

Handlungsbedarf trotz Krankenhausstrukturgesetz:

Boris Augurzky
Andreas Beivers
Christoph Dodt

Elf Thesen zur Reform der Notfallversorgung

RWI Position #68, 31. Mai 2017

ZUSAMMENFASSUNG

Trotz der Reformen durch das Krankenhausstrukturgesetz ist insbesondere im Bereich der Notfallversorgung noch viel zu tun. Diese *RWI Position* fasst die wichtigsten offenen Punkte mit Handlungsbedarf in elf Thesen zusammen. Schwerpunkte sind insbesondere die klare Definition des Notfalls, eine höhere Qualität von Fachkräften und Prozessen, eine verbesserte Patientensteuerung sowie eine eigene notfallspezifische Forschung. Ein zentraler Reformvorschlag, die Einrichtung von Intersektoralen Notfallzentren (INZ) in einer Region, wird darüber hinaus ausführlicher beleuchtet.

AUTOR



Boris Augurzky

Leiter des Kompetenzbereichs „Gesundheit“ am RWI - Leibniz Institut für Wirtschaftsforschung, Geschäftsführer des Institute for Health Care Business (HCB) und Geschäftsführer der Stiftung Münch

Kontakt: boris.augurzky@rwi-essen.de



Andreas Beivers

Studiendekan für Gesundheitsökonomie und Professor für Volkswirtschaftslehre der Business School an der Hochschule Fresenius in München



Christoph Dodt

Chefarzt des Notfallzentrums am Klinikum Bogenhausen und Präsident der Deutschen Gesellschaft Interdisziplinäre Notfall- und Akutmedizin (DGINA e.V.)

A call to action in eleven claims: How to reform the emergency care system

SUMMARY

With the new “Krankenhausstrukturgesetz”, policy makers took many steps into the right direction of reforming Germany’s health care system. Nevertheless, especially in regard to providing the set up for a sustainable future emergency care there is a lot still to be done. In eleven claims, this *RWI Position* points out those areas in which action is most urgently needed. Among these are setting up a clear definition of an emergency case, assuring a higher quality of medical professionals and caring processes, and initiating a specific strand of research on emergency care. In addition, we provide a detailed description of one of the most crucial reform ideas, namely establishing intersectoral emergency care centres (Intersektorale Notfallzentren) in each region.

IMPRESSUM

Herausgeber

RWI – Leibniz-Institut für Wirtschaftsforschung

Hohenzollernstr. 1-3
45128 Essen
Fon: +49 (0) 2 01-8149-0

Büro Berlin

Invalidenstr. 112
10115 Berlin

ISBN 978-3-86788-633-8

Alle Rechte vorbehalten. Essen 2017

www.rwi-essen.de/positionen

Schriftleitung

Prof. Dr. Christoph M. Schmidt

Redaktion und Ansprechpartner

Dr. Nils aus dem Moore (verantwortlich)
Fon: +49 (0) 30 - 2 0215 98-15
nils.ausdemmoore@rwi-essen.de

Katja Fels
Fon: +49 (0) 2 01-8949-217
katja.fels@rwi-essen.de

Lektorat

Claudia Schmedchen

Layout und Gestaltung

Magdalena Franke & Daniela Schwindt

1. EINLEITUNG

Die rund um die Uhr stattfindende Notfallversorgung von Patienten mit akuten Gesundheitsstörungen ist eine grundlegende, unverzichtbare medizinische Dienstleistung für die Bevölkerung. In Deutschland beruht die Organisation der Notfallversorgung (sowie der Rettungsmedizin generell) auf gewachsenen historischen Strukturen und zeigt regionale Unterschiede, weil sie föderal durch die einzelnen Bundesländer organisiert wird. An der Versorgung im medizinischen Notfall sind zahlreiche Institutionen beteiligt. Sie basiert auf drei Säulen: Ambulante Therapie, Rettungswesen und Notaufnahme im Krankenhaus (Beivers und Dodt 2014).

Auf den ersten Blick scheint die Notfallversorgung in Deutschland gut aufgestellt zu sein: Von rund 2.000 deutschen Krankenhäusern wirken nur rund 150 Kliniken nicht daran mit (Augurzky und Beivers 2015). Da für die Notfallversorgung eine bundesweit einheitliche Definition jedoch ebenso fehlt wie verbindliche Vorgaben und Standards, bleibt bei der aktuellen Krankenhausplanung der Länder offen, ob der Großteil der beteiligten Krankenhäuser die notwendigen Notfallversorgungsleistungen überhaupt adäquat erbringen kann. Zudem ist zweifelhaft, ob eine derart kleinteilige Struktur effizient ist, weil die Behandlung ambulanter Patienten in Notfallaufnahmen häufig nicht kostendeckend möglich ist (Brachmann et al. 2010).

