, dass diese Patienten gleichwohl über die Notaufnahme aufgenommen wurden und die Quote der vollstationären Patienten eines Krankenhauses, die über die Notaufnahme aufgenommen werden, somit höher als die administrative Notfallquote liegen dürfte. In einer weiteren aktuellen Studie lag die Notfallquote von 44 Krankenhäusern im Median ebenfalls bei 50 %.<sup>12</sup> Dies unterstreicht den hohen Stellenwert von Notaufnahmen für die Patientensteuerung innerhalb der Krankenhäuser.

### 3.4.2 Anzahl ambulanter Notfälle in den Krankenhäusern

In dem bereinigten Kalkulationsdatensatz liegen die Falldaten von 612.070 ambulanten Notfällen aus 55 Krankenhäusern vor, welche den Qualitätsanforderungen dieser Studie genügen.<sup>13</sup>

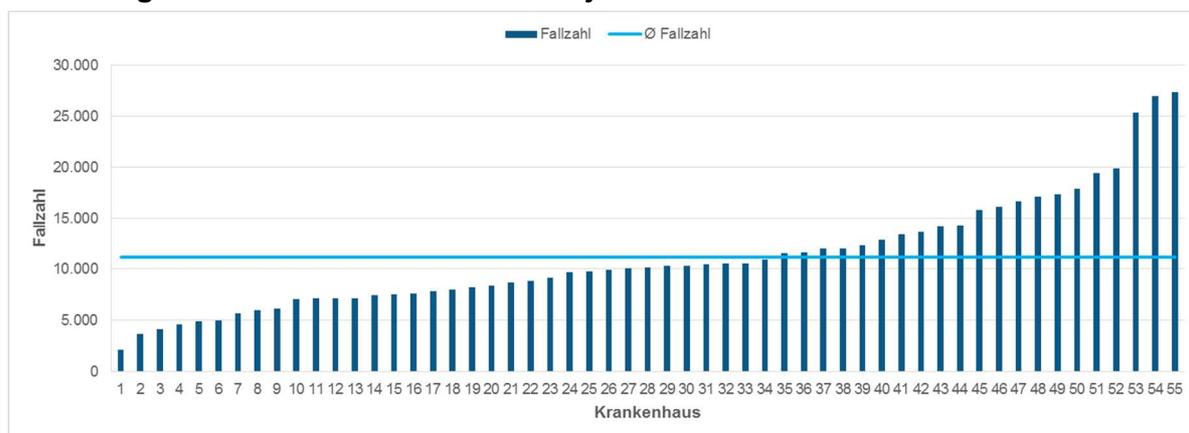
---

<sup>11</sup> Schreyögg J, Busse R et. al. (2014)

<sup>12</sup> Schöpke, T., Dodt, C., Brachmann, M. et. al. (2014), S. 660 ff.

<sup>13</sup> Zur Systematik der Datenbereinigung siehe Kapitel 3.2

**Abbildung 8: Anzahl ambulanter Notfälle je Krankenhaus**



Quelle: MCK-Auswertungsdatenbank; 55 Krankenhäuser, 612.070 Fälle

Die obige Darstellung zeigt die teilnehmenden Krankenhäuser mit ihrer jeweiligen bereinigten Anzahl von ambulanten Notfällen in der Notaufnahme. Der Durchschnitt in der bereinigten Stichprobe liegt bei 11.129 Notfällen pro Haus. 35 Krankenhäuser weisen eine geringere Fallzahl, 20 Krankenhäuser eine höhere Fallzahl als der Mittelwert auf. Die Krankenhäuser sind aufsteigend nach Fallzahl sortiert.<sup>14 15</sup>

**Tabelle 2: Anzahl ambulanter Notfälle je Betten-Größenklasse**

Betten-Größenklasse	0-199	200-399	400-599	600-799	> 800	Gesamt
Ø Fallzahl	12.843	9.097	7.621	12.678	15.300	<b>11.129</b>
Fallzahl	89.902	163.752	68.586	152.131	137.699	<b>612.070</b>
Krankenhäuser	7	18	9	12	9	<b>55</b>

Quelle: MCK-Auswertungsdatenbank; 55 Krankenhäuser, 612.070 Fälle

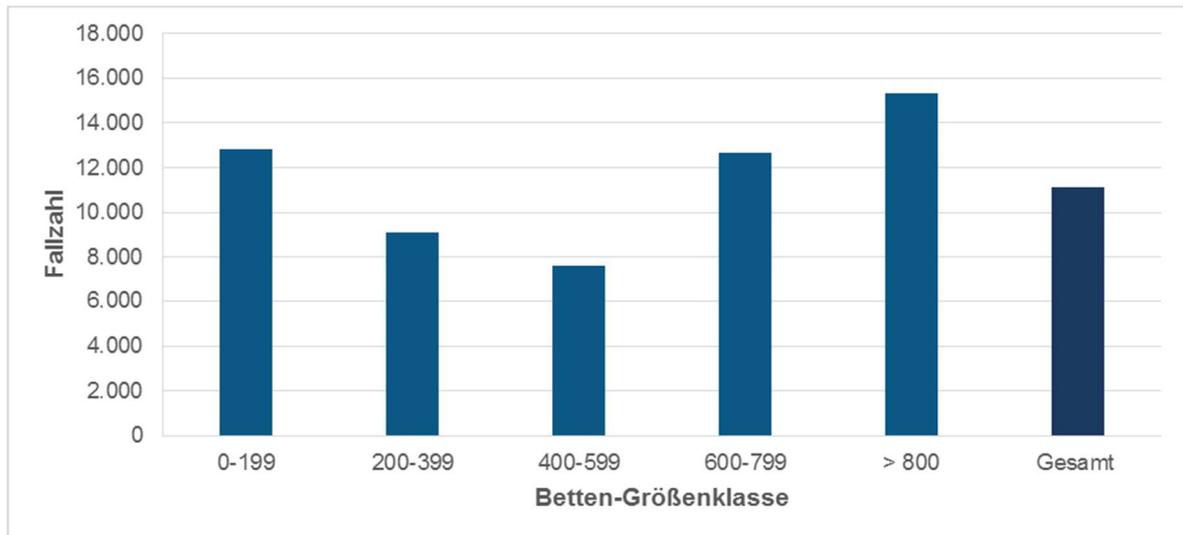
Dabei weisen 60 % der Krankenhäuser mehr als 400 Betten auf. Die durchschnittliche Fallzahl beläuft sich auf 7.600 bis 15.300 Fälle je Krankenhaus, wobei ein Zusammenhang zwischen Größe eines Krankenhauses, hier ausgedrückt in aufgestellten Krankenhausbetten, und der Menge der in den Notaufnahmen behandelten ambulanten Notfälle nur eingeschränkt festgestellt werden kann.

Die durchschnittliche Anzahl der ambulanten Notfälle in Abhängigkeit der Größenklasse eines Krankenhauses kann der folgenden Abbildung entnommen werden.

<sup>14</sup> Zu beachten ist, dass durch die Bereinigungen (vgl. Kapitel 3.2) EBM-Fälle ausgeklammert wurden. Die tatsächliche durchschnittliche Anzahl von EBM-Fällen pro Haus und insgesamt liegt etwas höher als hier dargestellt.

<sup>15</sup> Die Darstellung trifft keine Aussage darüber, wie groß das jeweilige Krankenhaus im stationären Leistungsbereich ist, sondern einzig über die bereinigte EBM-Fallzahl in der Notaufnahme.

**Abbildung 9: Durchschnittliche Anzahl ambulanter Notfälle je Betten-Größenklasse**



Quelle: MCK-Auswertungsdatenbank; 55 Krankenhäuser, 612.020 Fälle

## **4. Ergebnisse der Fallkostenkalkulation**

Im Fokus dieses Gutachtens stehen die Beschreibung und Analyse der Kosten- und Erlössituation der ambulanten Notfallversorgung in den Krankenhäusern von gesetzlich versicherten Patienten. Da die Behandlung dieser Patienten gegenüber der Kassenärztlichen Vereinigungen auf der Grundlage des EBM abgerechnet wird, basiert die fallbezogene Kalkulation der Kosten und Erlöse auf allen ambulanten Behandlungsfällen der Notaufnahmen, die über die Abrechnungsdaten als „EBM-Fälle“ identifiziert werden konnten. Entsprechend wird durch die Kalkulationsmethodik gewährleistet, dass ausschließlich die Kosten dieser Fälle in die Fallkostenkalkulation einbezogen werden (vgl. Kapitel 2.4).

Die im folgenden Kapitel dargestellten Analysen und Ergebnisse beziehen sich somit ausschließlich auf die EBM-Fälle. Zu besserer Lesbarkeit werden die EBM-Fälle im folgenden Kapitel verallgemeinernd als „ambulante Notfälle“ oder verkürzt auch nur als „Notfälle“ bezeichnet.

### **4.1 Kosten ambulanter Notfälle in Krankenhäusern**

Nachdem die Mengenausprägungen in den Notaufnahmen beschrieben sind, werden nachfolgend die Fallkosten für die ambulante Notfallbehandlung gesetzlich versicherter Patienten dargestellt.

#### **4.1.1 Durchschnittliche Fallkosten**

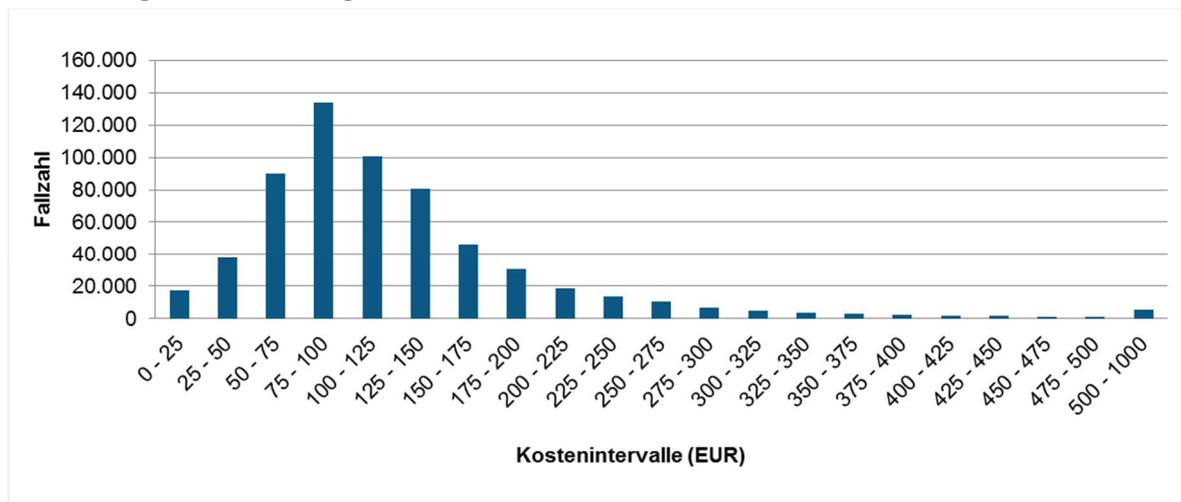
Ermittelt wurden die laufenden Kosten der Behandlung analog zur InEK-Systematik im stationären Bereich. Investitionskosten (Abschreibungen für Geräte und Gebäude) sind nicht berücksichtigt.

Für die Ermittlung der Fallkosten konnten nach Bereinigung die Kosteninformationen von 612.070 Fällen aus 55 Krankenhäusern herangezogen werden. Als ein wesentliches Ergebnis dieser Studie wurden auf dieser breiten Datengrundlage durchschnittliche Kosten von 126 EUR pro ambulantem Notfall ermittelt. Darin eingeschlossen sind alle laufenden Betriebskosten einer Notfallbehandlung. Investitionskosten sind nicht berücksichtigt. Die Ursachen für die Höhe der Kosten werden in den folgenden Kapiteln dargestellt.

Die folgende Auswertung zeigt die Verteilung der ermittelten Fallkosten auf Kostenintervalle von je 25 EUR. Die Darstellung zeigt einen Kurvenverlauf, der ein recht eindeutiges Bild über die Zusammensetzung der Fallkosten in den Notaufnahmen der Stichprobe liefert.

74 % der Fälle befinden sich im Bereich zwischen 50 EUR und 17 EUR Fallkosten. 9 % der Fälle haben niedrigere Kosten, 17 % der Fälle haben höhere Kosten.

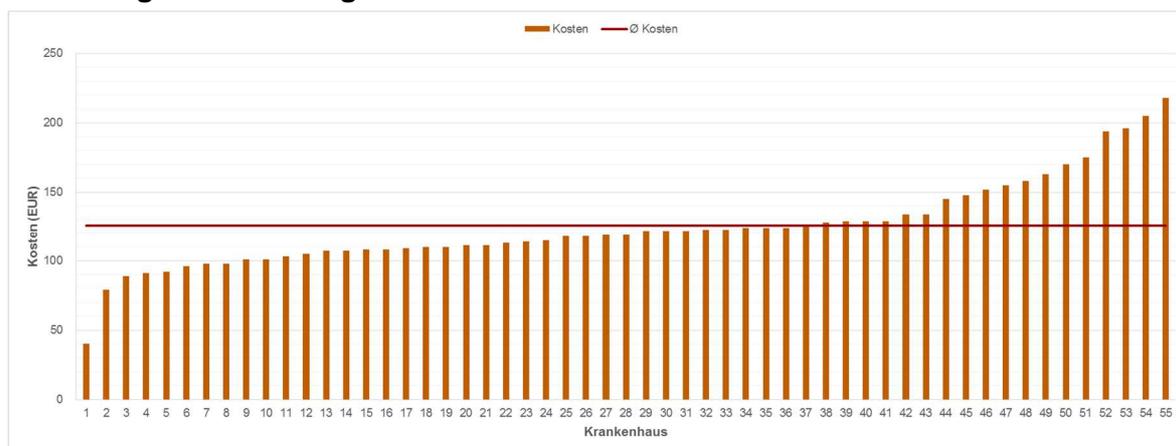
**Abbildung 10: Verteilung der ambulanten Notfälle auf Kostenintervalle**



Quelle: MCK-Auswertungsdatenbank; 55 Krankenhäuser, 612.070 Fälle

Eine Verteilung hinsichtlich der Spannweite und Höhe der ermittelten Durchschnittskosten in den teilnehmenden Krankenhäusern kann der folgenden Abbildung entnommen werden:

**Abbildung 11: Verteilung der durchschnittlichen Kosten für ambulante Notfälle**



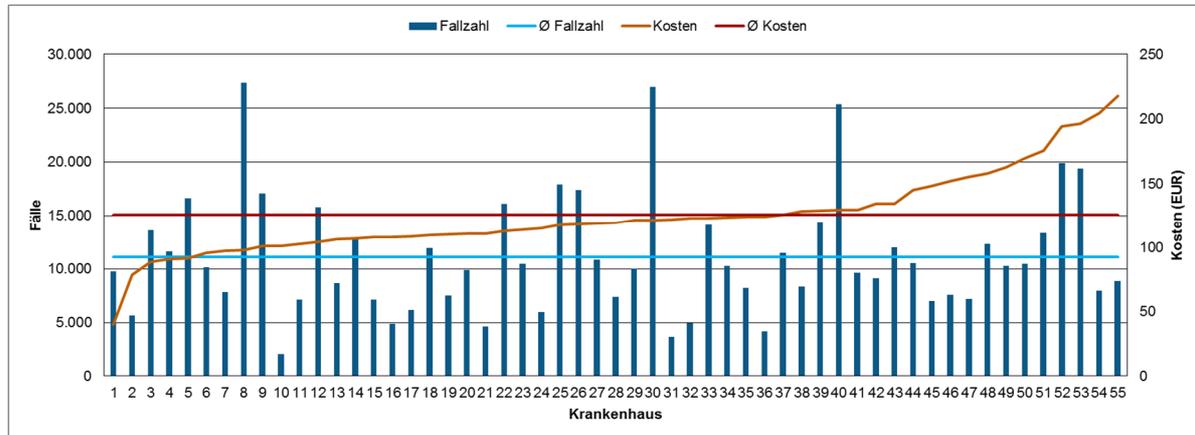
Quelle: MCK-Auswertungsdatenbank; 55 Krankenhäuser, 612.070 Fälle

In dieser Abbildung sind die teilnehmenden Krankenhäuser nach ihren Durchschnittskosten aufsteigend sortiert. Der höchste Wert in Abbildung 11 liegt bei 218 EUR pro Fall. Die überwiegende Mehrzahl der Krankenhäuser bewegt sich relativ eng um den berechneten Mittelwert von 126 EUR (rote Linie).<sup>16</sup>

<sup>16</sup> Im Jahr 2013 wurden in einer Pilotstudie, die nach gleicher Systematik durchgeführt worden ist, durchschnittliche Fallkosten in Höhe von 129 EUR ermittelt. Vgl. auch DGINA (2013)

Es stellt sich die Frage, ob ein Zusammenhang zwischen der behandelten Fallzahl und den Durchschnittskosten pro Fall besteht. Die folgende Auswertung vereint die Fallzahl und die Durchschnittskosten der Fälle. Zur Veranschaulichung wurden die Krankenhäuser nach ihren durchschnittlichen Fallkosten sortiert.

**Abbildung 12: Durchschnittskosten und Fallzahlen je Teilnehmer**



Quelle: MCK-Auswertungsdatenbank; 55 Krankenhäuser, 612.070 Fälle

Die orangene ansteigende Kurve zeigt die Verteilung der durchschnittlichen Fallkosten (Skala rechts), die blauen Säulen geben die Anzahl der ambulanten Notfälle des jeweiligen Krankenhauses wieder (Skala links). Die waagerechten Linien zeigen die Durchschnittskosten pro Fall über die Grundgesamtheit (rote Linie, rechte Skala 126 EUR) und die durchschnittliche Fallzahl über die Grundgesamtheit (blaue Linie, linke Skala 11.128 Fälle). Es zeigt sich keinerlei regelhafte Tendenz in den Ausprägungen der Fallzahlen pro Haus mit zunehmenden Durchschnittskosten. In der Stichprobe besteht augenscheinlich kein Zusammenhang zwischen der Anzahl behandelter Fälle und den durchschnittlichen Kosten für einen Notfallpatienten. Die Kosten der Notfallbehandlung scheinen vielmehr von mengenunabhängigen Parametern abhängig zu sein.

#### 4.1.2 Kostenstruktur

Die Erhebung erfolgte in der Systematik der InEK-Kalkulation, sodass die Ergebnisse in der gängigen InEK-Matrixstruktur dargestellt werden können. In den Zeilen enthält die InEK-Matrix (Tab. 3) die Kostenstellengruppen, in den Spalten die Kostenartengruppen. Die jeweils im Durchschnitt angefallenen Kosten dieser Bereiche lassen sich den einzelnen Modulen entnehmen. Die Kostenmatrix zeigt die Herkunft und die Art der angefallenen Kosten. In der Kalkulation wurden alle Kosten erfasst, die in Zusammenhang mit der ambulanten Behandlung der Notfälle stehen. Für diese Studie wurde eine neue Kostenstellengruppe 12 „Notaufnahme“ eingerichtet. Sie bildet die physischen Notaufnahmebereiche im engeren

Sinne ab. Zu den Kosten der ambulanten Notfallbehandlung gehören auch Kosten in weiteren Bereichen des Krankenhauses, die im Rahmen der Notfallbehandlung in Anspruch genommen wurden.

