

Notfallversorgung

Drei Stufen für mehr Qualität

Für die Behandlung von Notfallpatienten wird es an deutschen Kliniken künftig drei Versorgungsstufen mit je eigenen Anforderungen an die medizinische, personelle und technische Ausstattung geben. Das Konzept, das der Gemeinsame Bundesausschuss (GBA) im April beschlossen hat, sieht gestaffelte Zuschläge vor, um die unterschiedlichen Kosten für das Vorhalten der jeweiligen Strukturen zu berücksichtigen. Außerdem hat der GBA die Voraussetzungen der

Basisnotfallversorgung definiert. Um Zuschläge zu erhalten, müssen die Kliniken künftig mindestens sechs Intensivbetten am Standort vorhalten, zudem muss es eine zentrale Notaufnahme, eine (unfall-)chirurgische und eine Abteilung der Inneren Medizin geben. Die erste Einschätzung der Patienten in Bezug auf die Dringlichkeit ihrer Erkrankung muss binnen zehn Minuten erfolgen, und ein qualifizierter Facharzt soll innerhalb von 30 Minuten verfügbar sein. Zudem fordert das Konzept einen Schockraum und einen Computertomografen im täglichen 24-Stunden-Betrieb. Die Kliniken der erweiterten und der umfassenden Notfallversorgung verfügen über zusätzliche Fachabteilungen und sind technisch noch besser ausgestattet. Ein flächendeckendes Angebot an Notaufnahmen bleibt mit der Neuregelung gewährleistet.

Die finanziellen Folgen der Neuregelung betreffen etwa ein Drittel der 1.748 Kliniken, die heute Notfälle versorgen. 64 Prozent der Häuser werden Zuschläge für die Teilnahme an der qualifizierten Notfallversorgung erhalten. Die übrigen 36 Prozent haben auch in der Vergangenheit wenig zur Aufgabe beigetragen: Laut einer Studie des Instituts für Gesundheits- und Sozialforschung (IGES) haben die rund 500 Kliniken, die künftig aus der Finanzierung herausfallen, zusammen nur fünf Prozent der Notfallpatienten des Jahres 2017 versorgt. Über die Höhe der Zu- und Abschläge müssen nun die Kliniken mit den Kassen verhandeln – ein konfliktträchtiges Unterfangen, denn die Deutsche Krankenhausgesellschaft (DKG) will finanzielle Nachteile für die nicht an der Notfallversorgung teilnehmenden Häuser auf jeden Fall verhindern und drängt auf gesetzliche Regelungen, um die Auswirkungen des GBA-Beschlusses zu begrenzen.

Notaufnahmen: Bessere Ausstattung bei flächendeckender Versorgung

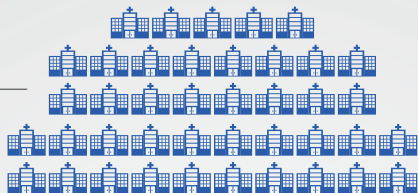
97 Standorte mit umfassender Notfallversorgung



144 Standorte mit erweiterter Notfallversorgung



822 Standorte mit Basisnotfallversorgung



1.063 Kliniken erfüllen künftig die Qualitätsanforderungen der gestuften Notfallversorgung, darunter 241 mit erweitertem Angebot. Quelle: GKV-Spitzenverband; Grafik: AOK-Bundesverband

INHALT

Hintergrund und Presse Seite 2

>> „Notfälle ganzheitlich betrachten“
Interview mit Dr. Bernhard Gibis (KBV)

Markt und Meinung Seite 3

>> Anzahl der Pflegestellen steigt seit 2007
>> Bonität der Kliniken hat sich 2016 verbessert
>> Experimentierklausel auf dem Prüfstand

Versorgung und Service Seite 4

>> MDK: Weniger Gutachten zu Verdacht auf Behandlungsfehler
>> Neue Richtlinie zur Hygiene im OP
>> Zuschläge für geburtshilfliche Abteilungen

Zahlen – Daten – Fakten Seite 5

>> Herzinfarkt: Viele Kliniken haben kein Herzkatheterlabor

„Strukturprobleme in der Notfallversorgung zu lösen, ist eine der größten Herausforderungen, die wir haben.“