Im Jahr 2015 waren knapp 50 Prozent der stationär aufgenommenen Krankenhauspatienten sogenannte Notfälle. In den Notaufnahmen liegt der Anteil der stationär aufzunehmenden Notfallpatienten zwischen 30 und 55 Prozent. Dies zeigt, wie intensiv die deutschen Krankenhäuser in der Notfallversorgung beansprucht werden. In der Konsequenz kommt es immer wieder zu überfüllten und überlasteten Notfallaufnahmen. So stellt sich selbst in objektiv überversorgten Regionen und Städten das subjektive Gefühl der Unterversorgung ein (Augurzky und Beivers 2015).

Konkrete Struktur- und Prozessvorgaben für Kliniken sind aus gesundheitsökonomischer Sicht zu begrüßen

Dies wurde zwischenzeitlich auch von der Politik erkannt, wie insbesondere die im Krankenhausstrukturgesetz (KHSG) vorgesehenen Neuregelungen für den Bereich der Notfallversorgung belegen. Sie sehen konkrete Struktur- und Prozessvorgaben für teilnehmende Kliniken vor. Dies ist aus gesundheitsökonomischer Sicht zu begrüßen. So wurde etwa der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) als oberstes Beschlussgremium der gemeinsamen Selbstverwaltung von Ärzten, Zahnärzten, Psychotherapeuten, Krankenhäusern und Krankenkassen in Deutschland beauftragt, bis zum 31. Dezember 2016 ein gestuftes System von Notfallstrukturen in Krankenhäusern zu beschließen (§ 136c Abs. 4 SGB V;

Ergebnisse werden derzeit erwartet). Die neuen Zu- und Abschläge für die Notfallversorgung auf der Orts- und Landesebene werden daher aller Wahrscheinlichkeit nach in der Budgetvereinbarung bzw. den Landesbasisfallwerten für das Jahr 2018 zum Tragen kommen.

Darüber hinaus versucht das KHSG, die Patientensteuerung zwischen der ambulanten und stationären Notfallversorgung zu verbessern. Zur Unterstützung der ambulanten Notfallversorgung an den Kliniken sollen die Kassenärztlichen Vereinigungen verpflichtet werden, über vertragsärztliche Notdienstpraxen (sogenannte Portalpraxen) in bzw. an

Unnötige Reibungsverluste durch Unterschiede in Zuständigkeiten, Vergütungen und Qualifikationen

Krankenhäusern erste Anlaufstellen einzurichten oder alternativ die Notfallambulanzen der Kliniken direkt in den Notdienst einzubinden. Diese Zentralisierung weist in die richtige Richtung, denn sie reduziert das Risiko für die Patienten, eine für den aktuell vorliegenden medizinischen Notfall ungeeignete Versorgungsoption zu wählen.

Die Bündelung der unterschiedlichen Versorgungssektoren an einem Ort greift aber für eine Verbesserung der Notfallversorgung insgesamt zu kurz. Durch unterschiedliche Zuständigkeiten, unterschiedliche Vergütungen und unterschiedliche Qualifikationsvoraussetzungen bestehen bei Beibehaltung der Sektorengrenzen in der Notfallversorgung systemimmanente Reibungsverluste, die den notfallmedizinischen Versorgungsprozess behindern und unnötige Kosten verursachen. Deswegen ist es notwendig, das System in der Gesamtheit – unabhängig von derzeit bestehenden Sektorengrenzen – so zu strukturieren, dass ein abgestufter, effizienter, strikt am Patientennutzen orientierter Notfallversorgungsprozess möglich ist. Bestehende Fehlanreize können auf diese Weise abgebaut und Versorgungskonzepte neu gedacht werden, die nachhaltige Verbesserungen ermöglichen.

Die Anforderungen an die Notfallmedizin ändern sich durch den geodemografischen Wandel und die Verfügbarkeit diagnostischer und therapeutischer Möglichkeiten signifikant. Eine zeitnahe, professionelle Diagnose akut auftretender Symptome zur Sicherung der Gesundheit ist in vielen Fällen bereits in wenigen Stunden möglich und wird von den Patienten erwartet. Auch aus diesem Grund suchen Notfallpatienten zunehmend die gut ausgestatteten Krankenhäuser zur Abklärung und Therapie ihrer Störungen auf. Wird die Erwartung der Patienten nicht erfüllt und tritt in Konsequenz dessen ein unerwünschtes medizinisches Ereignis auf, welches durch eine adäquate und zeitgerechte Diagnostik und Therapie hätte verhindert werden können, drohen juristische Konsequenzen bezüglich der ärztlichen Verantwortung.