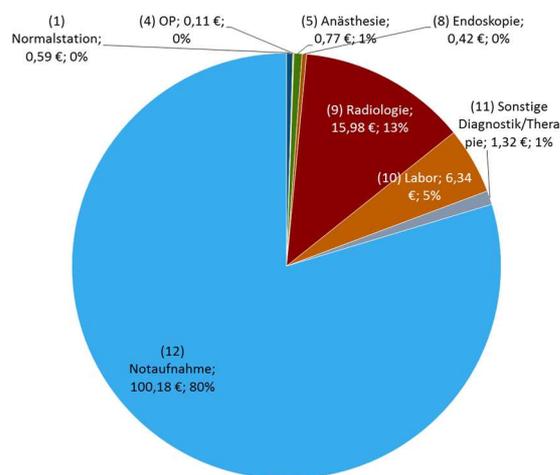
**Tabelle 3: Durchschnittliche Kosten in der InEK-Matrixstruktur**

Kostenstellengruppe	(1) Ärztlicher Dienst	(3) Pflege- und Funktionsdienst	(4) Arzneimittel	(6) med.-Bedarf	(7) med.-Infrastruktur	(8) nicht-med.-Infrastruktur	Gesamt	Anteil
(1) Normalstation	0,49 €	0,01 €	0,00 €	0,00 €	0,02 €	0,07 €	<b>0,59 €</b>	0,47%
(4) OP	0,02 €	0,02 €	0,00 €	0,02 €	0,02 €	0,02 €	<b>0,11 €</b>	0,09%
(5) Anästhesie	0,37 €	0,19 €	0,01 €	0,06 €	0,02 €	0,11 €	<b>0,77 €</b>	0,61%
(8) Endoskopie	0,09 €	0,12 €	0,01 €	0,09 €	0,05 €	0,07 €	<b>0,42 €</b>	0,33%
(9) Radiologie	4,03 €	4,68 €	0,04 €	2,40 €	1,44 €	3,40 €	<b>15,98 €</b>	12,71%
(10) Labor	0,28 €	1,88 €	0,19 €	3,01 €	0,20 €	0,77 €	<b>6,34 €</b>	5,04%
(11) Sonstige	0,46 €	0,37 €	0,01 €	0,14 €	0,10 €	0,24 €	<b>1,32 €</b>	1,05%
(12) Notaufnahme	34,87 €	34,97 €	1,39 €	4,75 €	5,20 €	189 €	<b>100,18 €</b>	79,69%
<b>Gesamt</b>	<b>40,62 €</b>	<b>42,24 €</b>	<b>1,65 €</b>	<b>10,48 €</b>	<b>7,05 €</b>	<b>23,68 €</b>	<b>125,77 €</b>	100,00%
Anteil	32,31%	33,60%	1,31%	8,33%	5,61%	18,83%	100,00%	

Quelle: MCK-Auswertungsdatenbank; 55 Krankenhäuser, 612.070 Fälle

Diese Bereiche sind in den Krankenhäusern in der Regel in eigenen Kostenstellen dargestellt. Zu ihnen gehören insbesondere das Röntgen und das Labor. Weiterhin werden auch die Anästhesie, die Endoskopie und andere diagnostische Bereiche, wie zum Beispiel die Sonografie, das EKG und andere zur Diagnostik oder Therapie ambulanter Fälle in Anspruch genommen. In einigen Notaufnahmen sind bettenführende Bereiche (z. B. Aufnahmestationen) angegliedert, die in Einzelfällen auch für ambulante Notfälle genutzt werden.

**Abbildung 13: Kostenanteile nach Kostenstellengruppen**



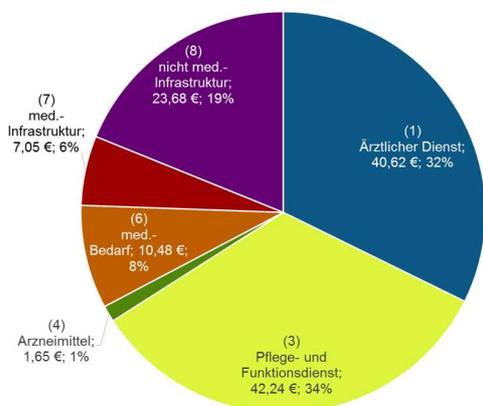
Quelle: MCK-Auswertungsdatenbank; 55 Krankenhäuser, 612.070 Fälle

Die Kosten dieser bettenführenden Bereiche einer Notaufnahme werden in der Matrix unter der Kostenstellengruppe 1 – Normalstation ausgewiesen. Es werden auch in Einzelfällen Eingriffsräume, die kostenstellenmäßig dem OP- oder endoskopischen Bereich zugeordnet sind, für ambulante Notfallbehandlungen genutzt. Intensivstationen oder kardiologische Eingriffsräume hatten in keinem der teilnehmenden Krankenhäuser Anteil an der Behandlung ambulanter Notfälle. Eine kostenstellenbezogene Aufteilung der Gesamtkosten kann der nächsten Abbildung entnommen werden.

Rund 80 % der Kosten (ca. 100 EUR pro Fall) entstehen in der Notaufnahme selbst. Rund 13 % der Kosten (ca. 16 EUR) fallen für radiologische Untersuchungen an. 5 % der Kosten

(ca. 6 EUR) entstehen im Labor. Die anderen Kostenstellenbereiche sind von ihrem Umfang her unbedeutend.<sup>17</sup>

**Abbildung 14: Kostenanteile nach Kostenartengruppen**



Quelle: MCK-Auswertungsdatenbank; 55 Krankenhäuser, 612.070 Fälle

Der Großteil der Kosten für die Notfallbehandlung fällt für medizinische Personalkosten an, hier insbesondere für den Ärztlichen Dienst und den Funktions- bzw. Pflegedienst und den medizinisch-technischen Dienst (MTD). Beide Kostenartengruppen haben dabei einen fast gleich hohen Anteil. Die medizinischen Personalkosten machen zwei Drittel (66 %) der gesamten Behandlungskosten aus. 9 % der Kosten entfallen auf die medizinischen Sachkosten. Entsprechend der InEK-Systematik basieren die Fallkosten auf einer Vollkostenbetrachtung, so dass auch anteilige Overheadkosten

für nicht-medizinische und medizinische Infrastruktur auf die Notaufnahme und andere relevante Bereiche zu verrechnen sind. Hierzu zählen Kosten für die Gebäudebewirtschaftung, die Verwaltung, Wartung, Zentralsterilisation, etc. Der Anteil der gesamten Overheadkosten (Infrastrukturkosten) liegt in der Studie für die ambulanten Notfallpatienten bei rund 25 %.

#### 4.1.3 Kosten in den diagnostischen und therapeutischen Bereichen

Für rund 55 % der Fälle werden Leistungen in weiteren diagnostischen und z. T. therapeutischen Bereichen außerhalb der Notaufnahme erbracht.<sup>18</sup> Eine Verteilung der Fälle mit einer Leistungsanspruchnahme in diesen Bereichen kann ebenso wie die durchschnittlichen Kosten der folgenden Tabelle entnommen werden.

<sup>17</sup> Diese Kostenbetrachtung bezieht sich auf das gesamte Patientenkollektiv und berücksichtigt in der Durchschnittskostenbildung der weiterführenden Leistungsbereiche, wie Radiologie oder Labor, auch die Fälle, die keine Leistungen in diesen Bereichen in Anspruch genommen haben. Die durchschnittlichen Fallkosten in diesen Bereichen fallen also deutlich höher aus, sofern eine Einschränkung nur auf die Fälle mit einer Leistungsanspruchnahme vollzogen wird.

<sup>18</sup> Bei den Anteilsdarstellungen handelt es sich nicht um disjunkte Mengen. Ein Fall kann auch in mehreren diagnostischen und therapeutischen Bereichen Leistungen empfangen.

**Tabelle 4: Durchschnittliche Kosten durch die Inanspruchnahme diagnostischer oder therapeutischer Leistungsbereiche**

	(1) Normalstation	(4) OP	(5) Anästhesie	(8) Endoskopie	(9) Radiologie	(10) Labor	(11) Sonstige Diagnostik/ Therapie
Anteil	1,75%	0,04%	0,27%	0,29%	34,64%	24,46%	6,21%
Ø Kosten	33,85 €	256,21 €	288,55 €	145,62 €	46,14 €	25,93 €	21,3€

Quelle: MCK-Auswertungsdatenbank; 55 Krankenhäuser, 612.070 Fälle

Den größten Anteil daran haben die Radiologie mit 35 %, das Labor mit 24 % und die sonstigen diagnostischen und therapeutischen Bereiche mit 6 %. Die übrigen Leistungsbereiche werden nur in Einzelfällen für die Versorgung ambulanter Notfälle in Anspruch genommen. Sofern Notfallpatienten Leistungen in den o. g. Bereichen in Anspruch nehmen, belaufen sich die durchschnittlichen Kosten auf ca. 46 EUR in der Radiologie, ca. 26 EUR im Labor oder 21 EUR im sonstigen Bereich. Sofern endoskopische Leistungen erbracht werden, verursachen diese im Schnitt Kosten in Höhe von 145 EUR pro Fall. Bei operativen Leistungen fallen im Schnitt 256 EUR, und für die anästhesiologische Leistungen im Durchschnitt 286 EUR Kosten an.

## 4.2 Erlöse aus ambulanten Notfällen in Krankenhäusern

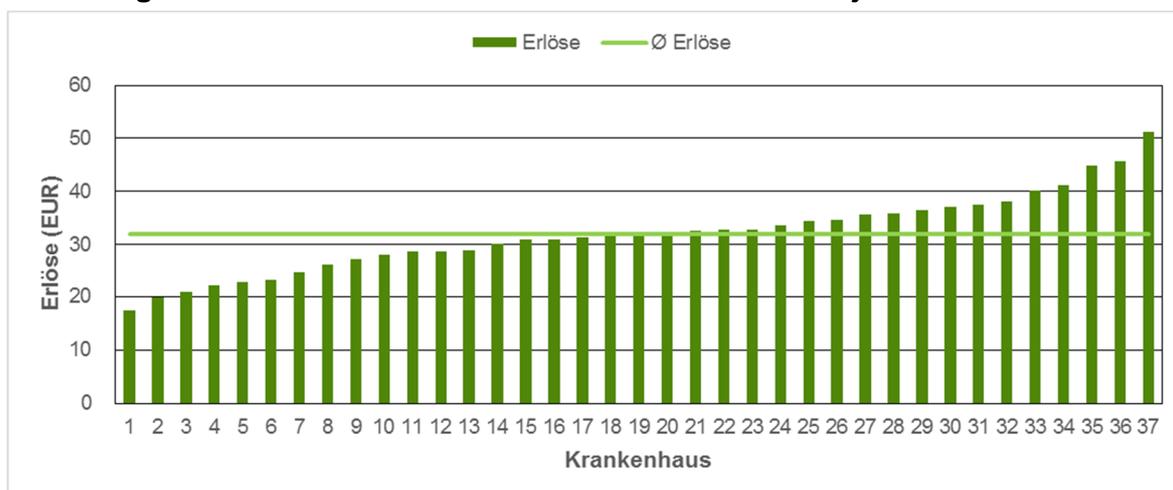
Von den 55 Krankenhäusern, die Kostendaten geliefert haben, konnten 37 Krankenhäuser zusätzlich fallbezogene Angaben zu den Erlösen aus der Abrechnung nach dem EBM für 341.194 ambulante Notfälle bereitstellen.. Die Auswertungen zu den Erlösen beschränken sich wie die Kostenkalkulation auf den Bereich der ambulanten „EBM-Fälle“. Dies gilt auch für die Betrachtungen von Überschüssen und Fehlbeträgen.

### 4.2.1 Durchschnittliche Erlöse

Wie in der Abbildung 15 dargestellt wird, zeigt sich für die durchschnittlichen Erlöse der ambulanten Notfälle ein recht klares Bild hinsichtlich der Spannweite und Höhe in den teilnehmenden Krankenhäusern. Alle Krankenhäuser, für die Erlösinformationen für die ambulanten Notfälle vorlagen, wurden in dieser Abbildung analog zur Kostenverteilung in Abbildung 11 nach ihren Durchschnittserlösen pro Fall aufsteigend sortiert. Das Krankenhaus 1 weist den geringsten ermittelten Durchschnittserlös von 17 EUR pro ambulanten Notfall auf. Den höchsten durchschnittlichen Wert von 51 EUR pro Fall weist Haus 37 auf. Durchschnittlich ergibt sich insgesamt ein Erlös von 32 EUR pro ambulanten Notfall. Die Mehr-

zahl der Krankenhäuser bewegt sich wie auch bei den Kosten relativ eng um den berechneten Mittelwert von 32 EUR (grüne Linie).<sup>19</sup>

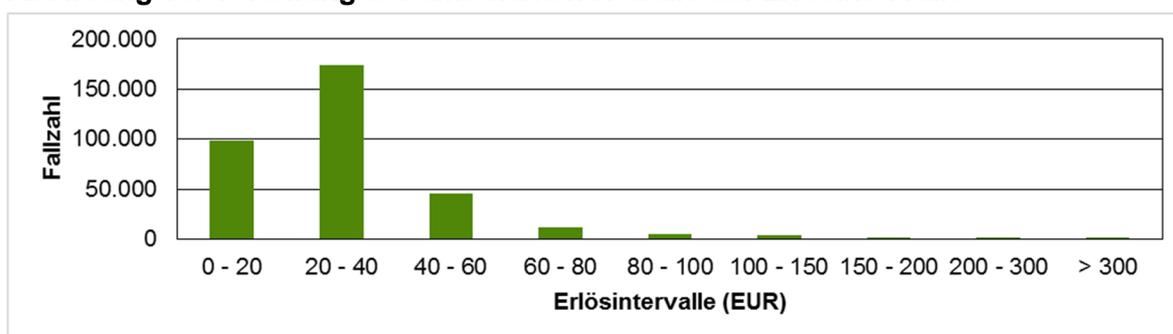
**Abbildung 15: Durchschnittliche Erlöse ambulanter Notfälle je Krankenhaus**



Quelle: MCK Auswertungsdatenbank, 37 Krankenhäuser, 341.194 Fälle

Die folgende Abbildung zeigt die Verteilung der Stichprobe auf Erlösgruppen, die in Schritten von 20 EUR gebildet wurden. In der Erlösgruppe 0 – 20 EUR sind vor allem Fälle abgebildet, für die ausschließlich die Notfallpauschale (GOP 01210) abgerechnet wurde. Daneben sind Fälle enthalten, die neben der Notfallpauschale wenige Leistungen in weiteren Bereichen wie der Radiologie, dem Labor oder dem sonstigen Bereich empfangen haben.

**Abbildung 16: Verteilung der ambulanten Notfälle auf Erlösintervalle**



Quelle: MCK Auswertungsdatenbank, 37 Krankenhäuser, 341.194 Fälle

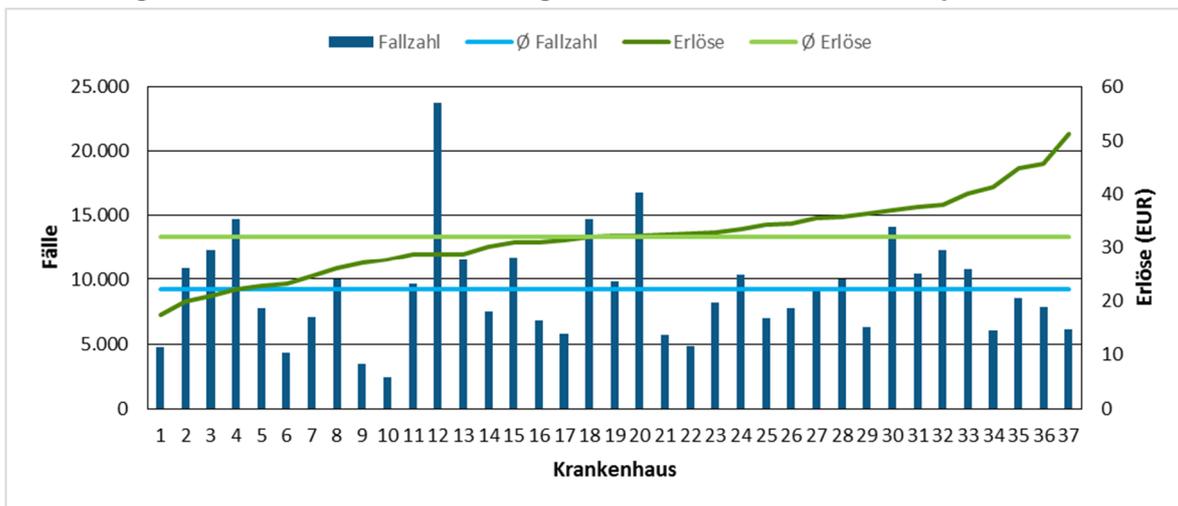
Hierzu zählen in 3 % der Fälle kleinchirurgische Eingriffe der Kategorie I (02300) oder in 1,7 % der Fälle Röntgenaufnahmen der Hand oder des Fußes (03423). Diese Erlösgruppe weist insgesamt einen Anteil von ca. 30 % an den Gesamtfällen auf.

<sup>19</sup> Im Jahr 2013 wurden in einer Pilotstudie, die nach gleicher Systematik durchgeführt worden ist, durchschnittliche Erlöse von 33 EUR ermittelt.

vgl. Dodt, C. Schöpke, T. (2013)

Die größte Fallgruppe ist mit 50 % in der Erlösgruppe von 20 EUR bis 40 EUR verortet. In dieser Gruppe beträgt der Anteil für weiterführende Diagnostik oder Therapie aus dem Bereich „Strahlendiagnostik und -therapie, Röntgen, CT, MRT“ 39 % und aus dem Bereich „Laboratoriumsuntersuchungen“ 14 %. „Sonderleistungen“ haben 50 % der Fälle in dieser Erlösgruppe empfangen. Hierzu zählen zum überwiegenden Teil die Entgelte 02300 und 02301 - kleinchirurgische Eingriffe der Kategorie I oder II. Ab der nächsten Erlösgruppe nehmen die Fallmengen deutlich ab. Insgesamt beträgt der Erlös für ca. 80 % der Fälle zwischen 0 und 40 EUR. Lediglich für ca. 20 % der Fälle liegt der Erlös bei mehr als 40 EUR.

**Abbildung 17: Erlöshöhe und Fallmengen der ambulanten Notfälle je Krankenhaus**



Quelle: MCK Auswertungsdatenbank, 37 Krankenhäuser, 341.194 Fälle

Wie in den Kostenanalysen kann für die Erlöshöhe ebenfalls kein Zusammenhang zwischen der Höhe der Erlöse und der Anzahl der ambulanten Notfälle festgestellt werden.

#### 4.2.2 Erlösstruktur

Um die Erlössituation näher zu beschreiben, wird die Zusammensetzung bzw. Struktur der Erlöse dargestellt. In der Abbildung 19 werden die durchschnittlichen, erzielten Erlöse für die relevanten Leistungsbereiche bzw. analog der EBM-Systematik nach EBM-Leistungsgruppen wiedergegeben.

Zur EBM-Leistungsgruppe 1 – „Hausärztliche Grundvergütung, Ordination, Konsultation“ zählen im Wesentlichen die Notfallpauschale mit der Ziffer 01210, die jeder Notfall aufweist, sowie weitere Konsultationspauschalen mit den Ziffern 01214, 01216, 01218, die in der Regel für eine Wiedervorstellung zur Abrechnung gebracht werden.

In die Leistungsgruppe 8 – „Sonderleistungen“ fallen im Wesentlichen kleinchirurgische Eingriffe, fixierende Verbände oder Sonographien. Derartige Sonderleistungen werden in 40 % der Fälle erbracht und im Schnitt mit 12 EUR zusätzlich abgerechnet.

**Tabelle 5: Durchschnittliche Erlöse nach Leistungsgruppen**

EBM-Leistungsgruppe	Fallzahl	Anteil	Ø Erlöse
1 - Hausärztliche Grundvergütung, Ordination, Konsultation	341.194	100%	16,97 EUR
8 - Sonderleistungen	136.990	40%	12,16 EUR
12 - Strahlendiagnostik und -therapie, Röntgen, CT, MRT	111.431	33%	17,51 EUR
11 - Laboratoriumsuntersuchungen	49.829	15%	15,6 EUR
14 - Pauschalerstattungen/Kosten	16.171	4,74%	0,81 EUR
9 - Physikalisch-medizinische Leistungen	14.919	4,37%	3,95 EUR
10 - Laborpauschalen	9.521	2,79%	0,16 EUR
5 - Mutterschaftsvorsorge	2.714	0,80%	17,71 EUR
4 - Allgemeine Leistungen	2.653	0,78%	3,8 EUR
3 - Beratungs- und Betreuungsleistungen, Ganzkörperstatus	961	0,28%	6,68 EUR
7 - Empfängnisregelung, Sterilisation, Schwangerschaftsabbruch	58	0,02%	9,45 EUR

Quelle: MCK Auswertungsdatenbank, 37 Krankenhäuser, 341.194 Fälle

33 % der Fälle empfangen radiologische Leistungen der Leistungsgruppe 12 – „Strahlendiagnostik und -therapie, Röntgen, CT, MRT“. Zum überwiegenden Teil sind dies mit 90 % konventionelle Röntgenuntersuchungen. Großgeräteleistungen werden lediglich in 6 % der Fälle zur Abrechnung gebracht. Im Durchschnitt werden bei Abrechnung von Leistungen aus dieser Leistungsgruppe ca. 17 EUR erzielt.