Bundesgesundheitsminister Jens Spahn
im Interview mit der „Ärzte Zeitung“

Interview

„Notfälle ganzheitlich betrachten“

736 Portalpraxen könnten die flächendeckende Versorgung von Notfällen in Deutschland sicherstellen. 650 gibt es bereits, doch die meisten machen Verluste. Das ergab ein Gutachten des Leibniz-Instituts für Wirtschaftsforschung im Auftrag der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV). „Blickpunkt Klinik“ sprach darüber mit Dr. Bernhard Gibis, Leiter Ärztliche Leistungen und Versorgungsstruktur in der KBV.



Dr. Bernhard Gibis, Leiter Ärztliche Leistungen und Versorgungsstruktur in der KBV

Laut Ihrem Gutachten bedarf es zur flächendeckenden Versorgung nur 86 weiterer Portalpraxen. Sind die Probleme in der Notfallversorgung damit gelöst?

Nein, Strukturvorgaben allein werden es nicht richten. Wir brauchen hier eine sektorenübergreifende Versorgungsplanung, die über die Grenzen des SGB V hinausgeht. Die Erreichbarkeit der Standorte ist ein Faktor, aber wir müssen auch die Rettungsdienste betrachten und die Kommunikation mit Versicherten intensivieren, damit die Patienten dorthin gehen, wo sie optimal versorgt werden.

Warum sollte man nicht an jeder Klinik mit qualifizierter Notfallversorgung eine Portalpraxis eröffnen?

Das Konzept „Wer kann, der darf“ wird dazu führen, dass in Großstädten 40 von 50 Kliniken an der Notfallversorgung teilnehmen. Das ist weder medizinisch noch wirtschaftlich sinnvoll, und das Gleiche gilt für Portalpraxen. Notfallmedi-

zin ist Erfahrungsmedizin und setzt eingespielte Teams voraus – rund um die Uhr. Diese Voraussetzungen kann nicht jede Klinik erfüllen. Hinzu kommt, dass wir überhaupt nicht genügend Fachärzte haben.

Der Sachverständigenrat schlägt die Gründung weitgehend eigenständiger „Intersektoraler Notfallzentren“ vor. Wie stehen Sie dazu?

Eine Aufwertung der Notfallmedizin ist wichtig. Dabei sollte aber kein weiterer Sektor entstehen, denn das würde neue Schnittstellenprobleme schaffen. Viel wichtiger wäre es, vorhandene Strukturen organisatorisch und IT-technisch besser zu integrieren. Viele Portalpraxen sind gut sichtbar, es gibt auch eine gemeinsame Triage, aber für die Röntgenaufnahme muss der Patient dann doch die Aufnahme-prozedur an der Klinik durchlaufen. Daran müssen wir arbeiten.

Wer sollte für Planung, Betrieb und Vergütung von Notfallambulanzen zuständig sein?

Für eine sektorenübergreifende Versorgungsplanung sollte man Gremien auf Landesebene etablieren, die über Standorte, Leistungsangebote und deren Vernetzung entscheiden. Wegen des Rettungsdienstes sollten die Kommunen mit dabei sein. Das ist allerdings, auch rechtlich, alles andere als leicht.

Die DKG plädiert für eine möglichst breite Aufstellung der Notfallversorgung. Warum?

Das ist vor allem im Status quo begründet. Notfälle spielen für die Standortsicherung eine wichtige Rolle. Doch es ist trügerisch zu glauben, im Krankenhaus wäre man automatisch in Sicherheit. Besser, man kommt so schnell wie möglich in die Klinik, die es kann!

PRESSEECHO

Klinikum Bremerhaven im Plus

Das Klinikum Bremerhaven Reinkenheide kann für das Jahr 2017 einen Überschuss von 1,7 Millionen Euro verbuchen. Damit meldet der Maximalversorger zum vierten Mal in Folge ein positives Jahresergebnis. Das Klinikum ist mit 1.800 Mitarbeitern einer der größten Arbeitgeber der Elbe-Weser-Region.