Ziel einer Reorganisation der Notfallversorgung muss daher sein, den Patientenwunsch nach Reduzierung des Risikos für schwere gesundheitliche Schäden zu berücksichtigen: Die an die Symptomatik angepassten Versorgungsstufen für die Notfallversorgung sollten von der ersten Minute des Hilfeersuchens zur Verfügung gestellt werden und die weitere Steuerung des Versorgungsprozesses für den Patienten übernehmen. Auf diese Weise können falsche Versorgungswege im medizinischen Notfall effektiv vermieden werden.

2. ELF THESEN ZUR REFORM DER NOTFALLVERSORGUNG

Bezüglich einer Reorganisation der Notfallversorgung haben die Autoren im Rahmen des RWI-Gutachtens „Krankenhausplanung 2.0“ (Augurzky et al. 2014a) sowie in der RWI-Position „Mit Helikopter und Telemedizin“ (Augurzky et al. 2014b) bereits erste Lösungsansätze erarbeitet. Nachdem trotz der aktuellen gesetzgeberischen Initiativen aus Sicht der Autoren zentrale Punkte für eine Verbesserung der Notfallversorgung weiterhin offen bleiben, stellt diese RWI Position eine Weiterentwicklung der Vorschläge unter Berücksichtigung der aktuellen Situation dar. Sie ist in elf wegweisende Thesen zur Reform der Notfallversorgung gegliedert.¹

1. Primat der Notfallversorgung muss sein, Patienten mit **zeitkritischen Diagnosen zeitnah** zu identifizieren und effizient zu versorgen.
2. Der **Notfall** muss klar, umfassend und **unabhängig vom Ort der Versorgung** definiert werden: Als medizinischer Notfall bzw. als Notfallpatienten werden alle Personen eingestuft, die körperliche oder psychische Veränderungen im Gesundheitszustand aufweisen, für welche der Patient selbst oder eine Drittperson unverzügliche medizinische und pflegerische Betreuung als notwendig erachten (Behringer et al. 2013).
3. Für die Notfallmedizin müssen **speziell ausgebildete pflegerische und ärztliche Fachkräfte** sowie eine entsprechende Infrastruktur vorgehalten werden (Strukturqualität). Um sicherzustellen, dass sich genügend Fachkräfte in diesem wichtigen Bereich der Gesundheitsversorgung engagieren, sollten die jeweiligen Berufsbilder attraktiv ausgestaltet werden.
4. Neben der Strukturqualität ist auch eine – von den entsprechenden Fachgesellschaften definierte – Prozessqualität für eine bedarfsgerechte Versorgung von Notfallpatienten essentiell. Der **notfallmedizinische Prozess** umfasst neben den lebensrettenden und stabilisierenden Maßnahmen insbesondere die diagnostische Abklärung von akut aufgetretenen Symptomen. Diese notfallmedizinische Erstdiagnostik erlaubt – basierend auf einer tragfähigen Arbeitsdiagnose – die Durchführung der weiteren zeitgerechten, adäquaten Therapie. Im Zentrum der Prozessindikatoren der Notfallversorgung muss

¹ Die Ausführungen basieren auf den von der Arbeitsgruppe Notfallversorgung der AG Krankenhauswesen der Arbeitsgemeinschaft der Obersten Landesgesundheitsbehörden (AOLG) in seiner Sitzung am 9. Dezember 2016 in München gemeinsam mit den Autoren erarbeiteten Thesen, welche in der vorliegenden Fassung weiter entwickelt wurden.

die zeitgerechte Versorgung von Notfallsymptomen mit schweren Krankheitszeichen stehen, damit Patienten mit entsprechenden notfallmedizinischen Tracerdiagnosen adäquat versorgt werden.