Laboratoriumsuntersuchungen zzgl. der Laborpauschalen wurden für 18 % der Fälle und dann mit durchschnittlich 16 EUR zur Abrechnung gebracht.<sup>20</sup>

Zu den „physikalisch-medizinische Leistungen“ der Leistungsgruppe 9 zählen im Wesentlichen das EKG oder die klinisch-neurologische Basisdiagnostik. Diese werden bei 4 % der Fälle abgerechnet.

#### 4.2.3 Auswirkungen der EBM-Änderung vom 17. Dezember 2014

Aus aktuellem Anlass werden im Rahmen dieses Exkurses die Auswirkungen der jüngsten Anpassung der EBM-Gebührenpositionen für die ambulante Notfallbehandlung auf die Erlössituation der Krankenhäuser untersucht.

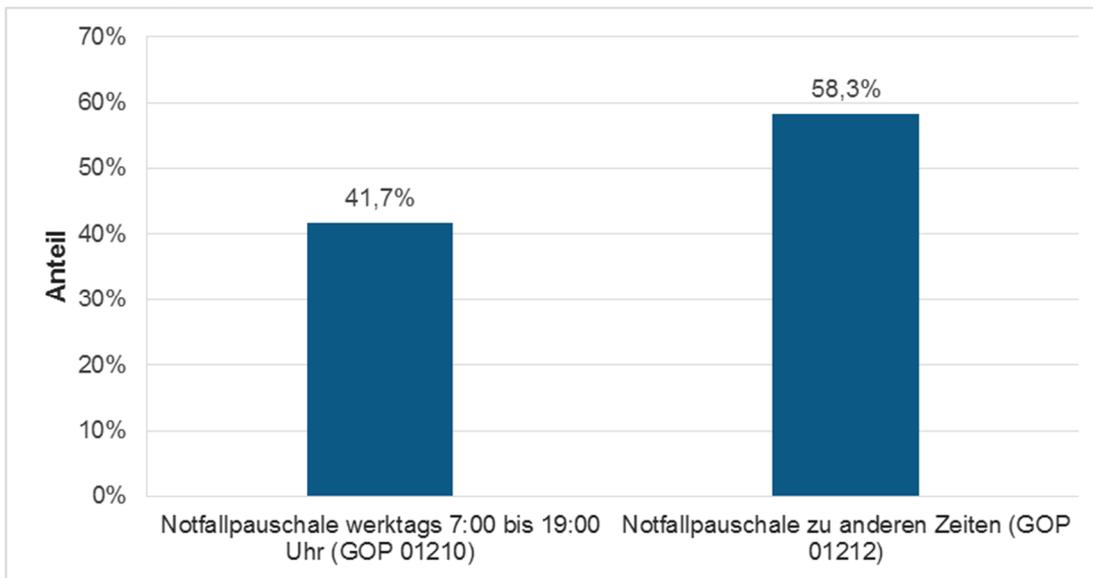
<sup>20</sup> Entgegen den in Kapitel 4.1.3 dargestellten 24 % Leistungsanspruchnahme aus dem Labor werden laut übermittelten Entgelten bei lediglich 18 % der Fälle Laborleistungen abgerechnet. In Kapitel 4.1.3 bezieht sich die Ermittlung auf die Leistungsanspruchnahme unbedingt einer möglichen Abrechnung. Z. T. liegen für diese Fälle keine Entgeltinformationen vor.

Der Bewertungsausschuss nach § 87 Abs. 1 Satz 1 SGB V hat in seiner 341. Sitzung am 17.12.2014 aufgrund des Urteils des Bundessozialgerichts (BSG) vom 12.12.2012 eine rückwirkende Anpassung der Vergütung für Notfallbehandlungen beschlossen. Das BSG hatte entschieden, dass die Regelungen des EBM hinsichtlich der Vergütung der Notfallbehandlungen rechtswidrig seien, da der dort vorgesehene Vergütungsmechanismus der Besuchsbereitschaft eine sachlich nicht gerechtfertigte Ungleichbehandlung der Krankenhäuser darstelle. Vor diesem Hintergrund hat der Bewertungsausschuss beschlossen, die Besuchsbereitschaftspauschalen zu streichen. Daneben wurde eine Differenzierung der Notfallpauschale (GOP 01210) in eine von 7:00 bis 19:00 Uhr geltende Tages- (GOP 01210) und eine neu eingeführte von 19:00 bis 7:00 Uhr geltende Nachtpauschale (GOP 01212) vorgenommen. Verglichen mit der bisherigen Bewertung erfolgte für die Tagespauschale eine Abwertung von 157 auf 127 Punkte, die Nachtpauschale ist mit 195 Punkten hingegen höher bewertet. Die Nachtpauschale (GOP 01212) gilt auch rund um die Uhr an Wochenend- und Feiertagen.

Für die Abrechnung beider Notfallpauschalen (GOP 01210 und 01212) sowie der Konsultationspauschalen, die bei einer Wiedervorstellung im Quartal angewendet werden (GOP 01214, 01216 und 01218), ist nun die Angabe der Uhrzeit der Inanspruchnahme erforderlich. Diese Änderungen treten rückwirkend zum 01.01.2008 in Kraft. Wie im Kapitel 4.5 beschrieben, verfügen selbst von den 55 Krankenhäusern dieser Studie, die alle eine überdurchschnittlich umfassende Datenlage aufweisen, lediglich bei 29 Krankenhäuser über uhrzeitbezogene Falldaten. Unabhängig von der rechtlichen Bewertung der Rückwirkung bis in das Jahr 2008 ist davon auszugehen, dass eine rückwirkende Abrechnung der ambulanten Notfalleistungen mit Zeitstempel für die meisten Krankenhäuser faktisch unmöglich sein wird.

In der folgenden Abbildung wird dargestellt, wie sich die Fälle des vorliegenden Datensatzes auf die zukünftig geltenden Notfallpauschalen annähernd verteilen. Dabei ist zu beachten, dass in dieser Auswertung die gesetzlichen Feiertage, an denen die Nachtpauschale (GOP 01212) unabhängig von der Uhrzeit gilt, aufgrund der Unterschiedlichkeit in den Bundesländern nicht berücksichtigt werden.

**Abbildung 18: Verteilung der Fälle auf die Tages- (GOP 01210) und Nachtpauschale (GOP 01212) des EBM**



Quelle: MCK-Auswertungsdatenbank; 29 Krankenhäuser, 335.824 Fälle

Unter Berücksichtigung der Feiertage kann näherungsweise von einer Verteilung von 40 % der Notfallbehandlungen werktags zwischen 7:00 und 19:00 Uhr und von 60 % der Notfallbehandlungen zu anderen Zeiten ausgegangen werden. Bei einer Gewichtung der neuen Tages- und Nachtpauschale nach diesem Verhältnis resultiert eine durchschnittliche Punktzahl von rund 168 Punkten pro Notfall. Die bisherige, tages- und uhrzeitunabhängige Notfallpauschale war mit 157 Punkten bewertet. Für die hier ausgewerteten 29 Krankenhäuser würde die EBM-Anpassung eine Verbesserung von durchschnittlich 11 Punkten, mit Investitionskostenabschlag in Höhe von 10 % ein Plus von rund 10 Punkten pro Notfall ergeben. Bei einem Punktwert von 10 Cent würde dies zu einem marginalen Anstieg des durchschnittlichen Fallerlöses in Höhe von rund 1 Euro führen. Die zukünftige, durchschnittliche Erlössituation der Krankenhäuser wird sich somit durch den jüngsten Beschluss des Bewertungsausschusses nicht verbessern.

### **4.3 Kostendeckung der ambulanten Notfälle in Krankenhäusern**

Die Zusammenführung der ermittelten Kosten mit den Erlösen ermöglicht die Ableitung der für die ambulanten Notfälle aufgetretenen Gewinn- bzw. Verlustsituationen.

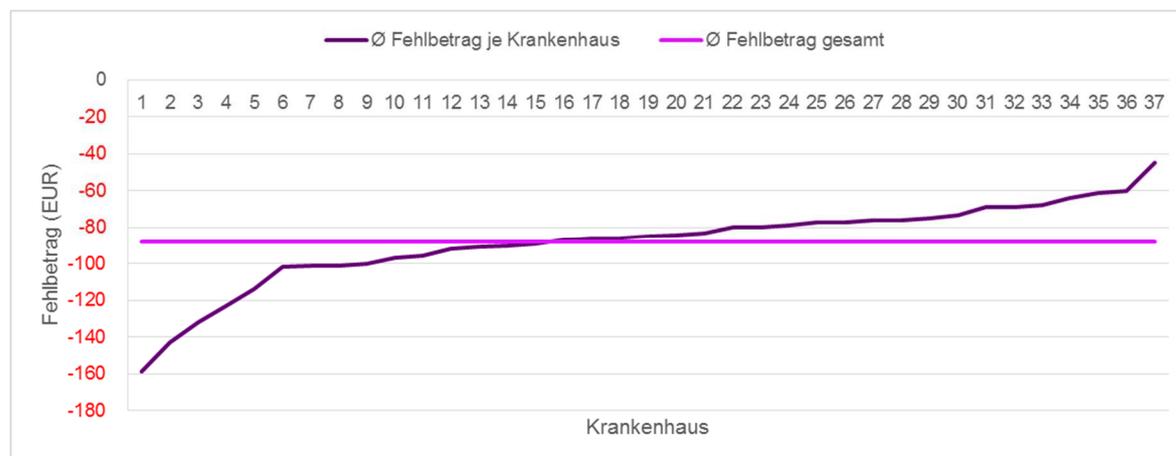
Von den 55 Krankenhäusern, die Kostendaten geliefert haben, konnten 37 Krankenhäuser zusätzlich fallbezogene Angaben zu den Erlösen aus der Abrechnung nach dem EBM für 341.194 ambulante Notfälle bereitstellen. Durchschnittlich betragen der fallbezogene Erlös

32 EUR und die durchschnittlichen Kosten in dieser Gruppe 120 EUR. Daraus resultiert ein gerundeter Fehlbetrag von 88 EUR pro Fall. Für die Höhe der Fallkosten ist der aus der größeren Grundgesamtheit von 55 Krankenhäusern hergeleitete Betrag von 126 EUR aussagekräftiger.

Zur Anzahl der bundesweiten Fallzahl wird in der Antwort der Bundesregierung auf eine kleine Anfrage ausgeführt, dass nach Angaben der Kassenärztlichen Bundesvereinigung die Anzahl der Behandlungsfälle in den Krankenhäusern im Jahr 2012 ohne Bremen bei rund 9 Millionen lag. Unter Berücksichtigung dieser Unvollständigkeit, der Fallzahlsteigerung und der mit dieser Studie nicht erfassten Investitionskosten ist von einem **Gesamtdefizit der Krankenhäuser** in Höhe von schätzungsweise **1 Milliarde EUR** auszugehen. Dieses Ergebnis bestätigt auch die Schätzung der DGINA über das jährliche Defizit aus der ambulanten Notfallversorgung in den Notaufnahmen der Krankenhäuser.<sup>21</sup>

Die Verteilung der Fehlbeträge nach Krankenhäusern können der folgenden Abbildung entnommen werden.

**Abbildung 19: Durchschnittliche Fehlbeträge der ambulanten Notfälle je Krankenhaus**

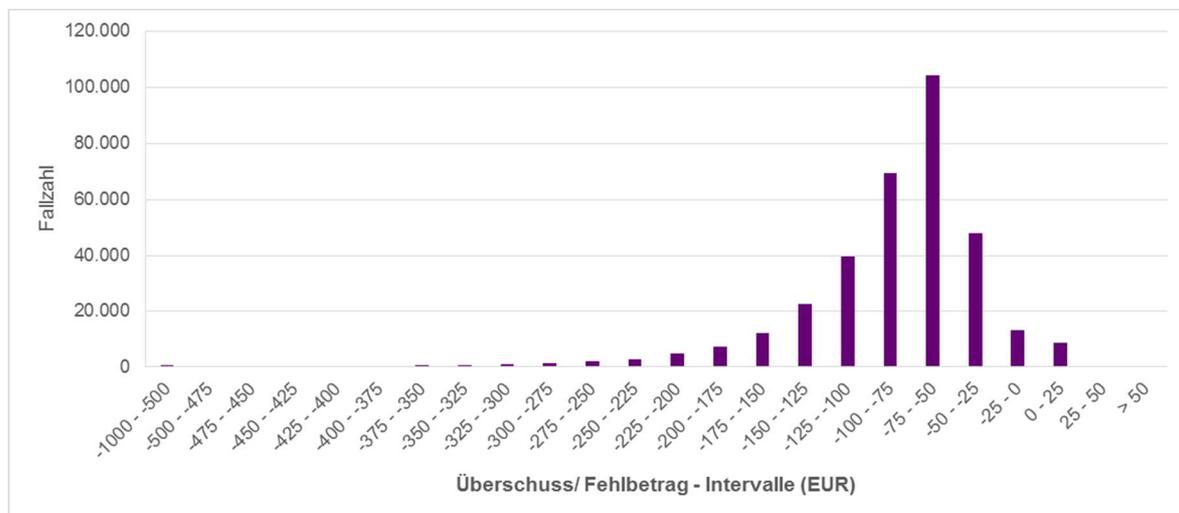


Quelle: MCK Auswertungsdatenbank; 37 Krankenhäuser, 341.194 Fälle

Die Krankenhäuser sind aufsteigend sortiert nach der Höhe des Verlustes. Die Verluste bewegen sich zwischen 160 EUR und 45 EUR pro Fall. Zwischen der Anzahl der ambulanten Notfälle und der Höhe des Verlustes pro Fall besteht kein Zusammenhang. Wie schon bei den Kosten und Erlösen festgestellt, hat die Größe der Notaufnahme keinen Einfluss auf die Höhe der fallbezogenen Verluste. Unabhängig von der Größe und den Fallzahlen ist für alle Krankenhäuser eine Verlustsituation festzustellen.

<sup>21</sup> DGINA (2013)

**Abbildung 20: Verteilung der Überschüsse und Fehlbeträge ambulanter Notfälle auf Intervalle**



Quelle: MCK-Auswertungsdatenbank; 37 Krankenhäuser, 341.194 Fälle

Die obige Auswertung zeigt Überschüsse bzw. Fehlbeträge dargestellt in 25 EUR Schritten. Mit Ausnahme der Intervalle „0 – 25“, „25 – 50“ und „> 50“, liegen die übrigen im Verlustbereich. In diesen sind 97,3 % der Fälle beinhaltet. Den größten Anteil daran hat das Intervall „-75 – -50“ mit 30 % gefolgt von dem Intervall „-100 – -75“ mit 20 %.

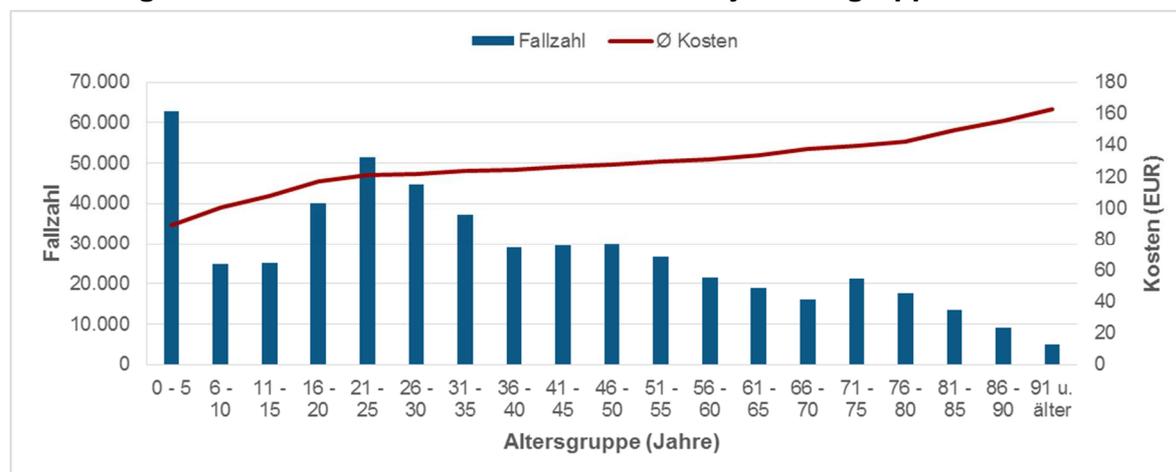
#### 4.4 Analysen nach Altersgruppen

Die Verteilung der ambulanten Fallzahlen in der Notaufnahme differenziert nach Altersgruppen ist in Abbildung 21 dargestellt. Es zeigt sich eine erste Spitze in der Altersgruppe der Neugeborenen, Säuglinge und Kleinkinder (0 bis 5 Jahre). Sie addieren sich auf 62.776 Fälle, was rund 12 % der Gesamtfallzahl aus 46 Krankenhäusern entspricht. Weitere Spitzen sind bei den jungen Erwachsenen (16 bis 35 Jahre, ca. 33 % der Fälle) sowie im höheren Alter (71 bis 85 Jahre, ca. 7,4 % der Fälle) zu erkennen. Die hohe Ausprägung der Fallzahl in der Altersgruppe der 0 bis 5-jährigen ist insbesondere auf die Teilnahme von zwei Kinderkrankenhäusern in der Stichprobe zurückzuführen.

Die durchschnittlichen Fallkosten stehen in deutlichem Zusammenhang zum Patientenalter. Abbildung 21 zeigt einen kontinuierlichen Anstieg der Fallkosten je Altersgruppe. Je älter der Patient, desto teurer die Behandlung im Durchschnitt der erhobenen Stichprobe (rote Linie, rechte Skala). Überdurchschnittliche Kostenanstiege sind im Kindes- und Jugendalter (0 bis 20 Jahre) sowie im höheren Alter (ab 76 Jahren) zu beobachten. Während sich die durchschnittlichen Fallkosten der jüngsten Altersgruppe bei 89 EUR bewegen, liegen sie bei hochaltrigen Patienten (ab 91 Jahren) bei rund 160 Euro. Die Anzahl der behandelten Patienten je Altersgruppe (blaue Säulen, linke Skala) hat keinen erkennbaren Einfluss auf

die Entwicklung der Fallkosten. Die beiden Kinderkliniken könnten einen leicht verzerrenden Effekt auf die Fallkosten in der ersten Altersgruppe haben. Der Effekt ist jedoch nicht so ausgeprägt, dass die Grundaussage der Auswertung beeinflusst würde. Ohne die beiden Kinderkliniken mit insgesamt 19.896 Fällen, zumeist in dieser Fallgruppe der 0 bis 5-jährigen, beträgt der bereinigte Wert der Durchschnittskosten 92,62 Euro und liegt damit mit rund 3 EUR etwas höher als die 89,40 EUR mit den Kinderkliniken. Die Entwicklung der Erlöse verläuft analog zur Entwicklung der Kosten kontinuierlich ansteigend.