Bibliomedmanager, 15. Juni 2018

Klinikum Offenbach erneut mit schwarzen Zahlen

Das Sana-Klinikum im Offenbach macht zum dritten Mal in Folge Gewinn. Rund 4,1 Millionen Euro verbuchte das Krankenhaus der Maximalversorgung für das Jahr 2017, ein Plus von 46 Prozent. Der Umsatz stieg um fünf Prozent auf 198,66 Millionen Euro. 2016 betrug der Überschuss noch bei 2,8 Millionen Euro, 2015 erwirtschaftete das Klinikum 1,1 Millionen Euro.

Ärzte Zeitung online, 28. Mai 2018

200 Millionen Euro zusätzlich für Gesundheit Nord

Der Bremer Senat hat eine Finanzspritze für den kommunalen Klinikverbund Gesundheit Nord (GeNo) beschlossen. Die Nachtragshaushalte für 2018 und 2019 Jahr sehen vor, dass die GeNo 205 Millionen Euro erhält. Mit dem Geld sollen zwei zur Verlängerung anstehende Darlehen übernommen und das Eigenkapital der Klinik aufgestockt werden.

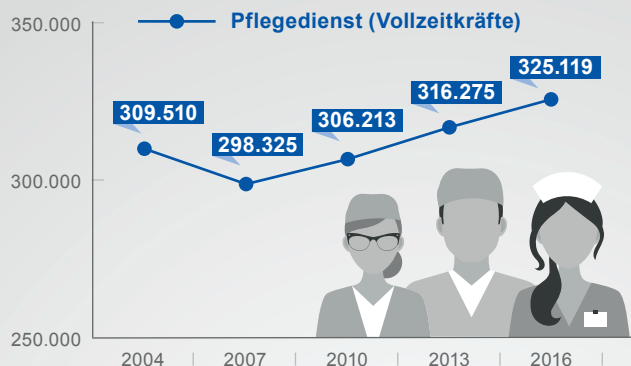
Weser-Kurier, 15. Mai 2018

Personalentwicklung

Pflegestellen auf Wachstumskurs

Die Zahl der Pflegestellen in deutschen Kliniken ist seit 2007 um fast 27.000 Vollzeitkräfte gestiegen. Das geht aus den Grunddaten der Krankenhäuser des Statistischen Bundesamtes hervor. Der Mangel an Pflegekräften im Krankenhaus wird häufig auf das DRG-System zurückgeführt. Zwar bauten die Häuser zur Einführung der Fallpauschalen zunächst Stellen ab, doch seit dem Tiefstand im Jahr 2007 ist die Entwicklung von stetigem Wachstum geprägt. Die Zahl der Beschäftigten in der Pflege würde zudem erheblich höher liegen, wenn die Stellenausschreibungen der Kliniken auf mehr Bewerber trafen. Laut Bundesagentur für Arbeit waren im Jahr 2017 durchschnittlich 12.227 Stellen in der Krankenpflege unbesetzt, darunter 10.814 für Fachkräfte.

Zahl der Pflegekräfte nimmt seit mehr als zehn Jahren stetig zu



Seit dem Tiefstand im Jahr 2007 haben die deutschen Krankenhäuser bis 2016 rund 26.800 Vollzeitstellen geschaffen.

Quelle: Statistisches Bundesamt; Grafik: AOK-Bundesverband

Krankenhaus Rating Report 2018

Lage der Kliniken bessert sich

Die wirtschaftliche Situation deutscher Krankenhäuser hat sich verbessert. Nur für sieben Prozent der Kliniken bestand im Jahr 2016 eine erhöhte Insolvenzgefahr, dagegen lagen 84 Prozent mit einem Insolvenzrisiko von bis zu einem Prozent innerhalb des Rating-Schemas im „grünen Bereich“. Im Jahr zuvor hatte noch für neun Prozent eine erhöhte Insolvenzgefahr (2,6 Prozent und höher) bestanden, und nur 79 Prozent der Häuser lagen im „grünen Bereich“. Trotz der positiven Jahresergebnisse bleibe die Kapitalausstattung der Krankenhäuser aufgrund zu geringer Investitionsmittel unzureichend, betonten die Autoren. Zudem werde sich der Mangel an Fachärzten und Pflegepersonal verschärfen.