5. Die Weiterentwicklung der Notfallmedizin in Deutschland muss wissenschaftlich begleitet werden. Dafür sollten notfallmedizinische Lehrstühle mit einem entsprechenden Forschungsprofil etabliert und spezifisch notfallmedizinische Forschungsprogramme aufgelegt werden. Solche eigenständigen Lehrstühle und notfallmedizinische Ausbildungscurricula in der medizinischen und medizinnahen Ausbildung würden gewährleisten, dass qualifiziertes Notfallpersonal zur Verfügung steht.
6. Derzeit ist es in vielen ländlichen Regionen – nicht zuletzt aufgrund eines Mangels an Personalkapazitäten – allen, die an der Versorgung beteiligt sind, nur schwer möglich, die (ambulante) Notfallversorgung adäquat sicherzustellen. Aber auch in städtischen Gebieten mit überlappenden Einzugsgebieten und einer stetig steigenden Nachfrage sollte geprüft werden, ob die Zuständigkeiten bzw. Sicherstellungsaufträge neu geregelt werden müssen.² Eine zu prüfende Option könnte sein, dass die Länder als planerische Institution tätig werden und den Rahmen festlegen, beispielsweise durch Notfallzentren-Pläne (s. unten).
7. In diesem Zusammenhang muss auch die Vergütung der Notfallversorgung neu justiert werden, hin zu einem einheitlichen, sektorenübergreifenden und kostendeckenden Vergütungssystem mit Vermeidung von Fehlanreizen. Teilstationäre oder sogenannte Hybrid-DRGs³ können hier zielführend sein. Dabei sollte das im SGB V verankerte Wirtschaftlichkeitsgebot ebenso wie das im KHG verankerte Primat der qualitativ hochwertigen patienten- und bedarfsgerechten Versorgung beachtet werden. Einen wichtigen Beitrag dazu kann eine effizientere Patientensteuerung vor Eintritt in ein Notfallzentrum leisten. Sie muss entsprechend weiterentwickelt werden.
8. Um mehr Transparenz im Bereich der Notfallmedizin zu schaffen, bedarf es eines eigenen, statistisch zu erfassenden Kosten- und Leistungsnachweises sowie zu dokumentierender Qualitätsindikatoren in diesem Bereich.

2 Eine medizinische Unterversorgung verstößt gegen § 72 SGB V, in dem die gesetzliche Sicherstellung der vertragsärztlichen Versorgung dargestellt wird. In diesem Fall dürfen sich auch Krankenkassen, wenn der Sicherstellungsauftrag gemäß § 72 a Abs. 1 SGB V nicht mehr gewährleistet ist, an der Versorgung durch Eigeneinrichtungen gemäß § 140 Abs. 2 SGB V beteiligen.

3 DRG ist die Abkürzung von „diagnosis-related groups“. Das DRG-System ist ein pauschalisierendes Abrechnungssystem, bei dem stationäre Krankenhausbehandlungen weitestgehend unabhängig von der Verweildauer des Patienten über Fallpauschalen abgerechnet werden. Die innovative Form der Hybrid-DRGs würde, einer Idee der Techniker Krankenkasse folgend, diejenigen Leistungskomplexe für operative und konservative Behandlungen vergüten und beschreiben, die sich aus Behandlungen zusammensetzen, die bisher sowohl stationär als auch ambulant erbracht wurden (Techniker Krankenkasse 2016).