**Abbildung 21: Durchschnittskosten und Fallzahlen je Altersgruppe**

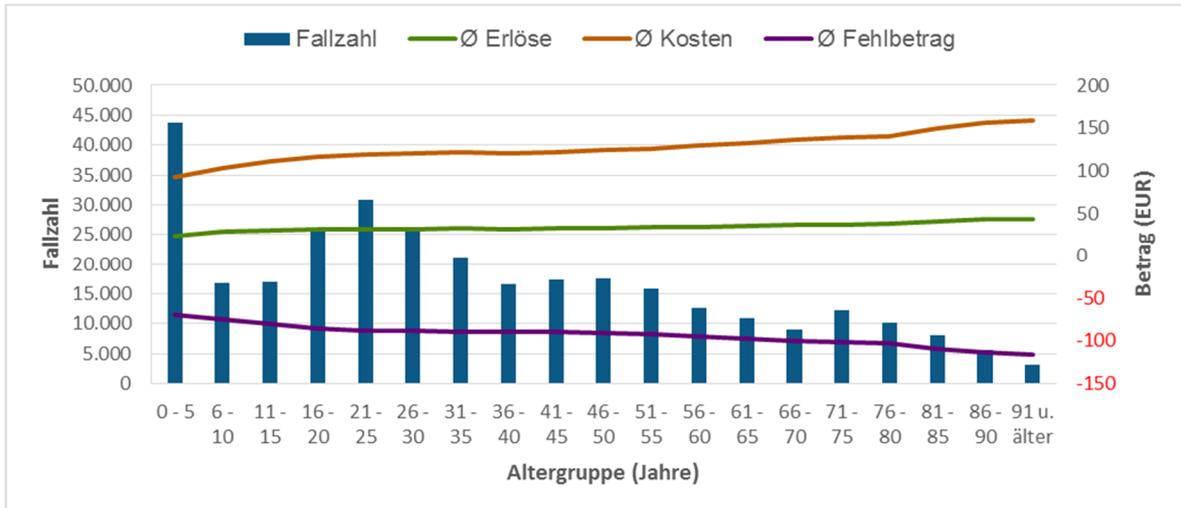


Quelle: MCK-Auswertungsdatenbank; 46 Krankenhäuser, 524.508 Fälle

Auch die durchschnittlichen Erlöse stehen in Zusammenhang mit dem Patientenalter. Die Abbildung 22 zeigt einen kontinuierlichen Anstieg der Fallerlöse je Altersgruppe. Je älter der Patient, desto höher die Durchschnittserlöse in der erhobenen Stichprobe (rote Linie, rechte Skala). Während sich die durchschnittlichen Erlöse in der jüngsten Altersgruppe im Bereich von rund 23 Euro bewegen, liegen sie bei hochaltrigen Patienten (ab 91 Jahren) bei rund 43 Euro. Die größten Fallzahlen sind in den Altersgruppen 0-5 Jahre und 16-35 Jahre zu beobachten. Eine Untersuchung der Durchschnittserlöse in der ersten Altersklasse ohne die Kinderkliniken hat ergeben, dass diese mit 22,99 EUR nicht wesentlich von denjenigen mit Kinderkliniken von 23,32 EUR abweichen.

Da sich die Erlöshöhe verglichen mit der Kostenhöhe deutlich unterproportional verändert, schlägt sich die Kostenentwicklung auf die Entwicklung der Fehlbeträge in den Altersgruppen entsprechend stark nieder. Sie steigen angefangen bei 69,72 EUR für Kleinkinder mit zunehmendem Alter kontinuierlich auf bis zu 115,72 EUR durchschnittlichen Verlustes in der Altersklasse der über 90-jährigen an.

**Abbildung 22: Durchschnittlicher Fehlbetrag je Altersgruppe**

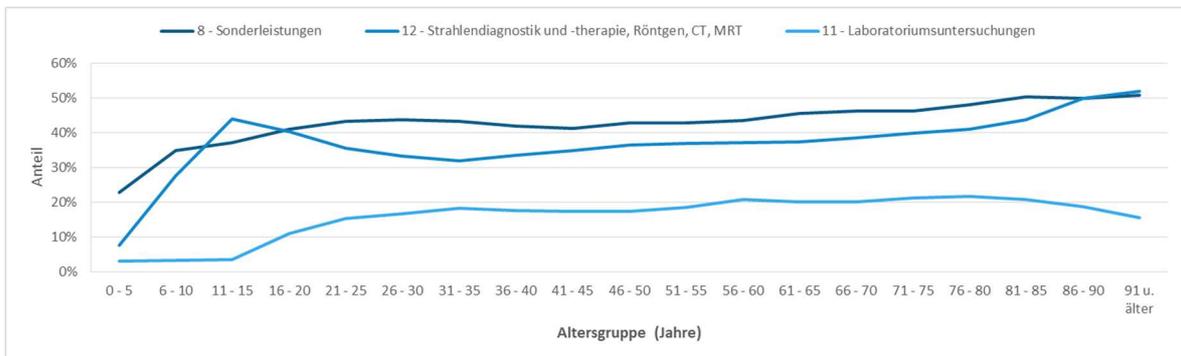


Quelle: MCK-Auswertungsdatenbank; 34 Krankenhäuser, 320.573 Fälle

In der folgenden Abbildung ist klar erkennbar, dass mit zunehmendem Alter auch die therapeutischen und diagnostischen Leistungen zunehmen. Innerhalb der Leistungsgruppe 12 – „Strahlendiagnostik und -therapie, Röntgen, CT, MRT“ findet in den ersten Jahren bis zur Jugendzeit ein steiler Anstieg statt, flacht dann ab und nimmt ab dem 30 Lebensjahr wieder kontinuierlich zu. Im hohen Alter ab dem 75. Lebensjahr findet eine weitere stärkere Zunahme radiologischer Leistungen statt. Innerhalb dieser Leistungsgruppe nehmen konventionelle Röntgenuntersuchungen den größten Anteil ein. Großgeräteleistungen werden in 5,5 % der Fälle erbracht. Innerhalb der Leistungsgruppe 8 – „Sonderleistungen“ nehmen kleinchirurgische Eingriffe, fixierende Verbände und Sonographien den größten Anteil ein.

Auch Leistungen aus dem Labor nehmen mit zunehmendem Alter zu. Der höchste Zuwachs findet zwischen dem 10. und 35. Lebensjahr statt.

**Abbildung 23: Ambulante Leistungen nach Altersgruppen**



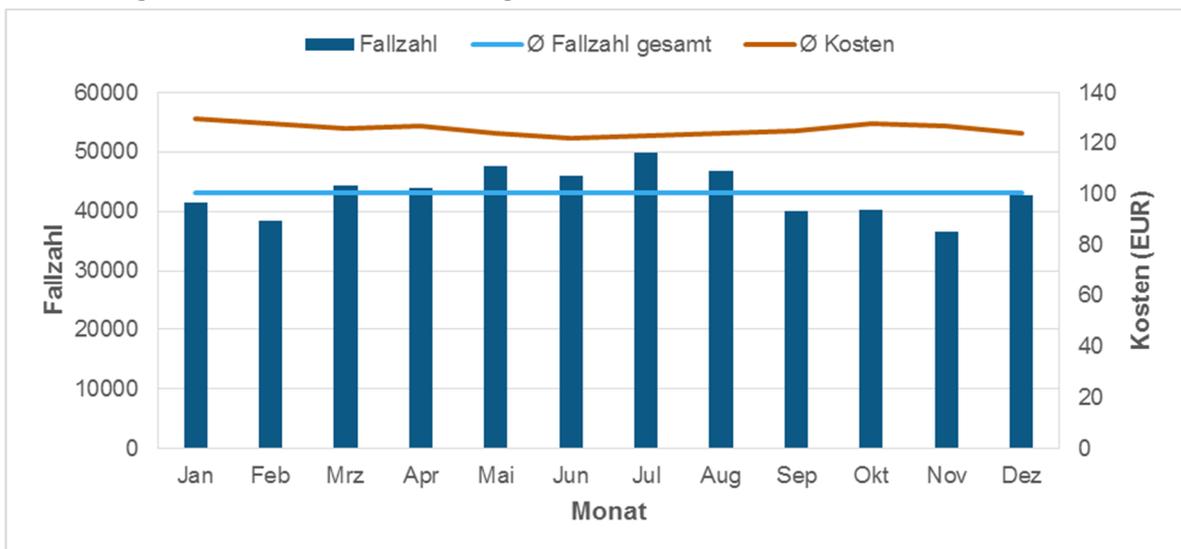
Quelle: MCK-Auswertungsdatenbank; 34 Krankenhäuser, 320.573 Fälle

## 4.5 Zeitliche Verteilung der Inanspruchnahme der Notaufnahme

### Monatliche Betrachtung

Die Analyse der ambulanten Notfallzahlen im Monatsverlauf zeigt deutliche Schwankungen. Die Fallzahlen schwanken zwischen 36 Tausend Fällen im November und 50 Tausend Fällen im Juli. Dies entspricht einer Schwankungsbreite von jeweils rund 15 % über bzw. unter dem monatlichen Mittelwert von 43.164 Fällen. Die Sommermonate Juli und August weisen die höchsten Fallzahlen auf.

**Abbildung 24: Monatliche Verteilung und Kosten der ambulanten Notfälle**



Quelle: MCK-Auswertungsdatenbank; 44 Krankenhäuser, 517.244 Fälle

Die Kosten bewegen sich in einem Korridor von ca. 121 EUR im Juni bis ca. 130 EUR im Januar. Tendenziell weisen die fallzahlschwachen Monate überdurchschnittlich hohe Kosten auf, wohingegen in den fallzahlstarken Monaten weniger behandlungsintensive Fälle festzustellen sind. Die Inanspruchnahme weiterführender diagnostischer oder therapeutischer Leistungen bewegt sich zwischen 54 % im Juli und 59 % im November. Hierbei weisen die fallzahlschwachen Monate Oktober und November den höchsten Anteil auf.

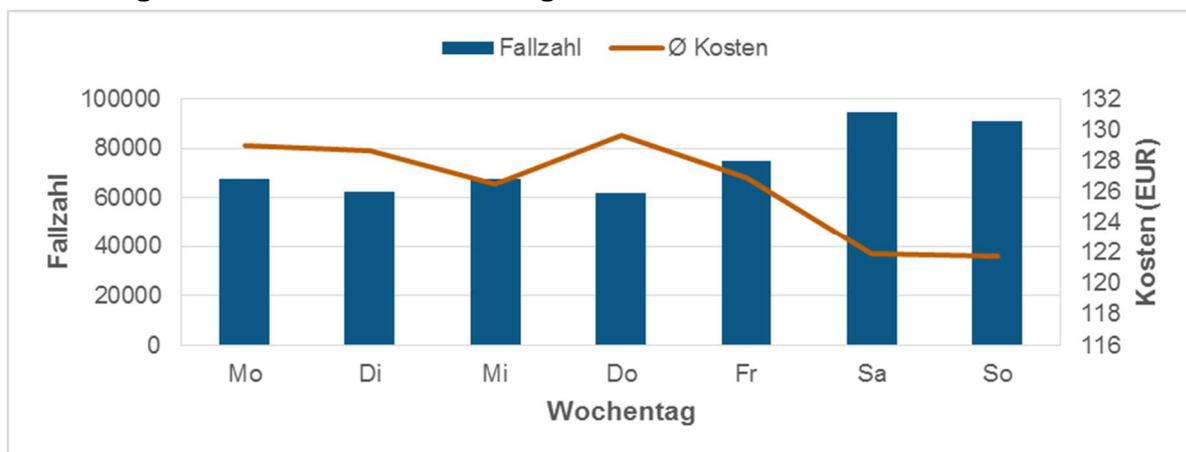
### Wöchentliche Betrachtung

Die Häufigkeit der Inanspruchnahme der Notaufnahme variiert deutlich im Wochenverlauf. Montag bis Freitag verläuft das Niveau der Inanspruchnahme noch relativ konstant, mit einem leichten aber erkennbaren Anstieg am Freitag. Deutlich höher ist die Notaufnahme dann an Wochenenden frequentiert. Der Vergleich zwischen Wochentagen (Mo.-Fr.) und

Wochenendtagen (Sa./So.) zeigt einen Anstieg der Fallzahlen um rund 39 % am Wochenende.

Die Abbildung zeigt die Fallzahlverteilung im Wochenverlauf in Kombination mit den durchschnittlichen Fallkosten. Mit der deutlichen Zunahme der Fallzahl am Wochenende, geht eine leichte aber erkennbare Abnahme der durchschnittlichen Fallkosten einher: Durchschnittlichen Fallkosten von rund 122 EUR am Wochenende stehen rund 128 EUR während der Werktagen gegenüber. Prozentual liegen die durchschnittlichen Fallkosten am Wochenende um 5 % unter denen an Werktagen.

**Abbildung 25: Wöchentliche Verteilung und Kosten der ambulanten Notfälle**



Quelle: MCK-Auswertungsdatenbank; 44 Krankenhäuser, 517.244 Fälle

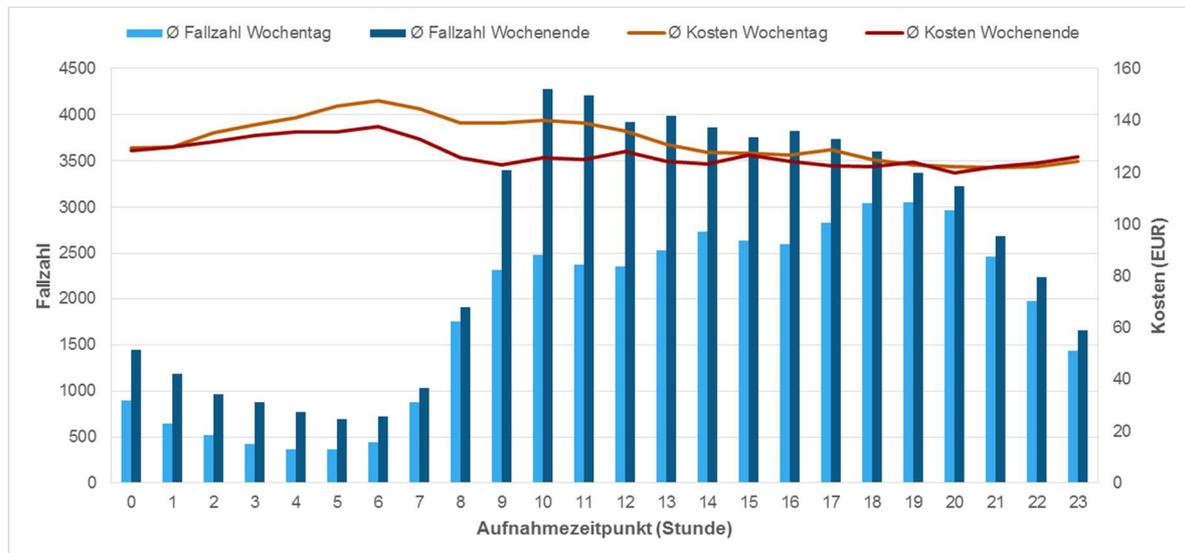
Der Fallzahlverlauf legt den Schluss nahe, dass die Notaufnahme besonders dann aufgesucht wird, wenn die Praxen der niedergelassenen Ärzte geschlossen sind (Mittwochnachmittag, Freitagnachmittag, Samstag und Sonntag). Die Abnahme der durchschnittlichen Fallkosten an diesen Tagen deutet daraufhin, dass die zusätzlichen Patienten weniger behandlungsaufwändig sind (vgl. hierzu Kapitel 5 „Stellenwert der ambulanten Notfallversorgung am Krankenhaus“).

### Stündliche Betrachtung

In 29 Krankenhäusern lagen valide uhrzeitbezogene Falldokumentationen vor. Die durchschnittliche Fallzahlentwicklung im Tagesverlauf zeigt über die gesamte Woche gemittelt folgendes Bild: Die höchsten Fallzahlen werden zwischen 17 und 19 Uhr erreicht. Innerhalb dieses Zeitfensters zeigt sich das geringste Fallkostenniveau von 122 EUR. Die höchsten durchschnittlichen Fallkosten von 144 EUR sind in den Nacht- bzw. in den frühen Morgenstunden zu finden, wo die Fallzahlen ihre niedrigsten Ausprägungen haben. Die hohen Fallkosten in diesem Zeitintervall lassen sich aufgrund der Berechnungsmethodik nicht durch die Vorhaltung oder eine geringere Auslastung im dem Nachtstunden begründen

sondern sind ausschließlich durch die Fallschwere bzw. die im Rahmen der Notfallbehandlung empfangenen Leistungen zu erklären.

**Abbildung 26: Tagesprofil und Kosten der ambulanten Notfälle nach Werk- und Wochenendtagen**



Quelle: MCK-Auswertungsdatenbank; 29 Krankenhäuser, 337.246 Fälle

Am Wochenende verändern sich Fallzahl- und Kostenverlauf. Die höchsten Fallzahlen zeigen sich hier nicht in den frühen Abendstunden, sondern am Vormittag zwischen 9 und 12 Uhr. Die höchsten durchschnittlichen Fallkosten sind auch hier in den frühen Morgenstunden zu finden, über den Tagesverlauf bleiben sie im Unterschied zur Arbeitswoche aber relativ konstant und mit Kosten von 125 EUR liegen sie auf einem marginal niedrigerem Durchschnittsniveau.

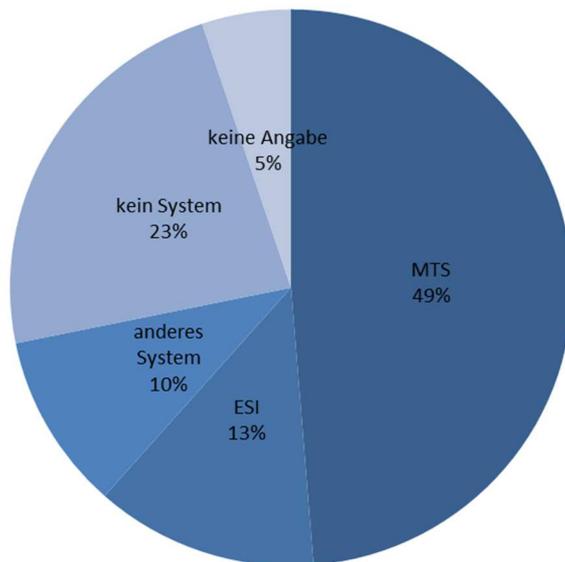
Im direkten Vergleich der Fallzahlen an Wochentagen (Mo. – Fr.) mit Wochenendtagen (Sa. – So.) wird die unterschiedliche Inanspruchnahme der Notaufnahme durch ambulante Notfälle deutlich. Zu Nachtzeiten (18 – 7 Uhr) liegen die Fallzahlen am Wochenende relativ konstant um rund 24 % über denen an einem Wochentag, während zu Tageszeiten (8 – 17 Uhr) die Notaufnahme an Wochentagen deutlich weniger in Anspruch genommen wird (Differenz von rund 50 %).

Insgesamt liegt das durchschnittliche Fallkostenniveau am Wochenende mit einer absoluten Differenz von rund 5 EUR leicht unterhalb des Niveaus an den Wochentagen Montag bis Freitag. Das kann auf eine geringere durchschnittliche Fallschwere am Wochenende hinweisen. Das durchschnittliche Fallzahlniveau pro Tag liegt dagegen am Wochenende mit 59.924 Fällen rund 39 % deutlich über dem Fallzahlniveau von Wochentagen mit 43.209 Fällen.

## 4.6 Kosten nach Dringlichkeit

In den letzten Jahren haben sich zunehmend Systeme zur Behandlungspriorisierung in den Notaufnahmen deutscher Krankenhäuser etabliert.<sup>22 23</sup> Die Verwendung dieser Systeme zur Dringlichkeitseinschätzung der Patienten ist insofern notwendig, als dass die Inanspruchnahme von Notaufnahmen niemals planbar ist. Neben regelmäßig auftretenden Be-

**Abbildung 27: Verwendung von Triage-Systemen**



Quelle: DGINA-Strukturfragebogen; 39 Krankenhäuser

lastungsspitzen durch viele gleichzeitig eintreffende Patienten treten auch gelegentlich Personalausfälle ein – in beiden Situationen kann es zu einer Ausschöpfung oder Überlastung der Ressourcen der Notaufnahme kommen. Die dadurch entstehenden Wartezeiten für Patienten müssen so organisiert werden, dass die Wartezeiten aus medizinischer Sicht vertreten werden können.

Eine Abfrage im DGINA-Strukturfragebogen bezog sich darauf, ob ein solches System angewandt wird und welches der Systeme verwendet wird. Die beiden häufig verwendeten Systeme, das Manchester Triage System (MTS)<sup>24</sup> sowie der Emergency Severity Index (ESI)<sup>25</sup>, waren als Auswahloption im Fragebogen aufgeführt. Daneben konnte angegeben werden, ob ein anderes standardisiertes System, ein selbst entwickeltes System oder kein System zur Anwendung kommt.

In den 37 Krankenhäusern, die hierzu Angaben gemacht haben, werden in der Hälfte der Notaufnahmen das MTS verwendet, ein Viertel verwenden andere Systeme und ein weiteres Viertel legt die Behandlungsprioritäten ohne Verwendung eines Triage-Systems fest.