>> <http://krankenhausratingreport.de>

Neue Methoden

Bei fehlender Evidenz müssen die Kassen nur für Erprobung zahlen

Die therapeutische Fettabsaugung im Krankenhaus (Liposuktion) muss in der Regel von den Krankenkassen nicht bezahlt werden. Das hat das Bundessozialgericht in Kassel entschieden (Az: B1 KR 10/17 R). Die Methode habe zwar „das Potenzial einer Behandlungsalternative“ – gegen die generelle Zahlungspflicht der Kassen führte das Gericht im Fall zweier Patientinnen jedoch das allgemeine Qualitäts- und Wirtschaftlichkeitsgebot ins Feld: Die neue Regelung senke nicht die Qualitätsanforderungen für den Anspruch auf stationäre Versorgung. Damit halten die Richter im Kern an der bisherigen Rechtsprechung zum Einsatz alternativer Untersuchungs- und Behandlungsmethoden fest. Die Große Koalition hat die sogenannte Experimentierklausel erst 2015 in das Fünfte Sozialgesetzbuch eingefügt.

>> www.aok-gesundheitspartner.de

DREI FRAGEN AN ...

... Dr. Ilona Köster-Steinebach,
Geschäftsführerin Aktionsbündnis
Patientensicherheit e. V.



Qualifikation vor Nähe

Würden Sie mit einem Herzinfarkt gern in die nächstgelegene oder in eine dementsprechend spezialisierte Klinik gebracht werden?

Ich würde gerne in eine Klinik gebracht werden, die über Erfahrung und die notwendige Ausstattung verfügt, also ausreichendes und qualifiziertes Personal und die jeweiligen Geräte hat. Alle Studien zeigen, dass die Aussicht, eine schwere Erkrankung mit möglichst guter Lebensqualität zu überstehen, davon abhängt.

Was bringt das nun beschlossene Notfallstufenkonzept für die Patientinnen und Patienten?

Das Stufenkonzept war ja keine Idee des GBA, sondern des Gesetzgebers – und zwar eine gute! Alles in allem bringt das GBA-Ergebnis eine ziemlich gute Definition dessen, was Notfallpatienten brauchen: eine zeitnahe Ersteinschätzung in einer zentralen, gut ausgestatteten Notaufnahme und Behandlung durch jeweils fachkompetente Ärzte in der notwendigen Frist.

Was muss eine Reform der Notfallversorgung Ihrer Meinung nach in allererster Linie leisten?

Die wichtigste Hürde ist der Einstieg in den Strukturwandel: Nicht jedes Haus kann jeden Notfall behandeln. Wir müssen perspektivisch Ressourcen dort bündeln, wo die bestmögliche Versorgung stattfindet und Flächendeckung kriterienorientiert planen.

Behandlungsfehler-Statistik

Rückgang bei MDK-Gutachten

Jedes vierte Gutachten der Medizinischen Dienste der Krankenversicherung (MDK) deckt einen Behandlungsfehler auf. Das zeigt die aktuelle Statistik des Medizinischen Dienstes des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen (MDS) für 2017. Demnach ist zwar die Zahl der beauftragten Gutachten im vergangenen Jahr von 15.094 auf 13.519 gesunken, die Quote der festgestellten Behandlungsfehler lag mit 24,7 Prozent aber auf nahezu gleichem Niveau. In jedem fünften Fall (19,9 Prozent) hatte der Behandlungsfehler gesundheitliche Schäden für den Patienten zur Folge. Insgesamt richteten sich zwei Drittel der Vorwürfe gegen Krankenhäuser und hier insbesondere gegen chirurgische Abteilungen. 31 Prozent der Verdachtsfälle traten im Bereich der Orthopädie und Unfallchirurgie auf, gefolgt von 1.746 Fällen in der Inneren Medizin und 1.203 Vorwürfen im Bereich der Allgemein- und Viszeralchirurgie – darunter im Körper vergessene Tupfer bis hin zu Verwechslungen von Patienten und falschen Eingriffen.