<sup>22</sup> Schöpke, T., Plappert, T. (2011)

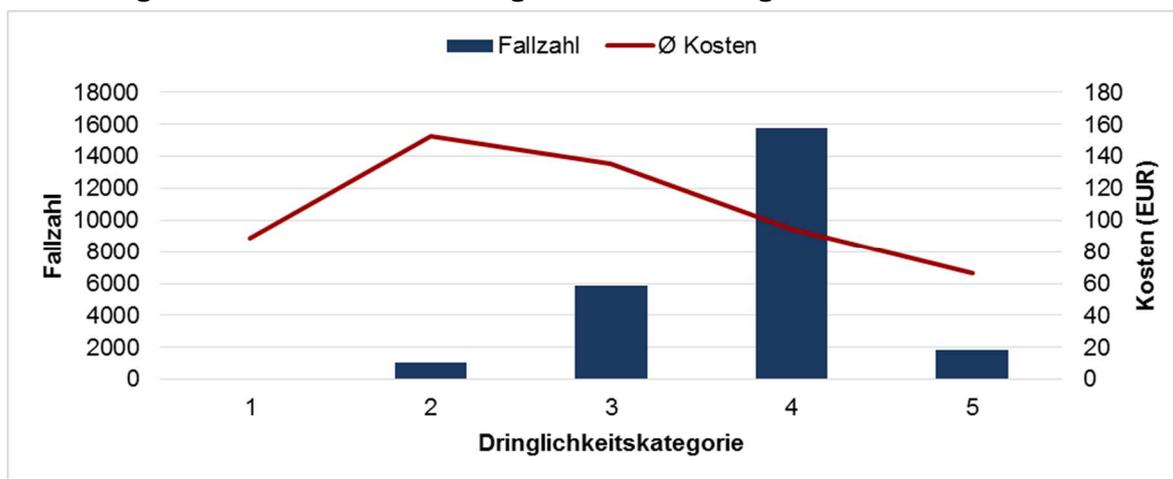
<sup>23</sup> Schöpke, T., Dodt, C., Brachmann, M. et. al. (2014)

<sup>24</sup> Mackway-Jones K., Marsden J., Windle J. (Hrsg) (2006)

<sup>25</sup> Grossmann, F., Delpont, K., Keller, D. et. al. (2009)

Die aus den Dringlichkeitseinschätzungen ermittelten Dringlichkeitskategorien werden aber nur in wenigen Krankenhäusern fallbezogen und elektronisch erfasst. Es konnten von 5 Krankenhäusern fallbezogene Daten zur Dringlichkeitseinstufung bereitgestellt werden. Diese beziehen sich jedoch auf verschiedene Systeme. Entsprechend sind die Kostenanalysen zu den Dringlichkeitskategorien weniger belastbar. Exemplarisch seien hier für zwei Krankenhäuser, die beide die Dringlichkeit nach dem Emergency-Severity-Index (ESI) erfassen, die Fallkosten in Abhängigkeit der Dringlichkeitseinstufung dargestellt.

**Abbildung 28: Fallkosten und -häufigkeiten nach Dringlichkeit**



Quelle: MCK-Auswertungsdatenbank; 2 Krankenhäuser, 24.513 Fälle

Lediglich 17 ambulante Fälle mit der höchsten Dringlichkeitsstufe 1 sind in den ausgewerteten Notaufnahmen dokumentiert. Die zweite Dringlichkeitskategorie enthält 1.043 Fälle. Diese Fallgruppe weist erwartungsgemäß bei weitem die höchsten Durchschnittskosten von 153 EUR auf. Mit abnehmender Dringlichkeit sinken in der Folge die Durchschnittskosten und es steigen die Fallzahlen. In der Kategorie 3 befinden sich ca. 24 % der Fälle (5.861). Die Kategorie 4 weist mit 67 % (16.373) den höchsten Anteil auf. In der Kategorie 5 sind wiederum kaum Fälle enthalten. Offenbar werden Krankenhäuser von dieser Art von Patienten weniger oft in Anspruch genommen, wobei zur Häufigkeitsverteilung aller Notfälle auf die Dringlichkeitsstufen und hier insbesondere die Stufe 5 kaum Referenzdaten vorliegen.

## 4.7 Kosten und Erlöse nach Zuweisungsart

Daten für die Bewertung der Kosten und Erlöse in Abhängigkeit von der Zuweisungsart der Patienten wurden für 45.533 ambulante Fälle von 8 Krankenhäusern bereitgestellt. Die Fallverteilung sowie eine Gegenüberstellung der Kosten und Erlöse zeigt die folgende Abbildung.

**Tabelle 6: Kosten und Erlöse nach Zuweisungsart**

Zuweisungsart	Fallzahl	Anteil	Anteil mit Leistungen in Labor oder Bildgebung	Ø Erlöse (EUR)	Ø Kosten (EUR)	Ø Fehlbetrag (EUR)
Anderes Krankenhaus	228	0,50%	50,44%	30,78	158,52	-127,75
Vertragsarzt	3.123	6,86%	61,90%	38,10	159,88	-121,78
Rettungsdienst	7.592	16,67%	70,81%	41,36	171,19	-129,84
Auf eigene Veranlassung	34.588	75,97%	51,78%	34,15	125,82	-91,67
<b>Gesamt</b>	<b>45.531</b>	<b>100,00%</b>	<b>55,64%</b>	<b>35,61</b>	<b>135,89</b>	<b>-100,28</b>

Quelle: MCK-Auswertungsdatenbank; 8 Krankenhäuser, 45.531 Fälle

Der weitaus größte Anteil der ambulanten Notfälle sind mit 76 % Patienten, die sich auf eigene Veranlassung in den Notaufnahmen vorstellen. Diese zeigen einen geringeren Ressourcenverzehr als die Vergleichsgruppen. Rund 52 % dieses Fallkollektivs weist Kosten im Bereich Labor und/oder der Radiologie auf. Die durchschnittlichen Kosten pro Fall betragen in dieser Gruppe rund 126 EUR, der Fehlbetrag rund 92 EUR.

Bei professioneller Zuweisung der Notfallpatienten durch den Rettungsdienst, durch einen Vertragsarzt oder ein anderes Krankenhaus sind die durchschnittlichen Fallkosten mit 151 EUR bis 171 EUR deutlich höher. Die Fehlbeträge liegen aufgrund nur leicht höherer Durchschnittserlöse in einem Bereich zwischen 122 EUR und 130 EUR pro Fall. Der Anteil peripherer Diagnostikleistungen schwankt zwischen 50 % und 71 %. Der geringste Bedarf an apparativer Diagnostik besteht mit 50 % bei Zuweisungen aus anderen Krankenhäusern.

Im nachfolgenden Kapitel 4.8 werden zur detaillierten Erörterung dieses Sachverhalts die Kosten ambulanter Notfälle mit rettungsdienstlicher Zuweisung anhand der verwendeten Transportmittel weiter aufgeschlüsselt.

## 4.8 Kosten und Erlöse nach Transportart

Daten für die Bewertung der Kosten und Erlöse in Abhängigkeit der Transportart wurden für 42.983 ambulante Fälle von 6 Krankenhäusern bereitgestellt. Die Fallverteilung sowie eine Gegenüberstellung der Kosten und Erlöse zeigt die folgende Abbildung.

Der weitaus größte Anteil mit 87 % der ambulanten Notfälle erreicht die Notaufnahmen ohne Krankentransportmittel. Für diese Fälle sind sowohl die Durchschnittskosten als auch die Durchschnittserlöse am geringsten. Sie befinden sich mit 128 EUR nah an den ermittelten Durchschnittswerten des gesamten Fallkollektivs (vgl. Kapitel 4.1). Der Fehlbetrag beträgt rund 93 EUR pro Fall.

**Tabelle 7: Kosten und Erlöse nach Transportart**

Transportmittel	Fallzahl	Anteil	Anteil mit Leistungen in Labor oder Bildgebung	Ø Erlöse (EUR)	Ø Kosten (EUR)	Ø Fehlbetrag (EUR)
Notarztwagen	362	0,84%	68,51%	59,41	242,21	-182,80
Rettungstransportwagen	4.695	10,93%	69,80%	46,82	190,18	-143,37
Krankentransportwagen	703	1,64%	60,74%	40,33	157,19	-116,86
ohne Krankentransportmittel	37.215	86,61%	52,47%	34,33	127,72	-93,39
<b>Gesamt</b>	<b>42.975</b>	<b>100,00%</b>	<b>54,63%</b>	<b>36,00</b>	<b>135,99</b>	<b>-99,99</b>

Quelle: MCK-Auswertungsdatenbank; 6 Krankenhäuser, 42.975 Fälle

Die ambulanten Notfälle, die mit einem Krankentransportwagen eingeliefert werden, belaufen sich auf 1,6 % der Fälle. Das Bild erhöhter Kosten bei leicht erhöhten Erlösen ist vergleichbar mit dem der Einlieferungen per Rettungstransportwagen. Der Fehlbetrag für diese Fälle beträgt rund 117 EUR pro Fall.

Rund 11 % der ambulanten Notfälle werden mit Rettungstransportwagen eingeliefert. Die durchschnittlichen Behandlungskosten liegen mit rund 190 EUR deutlich über den ermittelten Durchschnittskosten des gesamten Fallkollektivs, was darin begründet ist, dass für diese Fälle überdurchschnittlich häufig apparative Diagnostik benötigt wird. Rund 70 % dieser Fälle erhalten diagnostische oder therapeutische Leistungen außerhalb der Notaufnahme. Trotz einer erhöhten Abrechenbarkeit der Leistungen nach EBM und damit höherer Erlöse von durchschnittlich 47 EUR wird dennoch ein Fehlbetrag von rund 143 EUR pro Fall erwirtschaftet.

Werden die ambulanten Notfälle, die mit einem Rettungswagen in die Notaufnahme eingeliefert werden, zusätzlich durch einen Notarzt begleitet, steigen die Kosten deutlich an. Betroffen sind hiervon rund 1 % der ambulanten Fälle. Die durchschnittlichen Kosten von rund 242 EUR pro Fall können durch den hohen Anteil an Diagnostik und Therapie bei 69 % der Notfallpatienten begründet werden. Gleiches gilt für den Fehlbetrag von 183 EUR.

## 4.9 Kosten und Erlöse nach Fachrichtung

Aus 18 Krankenhäusern können Angaben zur Kosten- und Erlössituation in Abhängigkeit der behandelnden Fachrichtungen von 182.272 Fällen genutzt werden. Die Fallverteilung sowie eine Gegenüberstellung der Kosten und Erlöse zeigt die folgende Abbildung.

Die durchschnittlichen Fehlbeträge liegen zwischen 60 EUR und 113 EUR pro Fall, wobei der geringste durchschnittliche Fehlbetrag auf pädiatrische Fälle entfällt, der höchste auf neurologische. Die pädiatrischen Fälle stellen einen Anteil von rund 8 % der Fälle, und nur in 8 % dieser Behandlungen sind apparative Leistungen notwendig. Ein fachspezifischer, kinderärztlicher Bereitschaftsdienst wird aber nur im Umfeld eines Viertels der teilnehmen-

den Krankenhäuser durch die Kassenärztlichen Vereinigungen angeboten (vgl. Kapitel 5.2.2). Der im Vergleich zu den anderen Fachrichtungen niedrigere Behandlungsaufwand ist dadurch zu erklären, dass die Krankenhäuser in diesem Bereich aufgrund hier erforderlicher Fachexpertise besonders stark auch von leichter erkrankten Patienten in Anspruch genommen werden. Den größten Anteil an den oben aufgeführten Fällen hat die Unfallchirurgie mit 40 % (vgl. Kapitel 5.2.1), gefolgt von der Allgemeinen Chirurgie und der Inneren Medizin. Die durchschnittlichen Fehlbeträge bewegen sich innerhalb dieser Gruppen zwischen 88 EUR und 106 EUR, wobei auffallend ist, dass trotz eines hohen Anteils an diagnostischen Leistungen in der Inneren Medizin mit 68 % der Fehlbetrag bei „nur“ 92 EUR liegt.

**Tabelle 8: Kosten und Erlöse nach Fachrichtung**

Fachabteilung	Fallzahl	Anteil	Anteil mit Leistungen in Labor oder Bildgebung	Ø Erlöse (EUR)	Ø Kosten (EUR)	Ø Fehlbetrag (EUR)
Unfallchirurgie	73.834	40,52%	58,74%	34,50	122,07	-87,58
Allgemeine Chirurgie	28.926	15,87%	54,32%	33,32	139,26	-105,94
Innere Medizin	24.669	13,54%	68,02%	32,52	123,91	-91,39
Pädiatrie	13.869	7,61%	8,39%	19,38	79,72	-60,34
Orthopädie	13.104	7,19%	57,79%	29,45	119,13	-89,68
Kinderchirurgie	6.760	3,71%	30,43%	23,85	115,60	-91,75
Hals-, Nasen-, Ohrenheilkunde	4.961	2,72%	8,10%	19,05	105,08	-86,03
Frauenheilkunde und Geburtshilfe	4.952	2,72%	34,55%	35,60	119,32	-83,72
Neurologie	4.087	2,24%	77,69%	41,35	154,83	-113,48
Urologie	2.115	1,16%	36,69%	30,14	141,88	-111,73

Quelle: MCK-Auswertungsdatenbank; 18 Krankenhäuser, 182.229 Fälle

Bei der Interpretation dieser Auswertungen ist zu beachten, dass die fachabteilungsbezogenen Kosten auch Behandlungsfälle beinhalten, die aufgrund der Notfallsituation einer der oben genannten Fachrichtung zugeordnet wurden, weil die „optimale“ Fachrichtung nicht am einzelnen Krankenhaus vorhanden ist.

## **5. Stellenwert der ambulanten Notfallversorgung am Krankenhaus**

Der Auftrag zur Sicherstellung der ambulanten Notfallversorgung liegt nach § 75 SGB V bei den Kassenärztlichen Vereinigungen (KV). Hierzu regelt die KV den organisierten Notfalldienst (Synonym: Kassenärztlicher Bereitschaftsdienst) über Notdienstordnungen und organisiert ihn über Kreisstellen oder Notdienstbereiche regional. Durch ihn soll die Versorgung der Bevölkerung in dringenden Fällen während sprechstundenfreier Zeiten sichergestellt werden.

Je nach Region ist der ärztliche Bereitschaftsdienst unterschiedlich aufgebaut. So gibt es in vielen Bundesländern spezielle Bereitschaftsdienstpraxen (Synonym: Notfallpraxen), die Patienten im Krankheitsfall aufsuchen können. Mittlerweile existieren davon knapp 400 in Deutschland. Die überwiegende Mehrheit davon ist an Krankenhäusern angesiedelt. Anderorts findet die Behandlung in der Praxis des Arztes statt, der Dienst hat. Lediglich in Berlin werden bislang keine Bereitschaftsdienstpraxen für die ambulante Notfallversorgung der erwachsenen Bevölkerung außerhalb der üblichen Sprechstundenzeiten vorgehalten.

Etliche Kassenärztliche Vereinigungen arbeiten zusätzlich mit einem fahrenden ärztlichen Bereitschaftsdienst, der Patienten zu Hause ärztlich versorgt. In manchen Regionen bieten die Kassenärztlichen Vereinigungen neben dem allgemeinen ärztlichen Bereitschaftsdienst auch spezielle fachärztliche Bereitschaftsdienste an, zum Beispiel einen kinderärztlichen oder augenärztlichen Dienst. Für Behandlungsgesuche steht den Patienten inzwischen die bundesweit einheitliche Rufnummer 116 117 zur Verfügung.

Am ärztlichen Bereitschaftsdienst beteiligen sich grundsätzlich niedergelassene Ärzte aller Fachgruppen soweit Landesrecht nicht anderes bestimmt. Hiervon abzugrenzen ist der Notarztendienst im Rettungswesen, der für alle lebensbedrohlichen Behandlungsfälle zuständig ist und von den Kommunen separat organisiert wird.

Krankenhäuser nehmen bislang an der ambulanten Notfallversorgung nur in Form einer Ausnahmeregelung für Notfälle teil, die im Bundesmantelvertrag und den Gesamtverträgen geregelt ist. Die Vergütung von ambulanten Notfallleistungen erfolgt durch die Kassenärztlichen Vereinigungen nach dem Einheitlichen Bewertungsmaßstab (EBM). Die Leistungen im Notfalldienst werden als sog. „Freie Leistungen“ bezeichnet und unbudgetiert als Vorwegabzug aus der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung vor Bildung des Regelleistungsvolumens vergütet. Auch Notaufnahmen von Krankenhäusern rechnen die Honorare nach dem EBM, allerdings mit Abzug eines 10 % Investitionskostenabschlag entsprechend § 120

Abs. 3 Satz 2 SGB V, für ambulante Patientenbehandlungen mit den KVen ab, sofern kein anderer Kostenträger zuständig ist.

Obwohl der Sicherstellungsauftrag für die ambulante Notfallversorgung ausschließlich bei den Kassenärztlichen Vereinigungen liegt, werden ambulante Notfallbehandlungen überwiegend durch die Krankenhäuser durchgeführt.<sup>26</sup> Somit stellt sich die Frage, warum die Patienten die Krankenhäuser in Anspruch nehmen und weshalb die Krankenhäuser diese Patienten trotz defizitärer Vergütung behandeln. Im Folgenden werden organisatorische und medizinische Aspekte beleuchtet, die bei einer Weiterentwicklung der Versorgungsstrukturen beachtet werden sollten. Darüber hinaus wird das Spektrum der ambulanten Notfälle in den Krankenhäusern danach untersucht, ob und inwieweit die ambulanten Notfälle der Krankenhäuser nicht auch im vertragsärztlichen Bereich versorgt werden könnten, um die Krankenhäuser zu entlasten.

## 5.1 Organisatorische Aspekte

Die Fallzahlen einer Notaufnahme sind nicht nur vom Leistungsangebot der Krankenhäuser<sup>27</sup>, sondern auch vom Inanspruchnahmeverhalten der Patienten<sup>28</sup> und den regionalen, ambulanten Versorgungsstrukturen<sup>29</sup> abhängig. Um die Zusammenhänge dieser Faktoren mit der Inanspruchnahme der Krankenhäuser zu beschreiben, wurden die Strukturen der ambulanten Notfallversorgung der Kassenärztlichen Vereinigungen (KV) im Umfeld der Krankenhäuser erfragt. Es war und ist nicht das Ziel dieser Umfrage, die Notfallversorgung der Kassenärztlichen Vereinigungen zu bewerten. Die Rückmeldungen der Krankenhäuser sollten lediglich als Hinweise verstanden werden, die dennoch Anregungen für Verbesserungen der Versorgungssituation – z. B. durch verstärkte Kooperationen zwischen KV und Krankenhaus - dienen können.

---

<sup>26</sup> Bundesregierung (2014)

<sup>27</sup> Christ, M., Dodt, C., Geldner, G. et. al. (2010)

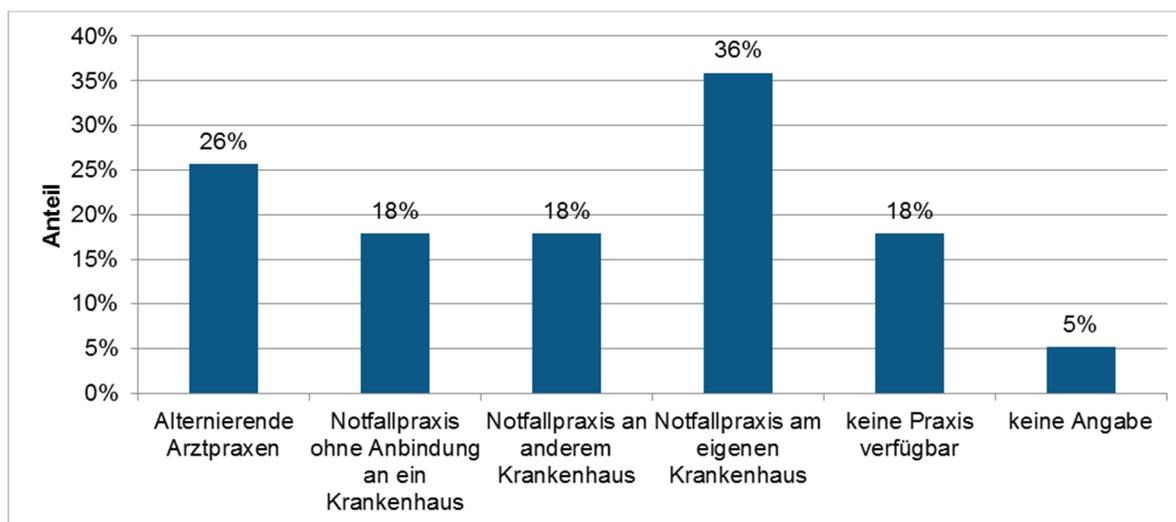
<sup>28</sup> Steffen, W., Tempka, A., Klute, G. (2007)

<sup>29</sup> Fleischmann, T. (2009)

### 5.1.1 Verfügbarkeit des allgemeinen Kassenärztlichen Bereitschaftsdienstes

Die Teilnehmer wurden gebeten, die Verfügbarkeit von Praxen mit allgemeinem Kassenärztlichen Bereitschaftsdienst (Synonym: Organisierter Notfalldienst) im Umfeld des Krankenhauses zu benennen. Sofern eine zentrale Notfallpraxis verfügbar ist, wurden die Teilnehmer gebeten, die Entfernung von der Notaufnahme des Krankenhauses zu schätzen.

**Abbildung 29: Praxen des allgemeinen Kassenärztlichen Bereitschaftsdienstes im Umfeld der Krankenhäuser**

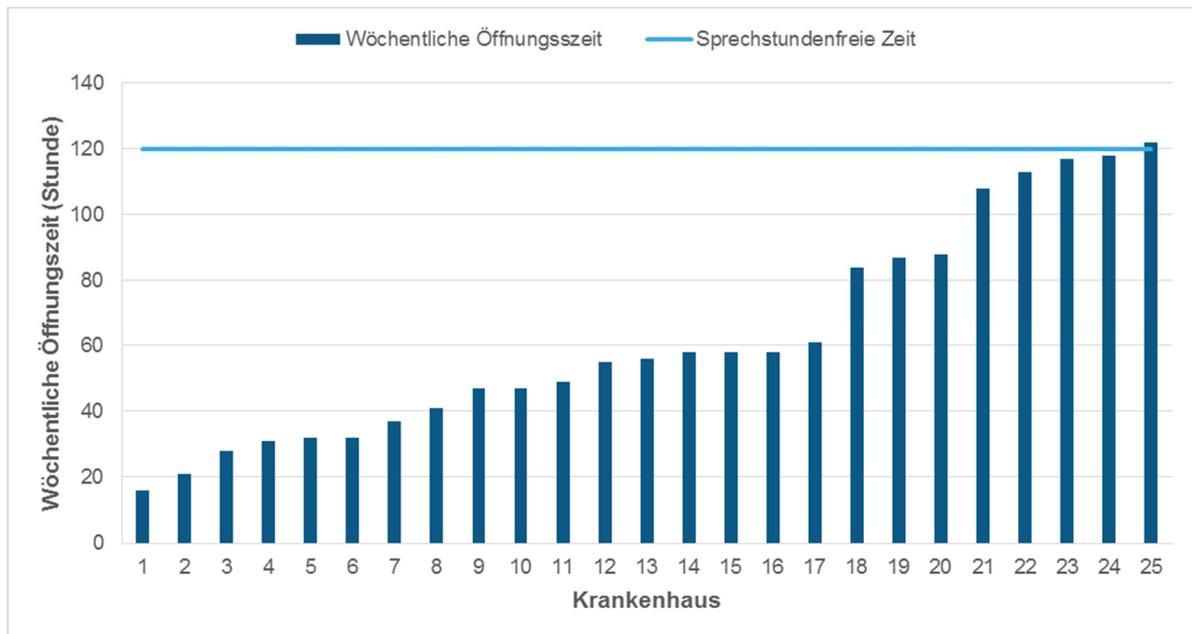


Quelle: DGINA-Strukturfragebogen; 37 Krankenhäuser, Mehrfachauswahl möglich

Ein Viertel der Krankenhäuser gibt an, dass im Umfeld des Krankenhauses alternierende Arztpraxen den organisierten Notfalldienst der KV verrichten. Bei gut einem Drittel der Krankenhäuser befindet sich eine Notfallpraxis der KV direkt am eigenen Krankenhaus. Die Entfernung dieser Praxen von der Notaufnahme beträgt im Median 40m (Minimum voll integriert; Maximum 100m). Ein weiteres Drittel gibt an, dass eine Notfallpraxis der KV ohne Anbindung an das eigene Krankenhaus in der Nähe existiert. Die Frage nach der Entfernung zu diesen Notfallpraxen wurde im Median auf 2,6 km (Minimum 300m; Maximum 15 km) geschätzt. Jedes fünfte Krankenhaus gibt an, dass keine Anlaufpraxen des Kassenärztlichen Bereitschaftsdienstes im Umfeld des Krankenhauses existieren.

Für die Frage nach der Verfügbarkeit alternierender Praxen oder Notfallpraxen im allgemeinen organisierten Notfalldienst der KV ist nicht nur die räumliche Erreichbarkeit sondern auch die Öffnungszeiten dieser Anlaufstellen von Bedeutung. 25 Krankenhäuser konnten Angaben zu den kumulierten, wöchentlichen Öffnungszeiten dieser Anlaufpraxen aus deren Umfeld machen. 7 Teilnehmern waren die Öffnungszeiten unbekannt, weitere 7 machten keine Angaben.

**Abbildung 30: Wöchentliche Öffnungszeiten der Praxen des Kassenärztlichen Bereitschaftsdienstes im Umfeld der Krankenhäuser**

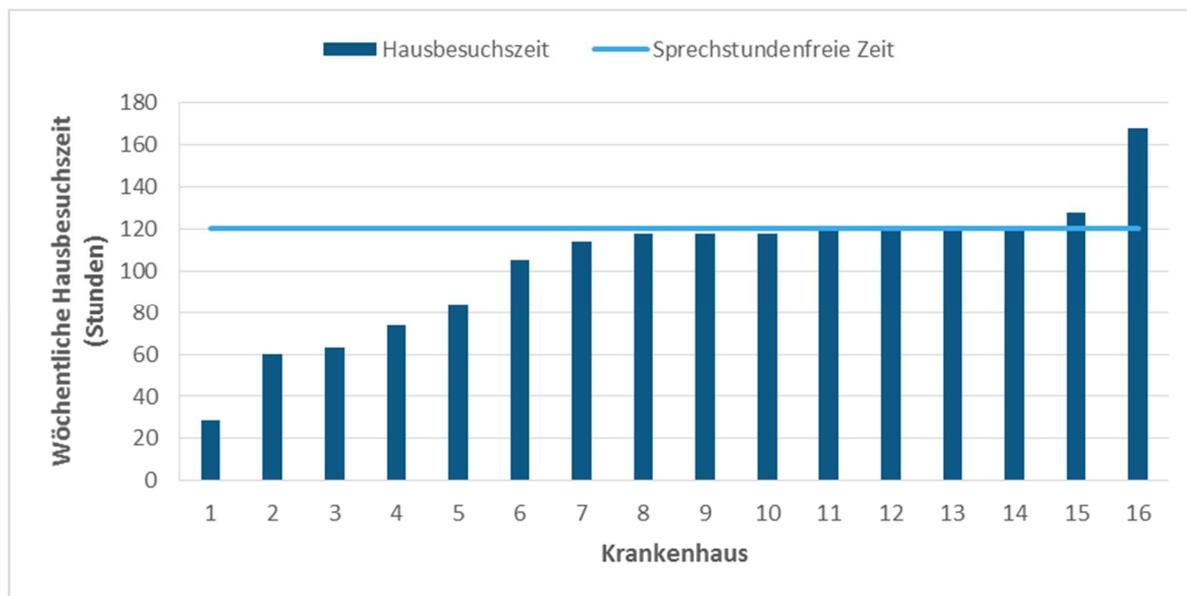


Quelle: DGINA-Strukturfragebogen; 25 Krankenhäuser

Entsprechend § 75 SGB V sind die Kassenärztlichen Vereinigungen verpflichtet, die vertragsärztliche Versorgung auch zu den sprechstundfreien Zeiten (Notdienst) sicherzustellen. Setzt man die regulären Sprechstundenzeiten montags, dienstags und donnerstags von 7 bis 19 Uhr sowie mittwochs und freitags von 7 bis 13 Uhr an, entfallen 48 von 168 Wochenstunden auf die regulären Sprechstundenzeiten, 120 Stunden auf die sprechstundfreien Zeiten (hellblaue Line im Diagramm, Abbildung 30). Aus den Angaben der Teilnehmer ist zu erkennen, dass lediglich im Umfeld von 5 Krankenhäusern Praxen im kassenärztlichen Bereitschaftsdienst in Näherung an diesen Zeitraum verfügbar sind. Im Umfeld von mehr als der Hälfte der Krankenhäuser sind Notfallpraxen der KV nur in rund 50 % der sprechstundfreien Zeiten verfügbar.

In Ergänzung zu den Anlaufpraxen der KV existiert häufig auch ein fahrender Kassenärztlicher Bereitschaftsdienst, der Hausbesuche zu sprechstundfreien Zeiten durchführt (vgl. Kapitel 5). Analog zur Abfrage der Öffnungszeiten wurden die Zeiten erfragt, zu denen ein Hausbesuchsdienst zur Verfügung steht. 16 Krankenhäuser nannten Zeiträume, 14 waren die Zeiten unbekannt, 9 Teilnehmer machten keine Angaben.

**Abbildung 31: Wöchentliche Hausbesuchszeiten des Kassenärztlichen Bereitschaftsdienstes im Umfeld der Krankenhäuser**



Quelle: DGINA-Strukturfragebogen; 16 Krankenhäuser

Hinsichtlich der Hausbesuchszeiten ist festzustellen, dass nur bei einem Drittel der Krankenhäuser während der sprechstundenfreien Zeiten nicht durchgehend ein Hausbesuchsdienst zur Verfügung steht (blaue Linie im Diagramm, Abbildung 31). Ein Teilnehmer gab an, dass sogar rund um die Uhr ein Hausbesuchsdienst existiert. Dabei ist anzumerken, dass aufgrund der Wegzeiten zum Hausbesuch weniger ambulante Notfallpatienten in gleicher Zeit durch einen Arzt versorgt werden können als in einer Anlaufpraxis des Bereitschaftsdienstes.

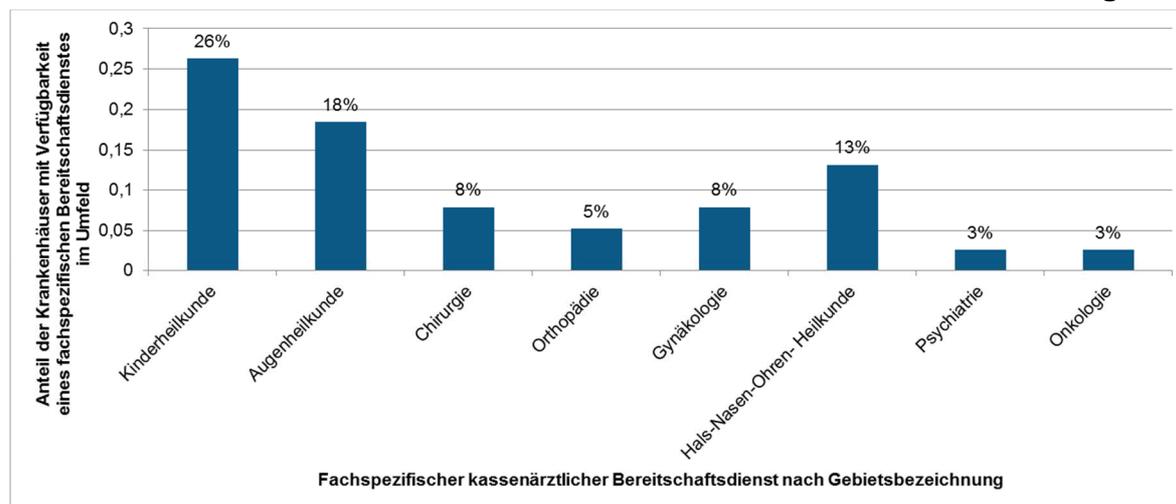
### 5.1.2 Verfügbarkeit des fachspezifischen Kassenärztlichen Bereitschaftsdienstes

Neben dem allgemeinen Kassenärztlichen Bereitschaftsdienst stellen die KVen vereinzelt einen fachspezifischen Bereitschaftsdienst zur Verfügung (vgl. Einführung zu Kapitel 5). 16 Teilnehmer gaben an, dass im Umfeld des Krankenhauses solch ein Dienst existiere. 22 Teilnehmer verneinten dies, einer machte keine Angaben. Im Strukturfragebogen wurden die verfügbaren Gebietsbezeichnungen des fachspezifischen Bereitschaftsdienstes der KV erfragt.

Im Umfeld eines Viertels der Krankenhäuser steht ein kinderärztlicher Bereitschaftsdienst zur Verfügung und bildet damit den fachspezifischen Bereitschaftsdienst mit der häufigsten Verfügbarkeit. Im Umfeld nur knapp jedes fünften Krankenhauses wird ein augenärztlicher

Bereitschaftsdienst vorgehalten. Es ist anzunehmen, dass fachspezifische ambulante Notfallbehandlungen daher in der Regel nur an Krankenhäusern erbracht werden können.

**Abbildung 32: Häufigkeit des fachspezifischen kassenärztlichen Bereitschaftsdienstes im Umfeld der Krankenhäuser nach Gebietsbezeichnung**



Quelle: DGINA-Strukturfragebogen; 38 Krankenhäuser, Mehrfachantworten waren möglich

### 5.1.3 Kooperationen zwischen Krankenhäusern und KV

Abschließend wurden die Teilnehmer mit Notfallpraxis der KV am eigenen Standort gebeten, Inhalte der Kooperation zwischen Notaufnahme und Notfallpraxis zu erläutern. 13 von 14 Teilnehmern mit Notfallpraxis machten hierzu Angaben. In 3 Krankenhäusern erreichen die Patienten beide Einrichtungen über ein gemeinsames Portal und eine Dringlichkeitseinschätzung wird für alle Patienten durchgeführt. Rund die Hälfte der Krankenhäuser übernimmt Patienten bei Bedarf für radiologische Untersuchungen per Überweisung oder bei Verordnung von Krankenhausbehandlung (Einweisung) aus der Notfallpraxis. In 8 Krankenhäusern steht der Notfallpraxis die Labordiagnostik des Krankenhauses zur Verfügung.

Andere Studien belegten eine ähnliche Quote an vorhandenen Kooperationsformen zwischen Krankenhäusern und Notfallpraxen der KV. Das DKI stellte in einer Umfrage im Jahr 2010 fest<sup>30</sup>, dass fast an jedem fünften Krankenhaus eine Notfallpraxis der KV existierte. Die DGINA erhob in ihrer Mitgliederbefragung im Jahr 2011, dass bereits jedem vierten großen Krankenhaus eine Notfallpraxis der KV angeschlossen war.

<sup>30</sup> Blum, K., Löffert, S., Offermanns, M. et. al. (2010)

## 5.2 Medizinische Aspekte

Eines der Ziele des Gutachtens besteht darin, das Patienten- und Leistungsspektrum der ambulanten Notfallversorgung zu beschreiben und zu bewerten. Unter medizinischen Gesichtspunkten könnte dies sowohl anhand des Diagnosen-Spektrums, als auch anhand des medizinischen Leistungsspektrums erfolgen. Erkenntnisse aus deren Analysen werden in den nachfolgenden Kapiteln beschrieben.

### 5.2.1 Medizinische Klassifizierung anhand von Diagnosen

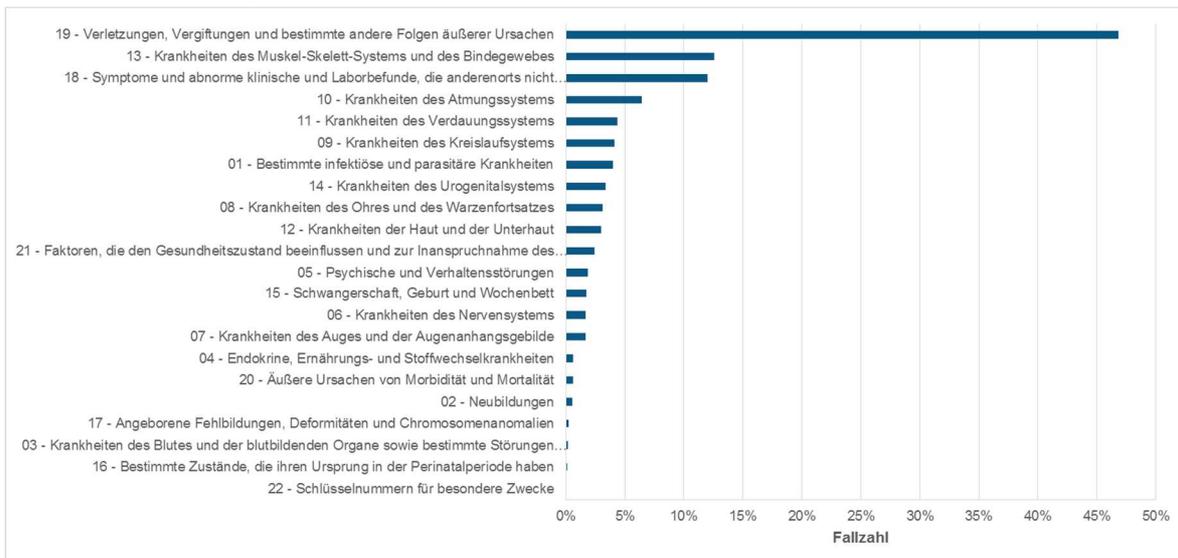
Eine gängige Methodik im Gesundheitswesen zur Beschreibung von Patientenstrukturen ist die Auswertung von Diagnosen. Das in Abbildung 33 aufgeführte Diagnosen-Spektrum zeigt erstmalig die Spannbreite der in der ambulanten Notfallversorgung von Krankenhäusern kodierten Diagnosen. Eine Interpretation von Diagnosen ist in der Notfallversorgung jedoch nur mit großen Einschränkungen möglich. Auch kann aus der „Notfall-Diagnose“ nicht zwingend auf den Behandlungsaufwand bzw. die Behandlungskosten eines Notfalls geschlossen werden. Die Gründe dafür sind vielfältig und werden nachfolgend erläutert.

Insgesamt wurden in 34 Krankenhäusern 1.391 unterschiedliche Diagnosen bei insgesamt 383.854 ambulanten Fällen kodiert. Eine Auflistung der 25 häufigsten Diagnosen mit den zugehörigen fallbezogenen Kosten und Erlösen ist in Tabelle 9, S. 70 dargestellt.

Eine der entscheidenden Limitation bei der Interpretation des Diagnosen-Spektrums der ambulanten Notfallversorgung am Krankenhaus (Abb. 40) ist, dass viele relevante Diagnosen in einer Vielzahl der Fälle nicht erfasst werden. Für die oben genannte Fallzahl wurden 427.504 Diagnosen kodiert und damit lediglich durchschnittlich 1,1 Diagnosen pro ambulanten Fall. Vor dem Hintergrund von häufig bestehenden Mehrfachverletzungen, Multimorbidität und der häufigen interdisziplinären Notfallversorgung eines Patienten durch mehrere Fachabteilungen in den Notaufnahmen der Krankenhäuser sind deutlich mehr Diagnosen pro Patient zu erwarten.

Dies kann darauf zurückzuführen sein, dass viele Krankenhausinformationssysteme (KIS) nicht als Dokumentationsinstrument für den ambulanten Bereich konzipiert sind. Die fehlende Kennzeichnung von Haupt- und Nebendiagnosen im ambulanten Bereich führt wiederum häufig zur Verwerfung bzw. Nicht-Erfassung von Diagnosen bei der Fallabrechnung. Für die ambulante Abrechnung genügt in der Regel die Kodierung einer Diagnose je Fall.