>> www.aok-gesundheitspartner.de

Hygiene

RKI aktualisiert OP-Richtlinie

Für die Desinfektion der Haut sollen Chirurgen dem Desinfektionsmittel künftig ein auf der Haut verbleibendes Antiseptikum zusetzen. Das empfiehlt die Kommission für Kran-

kenhaushygiene und Infektionsprävention (KRINKO) am Robert Koch-Institut (RKI) in ihrer neuen Richtlinie zur Prävention postoperativer Wundinfektionen. Die nach elf Jahren erstmals erneuerte Fassung ist in ihrem Umfang von 10 auf 26 Seiten angewachsen. Wichtige Änderungen beziehen sich unter anderem auf das Händewaschen vor dem Eingriff, das Anlegen der Kopfhaube, die Abgrenzung septischer von aseptischen OP-Trakten und die Desinfektion kontaminierter Flächen.

>> www.aok-gesundheitspartner.de

Sicherstellungszuschläge

Geburtshilfe wird Basisleistung

Krankenhäuser können künftig Sicherstellungszuschläge für die Fachabteilungen Geburtshilfe, Gynäkologie und Geburtshilfe sowie für die Kinder- und Jugendmedizin vereinbaren. Das hat der Gemeinsame Bundesausschuss (GBA) beschlossen. Demnach zählt die Geburtshilfe nun im Sinne der Regelung zur Sicherstellung der Versorgung zu den relevanten Basisleistungen einer Klinik. Der Zuschlag soll in strukturschwachen Regionen die Defizite ausgleichen, die dem Krankenhaus durch die geringe Inanspruchnahme entstehen. Bisher war die Vereinbarung nur für die Innere Medizin und chirurgische Abteilungen möglich. Geburtskliniken müssen allerdings bestimmte Qualitätskriterien erfüllen, um den Zuschlag zu erhalten.

>> www.aok-gesundheitspartner.de

TERMINE

6. September 2018 in Berlin

Pflegepersonal im Krankenhaus: Personaluntergrenzen, Neuordnung der Vergütung, Pflegesofortprogramm (WOK Wissen)

10. September 2018 in Düsseldorf

Entlassmanagement im Krankenhaus (DKI)

19. und 20. September 2018 in Hamburg

14. Gesundheitswirtschaftskongress (Wiso Hanse)

>> www.blickpunkt-klinik.de

PERSONALIA

Pfeiffer und Kiefer bestätigt



Doris Pfeiffer bleibt Vorstandsvorsitzende des GKV-Spitzenverbandes, Gernot Kiefer behält sein Amt als Vorstand. Das hat der

Verwaltungsrat des Krankenkassenverbandes beschlossen. Beide Vorstände wurden für sechs weitere Jahre gewählt. Die neue Amtsperiode beginnt am 1. Juli 2019.

Schüttig an der Spitze der akg



Helmut Schüttig ist neuer Geschäftsführer des Vereins „Arbeitsgemeinschaft kommunaler Großkrankenhäuser“ (akg). Der 65-Jährige war bis 2015 Geschäftsführer des Klinikums Braunschweig und Vorstandsvorsitzender der akg. In seinem neuen Amt wird er zunächst eine Geschäftsstelle in Berlin aufbauen.

Dörje führt den Verband der Krankenhausapotheker



Prof. Frank Dörje ist neuer Präsident des Bundesverbandes Deutscher Krankenhausapotheker (ADKA). Der Leiter der Apotheke des Universitätsklinikums Erlangen folgt auf Rudolf Bernard, der dem Verband weiterhin als Vizepräsident zur Verfügung steht. Zum Präsidium gehören außerdem Thomas Vorwerk aus Hannover, Monika Guggemoos aus München und Dr. Jochen Schnurrer aus Essen.