### Abbildung 33: Häufigkeit von ICD-10-Diagnosekapiteln bei ambulanter Notfallbehandlung



Quelle: MCK-Auswertungsdatenbank; 427.504 Diagnosen, 383.854 Fälle, 34 Krankenhäuser

Im Gegensatz zum stationären Bereich, in dem die Anwendung des ICD-10-Kataloges und des OPS-Kataloges über das Regelwerk der Deutschen Kodierrichtlinien und über die Kataloge selbst relativ klar geregelt ist, gibt es im ambulanten Bereich keine stringenten Regelungen. Daher ist die Aussagekraft der Daten aus dem ambulanten Bereich per se reduziert. Die Unterschiedlichkeit der ambulanten gegenüber der stationären Diagnosenkodierung wirkt sich vor allem in der Dokumentation der klinischen Notfallversorgung aus. Denn in keinen Einrichtungen des deutschen Gesundheitswesens werden mehr ambulante und stationäre Patienten gleichermaßen behandelt, als in den Notaufnahmen der Krankenhäuser. Von den kodierenden Ärzten dieser Einrichtungen wird daher die Kodierungskompetenz beider Sektoren gleichermaßen gefordert.

Auch hinsichtlich der Interpretation der Leistungsinhalte der klinischen Notfallversorgung haben die kodierten Diagnosen nur eine schwache Aussagekraft. In der Notfallversorgung werden einerseits anhand von Leitsymptomen sogenannte „R-Diagnosen“ gestellt, andererseits ergeben sich aus ihnen verschiedene Verdachts-, Arbeits- oder Differentialdiagnosen, an denen sich der diagnostische Aufwand orientiert, die aber am Ende des Versorgungsprozesses häufig nicht kodiert werden dürfen. Oftmals führt die im Versorgungsprozess gefundene Diagnose zum Abschluss der Notfallbehandlung selbst. Allein aus der Entlassdiagnose wird häufig nicht ersichtlich, welcher Aufwand in der Notaufnahme betrieben werden musste, um die Verdachtsdiagnosen zu sichern oder auszuschließen. Kurz gesagt: Klinische Notfallmedizin ist der Prozess vom Symptom zur Diagnose.

Dementsprechend haben Entlassungsdiagnosen nach ambulanter Notfallbehandlung nicht den gleichen Stellenwert hinsichtlich der Darstellung des Behandlungsaufwandes wie in

anderen Bereichen der Medizin. Zur Erklärung seien zwei typische und häufige Fallbeispiele genannt:

- Ein Patient wird nach einem Aufpralltrauma rettungsdienstlich der Notaufnahme zugewiesen und erhält unter dem Verdacht auf Frakturen oder innere Blutungen eine bildgebende Diagnostik wie Röntgen und Sonographie. Begleitend wird im Schockraum eine Infusionstherapie und Analgesie durchgeführt. Können die Verdachtsdiagnosen ausgeschlossen werden, dürfen als Entlassdiagnose nur noch Prellungen kodiert werden. Die Diagnose „Oberflächliche Verletzungen mit Beteiligung mehrerer Körperregionen“ (T00) lässt beispielsweise keinen Rückschluss mehr auf den Ressourcenaufwand in der Schockraumversorgung der Notaufnahme zu. Mit einem durchschnittlichen Diagnostikanteil von 55 % liegen die Kosten von Patienten mit dieser Diagnose mit durchschnittlich 150 EUR entsprechend hoch. Bei einem durchschnittlichen Erlös von nur 38 EUR liegt auch der durchschnittliche Fehlbetrag mit 112 EUR überdurchschnittlich hoch.
- Gleiches gilt für Patienten mit akuten abdominellen Schmerzen, denen in der Notaufnahme häufig mit Labordiagnostik und bildgebenden Untersuchungen wie Sonographie oder Computertomographie unter begleitender Analgesie und Infusionstherapie begegnet wird. Kommt es zum Ausschluss bakterieller Infektionen, Organerkrankungen oder Durchblutungsstörungen, werden bei der Entlassung der Patienten in die ambulante Weiterbehandlung häufig die Diagnose Bauchschmerzen (R10) oder andere verwendet, aus denen sich nicht primär der diagnostische und therapeutische Aufwand erschließt. In den oben gezeigten 383.854 Fällen ist diese Diagnose 7.544 Mal enthalten und macht damit 2,64 % aller Fälle aus. Mit einem durchschnittlichen Diagnostikanteil von 65 % liegen die Kosten von Patienten mit dieser Diagnose bei durchschnittlich 138 EUR. Bei einem durchschnittlichen Erlös von nur 36 EUR liegt der durchschnittliche Fehlbetrag bei 102 EUR (vgl. Tabelle 9).

Trotz der reduzierten Aussagekraft der Diagnosen sind im Diagnosegruppen-Spektrum Hinweise auf die Besonderheiten der ambulanten Notfallversorgung im Krankenhaus zu erkennen (vgl. Abbildung 33). So fällt die Dominanz des ICD-10-Kapitels 19 „Verletzungen, Vergiftungen und bestimmte andere Folgen äußerer Ursachen“ auf. Entsprechend enthalten auch die 25 häufigsten Diagnosen von ambulanten Notfällen mehrheitlich Verletzungen (vgl. Tabelle 9). An dieser Stelle sei erneut darauf hingewiesen, dass es sich hier aber ausschließlich um ambulante Notfälle handelt, die in dieser Stichprobe rund 42 % aller Patientenkontakte von Notaufnahmen ausmachen (vgl. Kapitel 3.4), so dass die stationären Notfälle mit dieser Auswertung nicht erfasst werden.

**Tabelle 9: Auflistung der 25 häufigsten Diagnosen bei ambulanten Notfällen**

Diagnose-Dreisteller nach ICD-10	Fallzahl	Anteil	Anteil mit Leistungen in Labor oder Bildgebung	Ø Erlöse (EUR)	Ø Kosten (EUR)	Ø Fehlbetrag (EUR)
S01 - Offene Wunde des Kopfes	14.175	4,96%	22,31%	38,60	136,13	-97,52
S93 - Luxation, Verstauchung und Zerrung der Gelenke und Bänder in Höhe	12.719	4,45%	87,82%	32,70	118,26	-85,56
S00 - Oberflächliche Verletzung des Kopfes	11.355	3,97%	42,87%	36,00	127,69	-91,69
S61 - Offene Wunde des Handgelenkes und der Hand	10.915	3,82%	27,47%	33,14	117,92	-84,78
S60 - Oberflächliche Verletzung des Handgelenkes und der Hand	10.740	3,76%	78,70%	33,87	120,82	-86,95
M54 - Rückenschmerzen	10.645	3,72%	50,62%	29,20	113,09	-83,89
T14 - Verletzung an einer nicht näher bezeichneten Körperregion	7.971	2,79%	25,12%	28,82	110,90	-82,08
J06 - Akute Infektionen an mehreren oder nicht näher bezeichneten Lokalis	7.858	2,75%	16,87%	20,16	85,07	-64,91
R10 - Bauch- und Beckenschmerzen	7.544	2,64%	64,73%	36,33	138,42	-102,09
S90 - Oberflächliche Verletzung der Knöchelregion und des Fußes	6.816	2,39%	77,86%	30,99	111,14	-80,15
S80 - Oberflächliche Verletzung des Unterschenkels	6.543	2,29%	72,38%	36,97	135,59	-98,61
S62 - Fraktur im Bereich des Handgelenkes und der Hand	5.600	1,96%	80,82%	37,85	138,80	-100,95
S52 - Fraktur des Unterarmes	5.220	1,83%	83,79%	43,20	155,86	-112,66
M25 - Sonstige Gelenkkrankheiten, anderenorts nicht klassifiziert	5.180	1,81%	69,00%	30,54	116,99	-86,45
A09 - Sonstige und nicht näher bezeichnete Gastroenteritis und Kolitis infek	4.877	1,71%	31,17%	24,15	100,99	-76,84
S20 - Oberflächliche Verletzung des Thorax	4.753	1,66%	85,42%	43,56	162,40	-118,85
S92 - Fraktur des Fußes [ausgenommen oberes Sprunggelenk]	4.362	1,53%	82,49%	34,11	126,99	-92,88
M79 - Sonstige Krankheiten des Weichteilgewebes, anderenorts nicht klassi	3.966	1,39%	62,56%	30,34	113,35	-83,01
S50 - Oberflächliche Verletzung des Unterarmes	3.935	1,38%	73,21%	36,24	134,39	-98,15
S83 - Luxation, Verstauchung und Zerrung des Kniegelenkes und von Bänder	3.874	1,36%	78,27%	32,19	123,39	-91,20
S13 - Luxation, Verstauchung und Zerrung von Gelenken und Bändern in H	3.697	1,29%	81,88%	40,90	150,83	-109,93
T01 - Offene Wunden mit Beteiligung mehrerer Körperregionen	3.658	1,28%	31,98%	41,21	141,24	-100,03
S63 - Luxation, Verstauchung und Zerrung von Gelenken und Bändern in H	3.518	1,23%	85,87%	33,64	118,88	-85,24
S40 - Oberflächliche Verletzung der Schulter und des Oberarmes	3.387	1,19%	82,11%	40,81	144,95	-104,14
H66 - Eitrige und nicht näher bezeichnete Otitis media	3.099	1,08%	5,36%	18,19	77,60	-59,41

Quelle: MCK-Auswertungsdatenbank; 427.504 Diagnosen, 383.854 Fälle, 34 Krankenhäuser

Diese Fälle können überwiegend der unfallchirurgischen Notfallversorgung zugerechnet werden. Die Aufnahmequote in diesem Fachgebiet ist im Vergleich zu anderen Fachabteilungen sehr gering und die ambulanten Fallzahlen entsprechend hoch. In diesem Zusammenhang ist zu beachten, dass im allgemeinen Bereitschaftsdienst der KV in der Regel keine Fraktur- oder Wundversorgung durchgeführt werden, so dass diese Leistungen eigentlich als krankenhausspezifische Leistungen zu bewerten sind.

## 5.2.2 Medizinische Klassifizierung anhand von medizinischen Leistungsinhalten

Eine Bewertung, ob die Behandlung eines Patienten in der Notaufnahme eines Krankenhauses aus medizinischer Sicht erforderlich ist, kann nicht auf der Grundlage der Abschluss- bzw. Entlassungsdiagnosen der Behandlungsfälle erfolgen (vgl. Kapitel 5.2.1). Denn ein wesentlicher Bestandteil ärztlicher Tätigkeit in der Notfallversorgung ist der Abschluss von Differentialdiagnosen, die sich aus der Symptomatik des Patienten ergeben. Der Einsatz von initialer Diagnostik und symptomatischen Therapien ist in der Symptomatik begründet, mit der sich die Patienten in der Notaufnahme vorstellen und ist eine der Kernkompetenzen ärztlicher Tätigkeit. Da sich diese nicht zwingend in den dokumentierten Diagnosen widerspiegeln, sind die diagnostischen und therapeutischen Leistungen der Notfallbehandlungen für eine Bewertung der Notfallversorgung in den Krankenhäusern entscheidend. Dabei kann es nicht Gegenstand dieses Gutachtens sein, die erbrachten Leis-

tungen selbst in Frage zu stellen. Vielmehr soll zur Diskussion gestellt werden, ob die Behandlungsleistungen auch in Arztpraxen hätten erbracht werden können.

Die folgende Analyse basiert auf der Systematik des EBM, da dieser der einzige Leistungskatalog ist, der in allen Notaufnahmen der teilnehmenden Krankenhäuser dieser Studie mit Fallbezug verfügbar war. Zwar bildet der EBM das Leistungsspektrum der klinischen Notfallversorgung nicht vollumfänglich und nur wenig differenziert ab, jedoch lassen sich mithilfe der Abrechnungsziffern einige diagnostische oder therapeutische Leistungen der Krankenhäuser fallbezogen identifizieren, um auf dieser Grundlage eine Einschätzung zu treffen, ob die ambulante Notfallversorgung auch durch eine vertragsärztliche Praxis bzw. den Bereitschaftsdienst der KV hätte erbracht werden können. Auch wenn prinzipiell alle Leistungen, die im EBM enthalten sind, von Vertragsärzten erbracht werden können, ist für die hier relevanten Notfallsituationen das entscheidende Kriterium, ob die Leistungen auch unverzüglich am Ort der Vorstellung des Notfallpatienten – nämlich in Praxen des Kassenärztlichen Bereitschaftsdienstes und/oder nur in den Notaufnahmen der Krankenhäuser – erbracht werden können.

Zur Umsetzung der Analyse wurde eine Kategorisierung der Gebührenordnungspositionen des EBM vorgenommen, die regelmäßig im Rahmen der ambulanten Notfallversorgung von Krankenhäusern zur Anwendung kommen. Im Rahmen der Kategorisierung wurden alle Behandlungsleistungen danach bewertet, ob diese in der Regel von jedem Arzt oder nur durch Ärzte mit bestimmten Gebietsbezeichnungen oder auch nur im Krankenhaus erbracht werden können. Den Autoren ist bewusst, dass die Zuordnung von Leistungen auf den Ort der Leistungserbringung bzw. den behandelnden Arzt nicht klar vorgenommen werden kann.

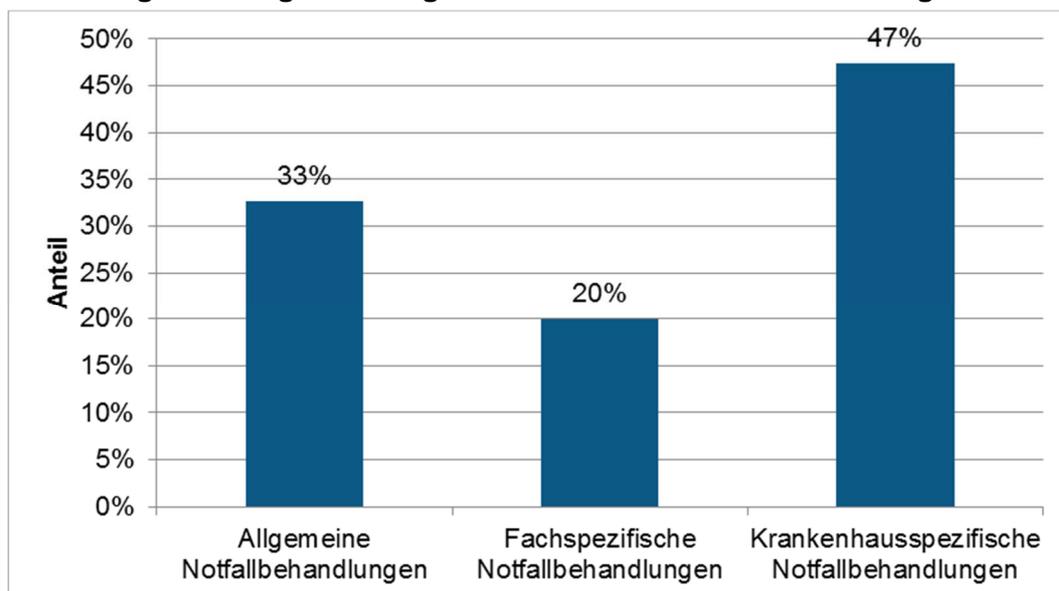
Zudem ist der Kassenärztliche Bereitschaftsdienst im Bundesgebiet sehr unterschiedlich organisiert. Neben Regionen, in denen keine Anlaufpraxen vorhanden sind und nur ein Hausbesuchsdienst verfügbar ist, existieren andere Regionen, in denen während der sprechstundenfreien Zeiten Ärzte durchgehend im allgemeinen und fachspezifischen Bereitschaftsdienst der KV erreichbar sind (vgl. Kap. 5). Das tatsächliche Leistungsspektrum des Kassenärztlichen Bereitschaftsdienstes im Bundesgebiet ließe eine genauere Kategorisierung der Leistungen zu. Da hierzu jedoch keine Daten vorliegen, erfolgte die Kategorisierung der Krankenhausleistungen für diese Studie im Sinne einer Expertenschätzung.

Die ambulanten Notfallbehandlungen der Krankenhäuser wurden entsprechend der kategorisierten Leistungen den folgenden drei Gruppen zugeordnet:

1. **Allgemeine Notfallbehandlungen:** Alle Behandlungen, in denen lediglich die Leistungen der Notfallpauschale (GOP 01210) oder der Konsultationspauschalen (GOP 01214, 01216, 01218) erbracht wurden. Die darin inbegriffene Leistungen könnten in der Regel auch zu den Sprechstundenzeiten in den Arztpraxen oder auch im allgemeinen Kassenärztlichen Bereitschaftsdienst erbracht werden.
2. **Fachspezifische Notfallbehandlungen:** Alle Behandlungen, in denen neben den Notfall- bzw. Konsultationspauschalen weitere fachspezifische, aber keine krankenhausspezifischen Leistungen erbracht wurden. Hierzu zählen beispielsweise Leistungen wie Wundversorgungen mit Naht, Ultraschalluntersuchungen, die Anlage von Dauerkathetern, etc.
3. **Krankenhausspezifische Notfallbehandlungen:** 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.

Die Auswertung erfolgte über alle ambulanten Notfälle, für die eine fallbezogene Dokumentation der in Rechnung gestellten EBM Ziffern vorlag. Die Datengrundlage für diese Auswertung umfasst somit 341.194 ambulante Notfälle aus 37 Krankenhäusern.

**Abbildung 34: Kategorisierung der ambulanten Notfallbehandlungen**

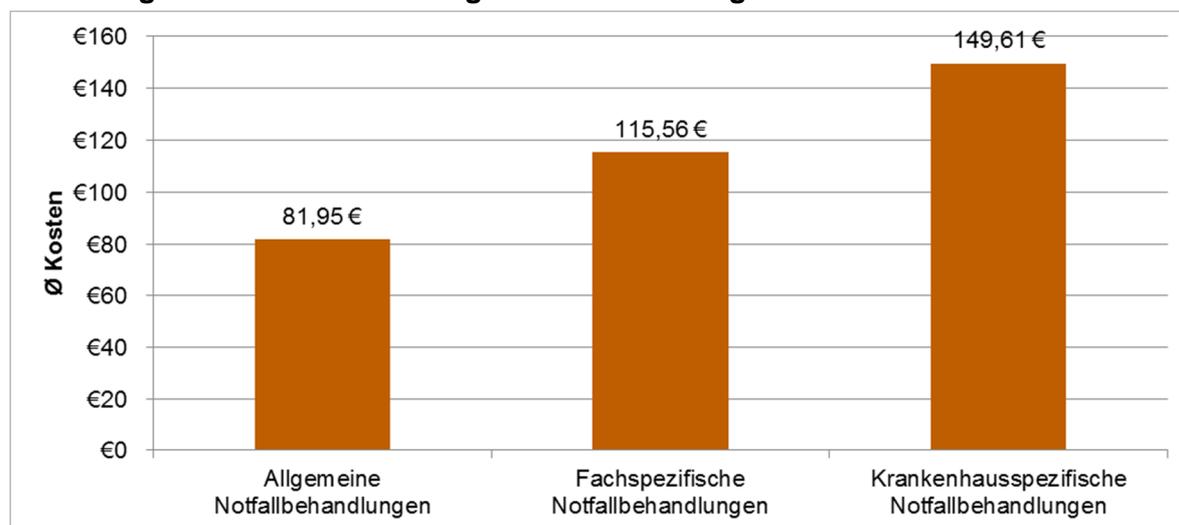


Quelle: MCK-Auswertungsdatenbank; 341.194 Fälle, 37 Krankenhäuser

Aus dem Diagramm ist zu erkennen, dass rund die Hälfte der ambulanten Notfälle ausschließlich mit den im Krankenhaus zur Verfügung stehenden Mitteln behandelt werden können. Weitere 20 % der Behandlungen erfordern eine fachspezifische Kompetenz, die im

Rahmen des allgemeinen oder fachspezifischen organisierten Notfalldienstes der Kassenärztlichen Vereinigungen nicht oder nicht regelmäßig zur Verfügung steht. (vgl. Kapitel 5.1.1 ff.). Schätzungsweise ein Drittel der ambulanten Notfallpatienten benötigten – soweit dies aus den Leistungsbeschreibungen des EBM erkennbar ist – weder fachspezifische noch krankenhausspezifische Leistungen im Rahmen der ambulanten Notfallversorgung. Diese als „allgemeine Notfallbehandlungen“ bezeichneten Fälle könnten nach medizinischer Einschätzung auch in Arztpraxen zu regulären Sprechzeiten oder im Rahmen des kassenärztlichen Bereitschaftsdienstes erfolgen. Die durchschnittlichen Kosten der jeweiligen Behandlungskategorie werden in Abbildung 35 ausgewiesen.