>> Abrechnung

>> Finanzierung

>> Infografiken

>> Jahresabschlüsse

>> Klinikstrukturen

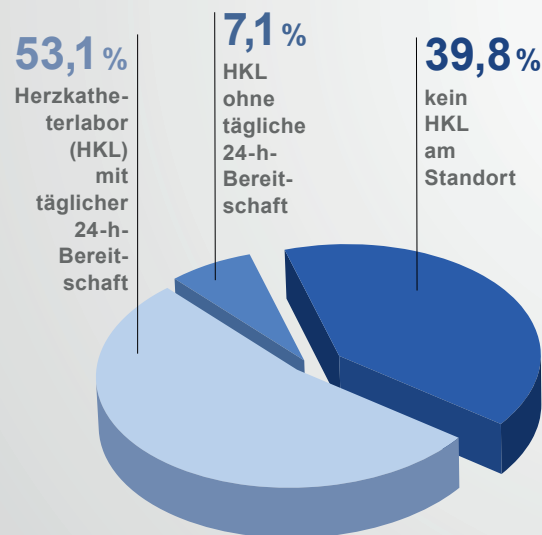
>> Markt

>> Personal

>> Qualität

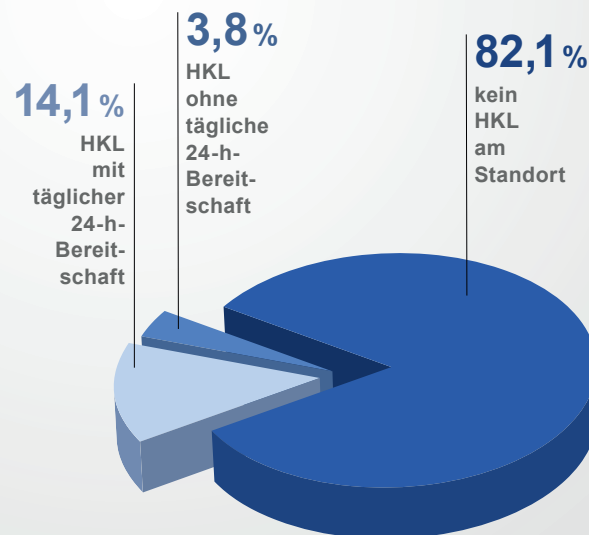
Herzinfarkt: Viele Kliniken können keine adäquate Diagnostik anbieten

**Alle Kliniken
mit Herzinfarkt-Fällen**



Kliniken mit Behandlungsfällen: 1.391
Rückmeldende Kliniken: 912

**Kliniken mit
< 34 Herzinfarkt-Fällen pro Jahr**



Anzahl der Kliniken: 341
Rückmeldende Kliniken: 184

Quelle: Qualitätsmonitor 2017; Grafik: AOK-Bundesverband

Hohe Fallzahlen sorgen für eine bessere Behandlung

Niedrige Fallzahlen wirken sich meist negativ auf die Qualität der Behandlung aus. Etwa ein Viertel aller deutschen Krankenhäuser behandelte laut Qualitätsmonitor im Jahr 2014 weniger als 34 Herzinfarkte – zu wenig, um dafür rund um die Uhr die Versorgungsstrukturen vorzuhalten, die eine umfassende Diagnostik erfordert. So brauchen Kliniken zum Beispiel ein Herzkatheterlabor (HKL), um bei Verdacht auf Herzinfarkt eine eventuelle Verengung von Herzkranzgefäßen abzuklären. In Deutschland versorgen 1.391 Kliniken Herzinfarktpatienten. Doch von 912 Häusern, die an einer Studie zum Thema teilnahmen, gaben nur 484 (53,1 Prozent) an, am Standort jederzeit ein solches Labor nutzen zu können; 363 hatten kein HKL (39,8 Prozent). Noch schlechter liegen die Chancen auf gute Versorgung in dem Viertel der Kliniken mit den niedrigsten Fallzahlen. Von 184 Häusern, die an der Befragung teilnahmen, hatten sogar 151 (82,1 Prozent) kein HKL. Nur 26 Kliniken (14,1 Prozent) konnten jederzeit die Herzkatheteruntersuchung durchführen. Eine Konzentration der Behandlung von Herzinfarktpatienten auf Krankenhäuser mit hohen Fallzahlen würde deshalb die Behandlungsqualität insgesamt erhöhen.