**Abbildung 35: Kosten nach Kategorien von Leistungsinhalten**



Quelle: MCK-Auswertungsdatenbank; 341.194 Fälle, 37 Krankenhäuser

Die durchschnittlichen Kosten für krankenhausspezifische Notfallbehandlungen liegen bei 150 EUR pro ambulanten Notfall. Fachspezifische Notfallbehandlungen kosten durchschnittlich 116 EUR. Für allgemeine Notfallbehandlungen, die prinzipiell auch in der vertragsärztlichen Versorgung durchgeführt werden könnten, fallen in Krankenhäusern durchschnittlich 82 EUR an Kosten an. Darin spiegelt sich der deutlich unterschiedliche Behandlungsaufwand für die drei Patientengruppen wider. Es ist zu erkennen, dass selbst die Kosten der ambulanten Fälle, die primär der „allgemeinen Notfallbehandlung“ zuzurechnen sind, mit den Erlösen aus dem EBM nicht ausreichend vergütet werden.

Neben der medizinischen Notwendigkeit zur ambulanten Notfallversorgung im Krankenhaus kann die organisatorische Notwendigkeit der Krankenhausbehandlung danach bewertet werden, ob zum Zeitpunkt der Vorstellung des Notfallpatienten im Krankenhaus alternative Versorgungsangebote der KV bestanden. In Kapitel 5.1.1. wurden bereits die wöchentlich kumulierten Öffnungszeiten von Praxen des Kassenärztlichen Bereitschaftsdienstes im Umfeld der Krankenhäuser aufgezeigt.

Falldatensätze der Krankenhäuser, die Angaben zu den Öffnungszeiten von Notfallpraxen im Umfeld machen konnten, wurden danach kategorisiert und markiert, ob zum Zeitpunkt der Vorstellung des Patienten in der Notaufnahme ein alternatives Versorgungsangebot bestand. Allerdings waren nur in den Datensätzen von 13 Krankenhäusern mit Angabe der Öffnungszeiten auch alle Behandlungsfälle mit einem Zeitstempel (Uhrzeit und Datum) versehen.

Die Öffnungszeiten von Praxen im allgemeinen organisierten Notfalldienst der KV außerhalb der regulären Sprechstundenzeiten spiegeln jedoch nicht allein die Alternativangebote wider. Zu den regulären Sprechstundenzeiten könnten und sollten sich die Patienten direkt an die Praxen der Vertragsärzte wenden. Daher werden in der folgenden Berechnung die standortbezogenen Angaben zu den Öffnungszeiten von Praxen im Notfalldienst um die regulären Sprechstundenzeiten erweitert (vgl. Kapitel 5.1.1).

Für 28.702 Behandlungsfälle in 13 Krankenhäusern, die der Gruppe der allgemeine Notfallbehandlungen (vgl. Kap. 5.2.2) zugerechnet wurden, konnte ermittelt werden, dass nur in rund 50 % dieser Fälle zum Zeitpunkt der Vorstellung in der Notaufnahme ein alternatives Versorgungsangebot in einer Arzt- oder Notfallpraxis der KV bestand.

Legt man zugrunde, dass rund 33 % der in Krankenhäusern erbrachten ambulanten Notfallbehandlungen aus medizinischen Aspekten prinzipiell auch im vertragsärztlichen Bereich bzw. in Praxen des kassenärztlichen Bereitschaftsdienst erfolgen könnten („allgemeine Notfallbehandlungen“) aber nur in der Hälfte der Fälle zum Zeitpunkt der Vorstellung zur Notfallbehandlung auch ein entsprechendes alternatives Versorgungsangebot der KV bestand, wird deutlich, dass in dieser Stichprobe nur rund 16,5 % der ambulanten Notfallbehandlungen in Krankenhäusern auch aus medizinischen und organisatorischen Gründen tatsächlich in Praxen hätten erbracht werden können.

Daraus darf allerdings nicht der Umkehrschluss gezogen werden, dass sich diese Patienten nicht in den Notaufnahmen hätten vorstellen dürfen. Denn entsprechend § 76 SGB V haben Patienten oder Drittpersonen im Notfall die freie Arztwahl. Notfallsituationen sind durch die notfallmedizinischen Fachgesellschaften Deutschlands, Österreichs und der Schweiz folgendermaßen definiert:

*„Als medizinischer Notfall bzw. als Notfallpatienten werden alle Personen definiert, die körperliche oder psychische Veränderungen im Gesundheitszustand aufweisen, für welche der*

*Patient selbst oder eine Drittperson unverzügliche medizinische und pflegerische Betreuung als notwendig erachtet.*<sup>31</sup>

Dementsprechend sind Krankenhäuser verpflichtet, alle Patienten, die sich als Notfall vorstellen – zumindest im Sinne der Erstversorgung - zu behandeln.

### **5.3 Zusammenfassende Schlussfolgerungen**

Die Angaben der Studienteilnehmer zeigen, dass die Kassenärztlichen Vereinigungen nicht überall und jederzeit ein Versorgungsangebot für ambulante Notfallbehandlungen vorhalten können, so dass sich viele Patienten in Notfallsituationen direkt in den Notaufnahmen der Krankenhäuser vorstellen müssen.

Unabhängig von der Verfügbarkeit von (Notfall-) Praxen der KV ist aber auch erkennbar, dass rund 50 % der ambulanten Notfallbehandlungen in Krankenhäusern aufgrund der notwendigen notfallmedizinischen Leistungsinhalte grundsätzlich nicht im allgemeinen, organisierten Notfalldienst der KV versorgt werden können. Hiervon sind mehrheitlich Patienten betroffen, die eine unfallchirurgische Notfallversorgung benötigen. Für diese ambulanten Notfallbehandlungen entstehen den Krankenhäusern durchschnittliche Kosten in Höhe von 150 EUR (vgl. Abbildung 35: Kosten nach Kategorien von Leistungsinhalten). Für weitere 20 % der Behandlungsfälle wäre eine Versorgung durch den organisierten Notfalldienst der KV in Abhängigkeit von der Gebietsbezeichnung des diensthabenden Arztes denkbar. Allerdings ist davon auszugehen, dass aufgrund der verpflichtenden Teilnahme aller Vertragsärzte am Bereitschaftsdienst kaum Ärzte mit entsprechender Gebietsbezeichnung im Dienst sind. Die Kosten dieser Behandlungen im Krankenhaus liegen hier bei durchschnittlich 116 EUR (vgl. Abbildung 35: Kosten nach Kategorien von Leistungsinhalten).

Lediglich ein Drittel der ambulanten Notfallpatienten von Krankenhäusern könnten auch in Arztpraxen versorgt werden, wenn diese denn verfügbar bzw. erreichbar wären. Die durchschnittlichen Kosten dieser Behandlungsfälle im Krankenhaus betragen 82 EUR (vgl. Abbildung 35: Kosten nach Kategorien von Leistungsinhalten). Anhand der in der Umfrage erhobenen Öffnungszeiten von Notfallpraxen im Umfeld der Krankenhäuser konnte ermittelt werden, dass sich rund die Hälfte der Notfallpatienten direkt an ein Krankenhaus gewendet

---

<sup>31</sup> Behringer, W., Buergi, U., Christ, M. et al. (2013), S. 625

haben, obwohl zu diesem Zeitpunkt ein für sie geeignetes Versorgungsangebot der KV bestanden hat.

Die Gründe für Patienten, sich direkt an das Krankenhaus zu wenden, sind vielfältig<sup>32</sup> und wurden hier nicht vollumfänglich analysiert. Würden, wie im Gutachten des Sachverständigenrats zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen<sup>33</sup> empfohlen, regelmäßig Notfallpraxen der KV an Krankenhäusern eingerichtet und durch Vertragsärzte durchgehend außerhalb der regulären Sprechstundenzeiten besetzt, könnten sich somit schätzungsweise 33 % der ambulanten Notfallpatienten anstatt in den Notaufnahmen der Krankenhäuser in den am gleichen Ort befindlichen Notfallpraxen der KV vorstellen. In Abhängigkeit der Gebietsbezeichnungen, der am organisierten Notfalldienst teilnehmenden Vertragsärzte, eventuell sogar etwas mehr.

Insofern könnte die im vorliegenden Referentenentwurf zum Versorgungsstärkungsgesetz<sup>34</sup> für die KVen vorgesehene Verpflichtung zur Kooperation mit den Krankenhäusern zu einer Entlastung der Krankenhäuser beitragen. Eine stärkere Übernahme der allgemeinen Notfallbehandlungen als bisher durch die KV wäre sowohl aus medizinischer als auch aus wirtschaftlicher Sicht sinnvoll, da für schätzungsweise rund 33 % der ambulanten Notfälle die kostenintensiven Strukturen der Krankenhäuser nicht zwingend benötigt werden. Allerdings müsste für eine Entlastung der Krankenhäuser die vertragsärztliche Notfallversorgung flächendeckend und durchgehend realisiert werden und z. B. durch Kooperation mit den Krankenhäusern so organisiert werden, dass den Notfallpatienten am Ort der Vorstellung auch ein Vertragsarzt zur Verfügung steht.

Die entscheidende Erkenntnis aus dieser Studie zur Weiterentwicklung der ambulanten Notfallversorgung besteht jedoch darin, dass für rund die Hälfte der ambulanten Notfallbehandlungen die Behandlung in einem Krankenhaus unverzichtbar ist. Weitere 20 % der Notfallbehandlungen könnten im kassenärztlichen Bereitschaftsdienst erbracht werden, wenn flächendeckend auch fachspezifische Bereitschaftsdienste der KVen geschaffen würden. Diese dürften allerdings aufgrund der begrenzten Anzahl der niedergelassenen Fachärzte praktisch kaum machbar und vermutlich auch nicht wirtschaftlich sein.

Aus der Studie wird deutlich, dass mit den Erlösen für ambulante Notfallbehandlungen nach dem EBM, die für den kassenärztlichen Bereich bemessen sind, keine sachgerechte Vergü-

---

<sup>32</sup> Steffen, W., Tempka, A., Klute, G. (2007), S. 1088 f.

<sup>33</sup> Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen (2014)

<sup>34</sup> Bundesministerium für Gesundheit (2014)

tung der ambulanten Notfallbehandlung im Krankenhaus möglich ist. Zum einen ist die Kostenstruktur im Krankenhaus aufgrund der erforderlichen Infrastruktur nicht vergleichbar mit der einer Arztpraxis bzw. Notfallpraxis des Kassenärztlichen Bereitschaftsdienstes. Zum anderen zeigt die Studie auch, dass die Strukturen des Krankenhauses für einen Großteil der ambulanten Notfälle aus medizinischer Sicht zwingend erforderlich sind. Unter Einbeziehung der fachspezifischen Notfallbehandlungen sind die Krankenhäuser auch für rund zwei Drittel der bisher ambulant versorgten Patienten unverzichtbar. Daher müssen insbesondere für diese Notfallbehandlungen Vergütungen entwickelt werden, die der Kosten- und Leistungsstruktur der Krankenhäuser Rechnung trägt.

## 6. Literatur

- Behringer, W., Buergi, U., Christ, M. et al. (2013): Fünf Thesen zur Weiterentwicklung der Notfallmedizin in Deutschland, Österreich und der Schweiz. In: Notfall Rettungsmedizin, 16: 625-626.
- Blum, K., Löffert, S., S., Offermanns, M. et. al. (2010): Krankenhausbarometer – Umfrage 2010. Düsseldorf: Deutsches Krankenhausinstitut e. V.
- Brachmann, M., Geppert, R., Groening, M. et al (2012): Kernfunktion bettenführender Aufnahmeeinheiten. In: Das Krankenhaus, 3: S. 209-214.
- Bundesministerium für Gesundheit (2014): Referentenentwurf zum Versorgungsstärkungsgesetz; [http://www.bmg.bund.de/fileadmin/dateien/Downloads/V/Versorgungsstaerkungsgesetz/141217\\_Entwurf\\_VSG.pdf](http://www.bmg.bund.de/fileadmin/dateien/Downloads/V/Versorgungsstaerkungsgesetz/141217_Entwurf_VSG.pdf) (Zugriff 3.2.2015)
- Bundesregierung (2014): Antwort der Bundesregierung auf die Kleine Anfrage der Abgeordneten Cornelia Möhring, Harald Weinberg, Sabine Zimmermann (Zwickau), weiterer Abgeordneter und der Fraktion DIE LINKE - Zur Situation in den klinischen Notaufnahmen. URL: <http://dip21.bundestag.de/dip21/btd/18/023/1802302.pdf> (Zugriff: 03.02.2015).
- Christ, M., Dodt, C., Geldner, G. et. al. (2010): Professionalisierung der klinischen Notfallmedizin. Gegenwart und Zukunft. In: AINS - Anästhesiologie-Intensivmedizin-Notfallmedizin-Schmerztherapie, 45: 666–671.
- CDU, CSU, SPD (2013): Deutschlands Zukunft gestalten - Koalitionsvertrag zwischen CDU, CSU und SPD. Rheinbach: Union Betriebs-GmbH.
- DGINA (2013): DGINA Positionspapier zur ambulanten Notfallversorgung. URL: [http://www.dgina.de/modules/download\\_gallery/dlc.php?file=157](http://www.dgina.de/modules/download_gallery/dlc.php?file=157) (Zugriff: 03.02.2015).
- Fleischmann, T. (2009): Wege aus der Notaufnahme – wann ambulant, stationär oder intensiv? Grundlage ist eine adäquate Risikostratifikation. In: Klinikarzt, 38: 26–30.
- Grossmann, F., Delport, K., Keller, D. et. al. (2009): Emergency Severity Index. Deutsche Übersetzung eines validen Triageinstrumentes. Notfall Rettungsmedizin, 12: 290–292.

- Larbig, M., Haas, C. (2014): Kalkulationsleitfaden zur Fallkostenkalkulation der ambulanten Notfallversorgung. Unveröffentlichtes Dokument. Hamburg.
- Mackway-Jones, K., Marsden, J., Windle, J. (Hrsg) (2006): Ersteinschätzung in der Notaufnahme. Das Manchester Triage System. Deutsch von Krey J. und Moecke. Bern: H. Huber
- Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen (2014): Bedarfsgerechte Versorgung – Perspektiven für ländliche Regionen und ausgewählte Leistungsbereiche. URL: [http://www.svr-gesundheit.de/fileadmin/user\\_upload/Gutachten/2014/SVR-Gutachten\\_2014\\_Langfassung.pdf](http://www.svr-gesundheit.de/fileadmin/user_upload/Gutachten/2014/SVR-Gutachten_2014_Langfassung.pdf) (Zugriff: 03.02.2014)
- Schöpke, T., Plappert, T. (2011): Kennzahlen von Notaufnahmen in Deutschland. Notfall Rettungsmedizin, 14: 371-78.
- Schöpke, T., Dodt, C., Brachmann, M. et. al. (2014): Statusbericht aus deutschen Notaufnahmen – Ergebnisse der DGINA Mitgliederbefragung 2013. In: Notfall Rettungsmedizin, 17 (8): S. 660 – 670.
- Schreyögg, J., Busse, R. et. al. (2014): Forschungsauftrag zur Mengenentwicklung nach §17b Abs. 9 KHG. URL: [http://www.gkv-spitzenverband.de/media/dokumente/krankenversicherung\\_1/krankenhaeuser/budgetverhandlungen/mengensteuerung/Gutachten\\_zur\\_Mengenentwicklung.pdf](http://www.gkv-spitzenverband.de/media/dokumente/krankenversicherung_1/krankenhaeuser/budgetverhandlungen/mengensteuerung/Gutachten_zur_Mengenentwicklung.pdf) (Zugriff: 03.02.2015).
- Steffen, W., Tempka, A., Klute, G. (2007): Falsche Patientenreize in der Ersten Hilfe der Krankenhäuser. In: Deutsches Ärzteblatt, 104: 1088–1091.

## 7. Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Teilnehmende Krankenhäuser nach Bundesland .....	24
Abbildung 2: Teilnehmende Krankenhäuser nach Betten-Größenklassen .....	25
Abbildung 3: Organisationsformen der Notaufnahmen .....	30
Abbildung 4: Personalminuten pro Notfallpatient (alle Fallarten eingeschlossen) .....	31
Abbildung 5: Fallarten der Patienten in den Notaufnahmen im Jahr 2013 .....	33
Abbildung 6: Steigerungsraten von 2012 auf 2013 .....	34
Abbildung 7: Aufnahmequote und Notfallquote .....	35
Abbildung 8: Anzahl ambulanter Notfälle je Krankenhaus .....	36
Abbildung 9: Durchschnittliche Anzahl ambulanter Notfälle je Betten-Größenklasse .....	37
Abbildung 10: Verteilung der ambulanten Notfälle auf Kostenintervalle .....	39
Abbildung 11: Verteilung der durchschnittlichen Kosten für ambulante Notfälle .....	39
Abbildung 12: Durchschnittskosten und Fallzahlen je Teilnehmer .....	40
Abbildung 13: Kostenanteile nach Kostenstellengruppen .....	41
Abbildung 14: Kostenanteile nach Kostenartengruppen .....	42
Abbildung 15: Durchschnittliche Erlöse ambulanter Notfälle je Krankenhaus .....	44
Abbildung 16: Verteilung der ambulanten Notfälle auf Erlösintervalle .....	44
Abbildung 17: Erlöshöhe und Fallmengen der ambulanten Notfälle je Krankenhaus .....	45
Abbildung 18: Verteilung der Fälle auf die Tages- (GOP 01210) und Nachtpauschale (GOP 01212) des EBM .....	48
Abbildung 19: Durchschnittliche Fehlbeträge der ambulanten Notfälle je Krankenhaus .....	49
Abbildung 20: Verteilung der Überschüsse und Fehlbeträge ambulanter Notfälle auf Intervalle .....	50
Abbildung 21: Durchschnittskosten und Fallzahlen je Altersgruppe .....	51
Abbildung 22: Durchschnittlicher Fehlbetrag je Altersgruppe .....	52
Abbildung 23: Ambulante Leistungen nach Altersgruppen .....	52
Abbildung 24: Monatliche Verteilung und Kosten der ambulanten Notfälle .....	53
Abbildung 25: Wöchentliche Verteilung und Kosten der ambulanten Notfälle .....	54
Abbildung 26: Tagesprofil und Kosten der ambulanten Notfälle nach Werk- und Wochenendtagen .....	55

Abbildung 27: Verwendung von Triage-Systemen.....	56
Abbildung 28: Fallkosten und -häufigkeiten nach Dringlichkeit .....	57
Abbildung 29: Praxen des allgemeinen Kassenärztlichen Bereitschaftsdienstes im Umfeld der Krankenhäuser .....	63
Abbildung 30: Wöchentliche Öffnungszeiten der Praxen des Kassenärztlichen Bereitschaftsdienstes im Umfeld der Krankenhäuser.....	64
Abbildung 31: Wöchentliche Hausbesuchszeiten des Kassenärztlichen Bereitschaftsdienstes im Umfeld der Krankenhäuser.....	65
Abbildung 32: Häufigkeit des fachspezifischen kassenärztlichen Bereitschaftsdienstes im Umfeld der Krankenhäuser nach Gebietsbezeichnung .....	66
Abbildung 33: Häufigkeit von ICD-10-Diagnosekapiteln bei ambulanter Notfallbehandlung..	68
Abbildung 34: Kategorisierung der ambulanten Notfallbehandlungen .....	72
Abbildung 35: Kosten nach Kategorien von Leistungsinhalten .....	73

## 8. Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Umfang der Datenlieferungen.....	25
Tabelle 2: Anzahl ambulanter Notfälle je Betten-Größenklasse.....	36
Tabelle 3: Durchschnittliche Kosten in der InEK-Matrixstruktur .....	41
Tabelle 4: Durchschnittliche Kosten durch die Inanspruchnahme diagnostischer oder therapeutischer Leistungsbereiche .....	43
Tabelle 5: Durchschnittliche Erlöse nach Leistungsgruppen.....	46
Tabelle 6: Kosten und Erlöse nach Zuweisungsart.....	58
Tabelle 7: Kosten und Erlöse nach Transportart .....	59
Tabelle 8: Kosten und Erlöse nach Fachrichtung .....	60
Tabelle 9: Auflistung der 25 häufigsten Diagnosen bei ambulanten Notfällen.....	70