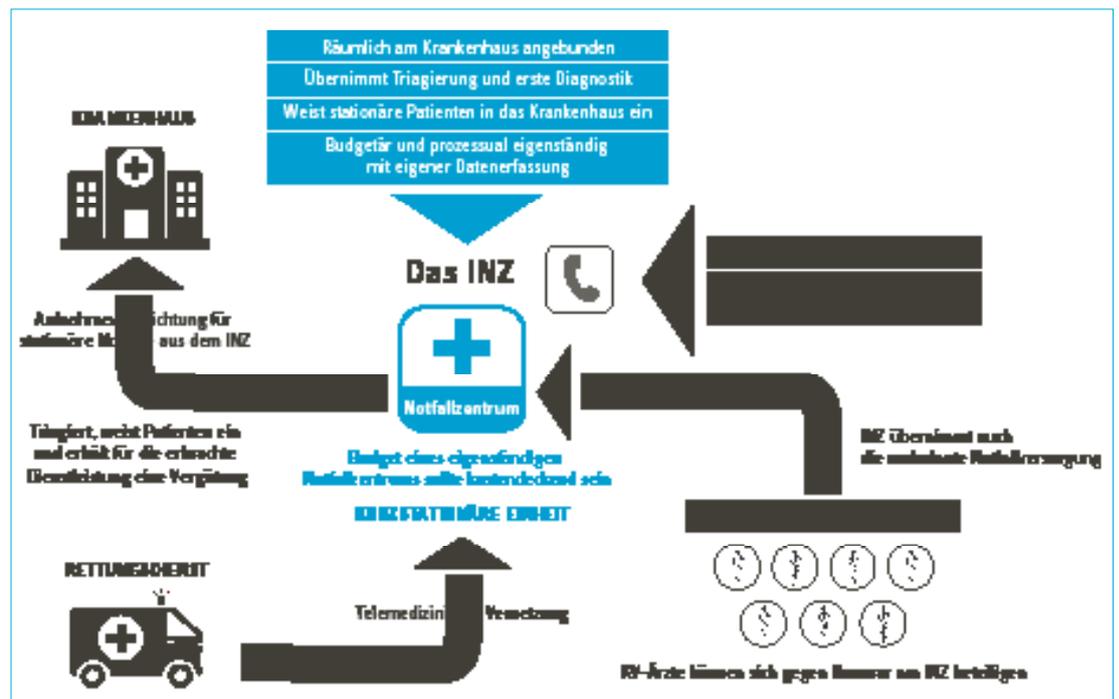
9. Bei der Organisation der Notfallversorgung spielen die Logistik und die effiziente Ressourcennutzung eine essenzielle Rolle. Deswegen müssen die Anlaufpunkte für Notfallpatienten und Rettungsdienste am besten an oder in einem Krankenhaus lokalisiert, in definierten Fristen erreichbar und in ihren Versorgungsmöglichkeiten zu allen Tageszeitpunkten transparent dargestellt sein. Für spezifische zeitkritische Diagnosen muss in den versorgenden Krankenhäusern eine unmittelbare Übernahme in entsprechende Versorgungseinheiten (Herzkatheter, Neurointervention) gewährleistet sein. Für die (ländliche) Notfallversorgung sollte der Ausbau der rettungsdienstlichen Versorgung und entsprechender Infrastruktur gefördert werden.
10. Eine mangelnde Verzahnung der ambulanten ärztlichen und pflegerischen Versorgung kann dazu führen, dass ambulantsensitive (potenziell vermeidbare) Krankenhausfälle (ASK) über die Notaufnahmen aufgenommen werden.
11. Eine Verbesserung der Notfallmedizin benötigt eine schnelle und bessere Verzahnung von Kompetenzen im Sinne von Netzwerken, gerade bei zeitkritischen und komplexen Notfällen. Beispiele aus anderen Ländern wie Dänemark zeigen, dass eine vernetzte telemedizinische Ausstattung der Krankenhäuser, der Rettungswagen, der Notärzte wie auch der niedergelassenen Ärzte die Qualität und die Effizienz in der Notfallversorgung nachhaltig steigern kann (Quentin et al. 2016, Augurzky et al. 2014a, Augurzky et al. 2015). Daher sollte die telemedizinische Infrastruktur auch in diesem Bereich in Deutschland ausgebaut werden, insbesondere in ländlichen Regionen.

3. IM FOKUS: OPTIMIERUNG DER NOTFALLVERSORGUNG MIT HILFE VON INTERSEKTORALEN NOTFALLZENTREN (INZ)

Ziel sollte sein, die Notfallversorgung durch die Etablierung von prozessual und budgetär eigenständigen, sektorenübergreifenden Notfallzentren zu vereinfachen und zu optimieren. Ein Intersektorales Notfallzentrum (INZ) ist über die ambulanten und stationären Sektorengrenzen hinweg Anlaufpunkt für alle Notfallpatienten in einer Region. Idealerweise befindet sich ein INZ direkt im oder in der Nähe eines Krankenhauses. In begründeten Ausnahmefällen kann es auch räumlich vom Krankenhaus getrennte, eigenständige Notfallzentren geben, beispielsweise in ländlichen, unterversorgten Regionen. In diesem Fall muss aber die (logistische) Frage nach der Verlegungsmöglichkeit in die nächste stationäre Versorgung geregelt sein.

Das an einem Krankenhaus angesiedelte INZ sollte weitgehend prozessual und budgetär selbstständig agieren und sich selbst finanzieren. Dadurch wird die sektorale Trennung innerhalb der Notfallversorgung aufgelöst. Denkbar ist hierbei, dass die Verantwortung für die Gesamtheit des INZs den Krankenhäusern oder den Kassenärztlichen Vereinigungen übertragen wird oder dass die INZs einen spezifischen landesplanerischen Versorgungsauftrag erhalten.

Die Aufnahme in einen „Notfallzentren-Plan“ kann Ansprüche auf Finanzierung der Vorhaltekosten bedingen. Die Höhe der zu finanzierenden Vorhaltekosten könnte sich nach der Notfallstufe richten, welche der Notfallzentren-Plan ausweist. Unterschiedliche Notfallstufen sollten dabei mit unterschiedlichen Struktur- und Prozessanforderungen hinterlegt werden. Die folgende Abbildung fasst die Idee des Intersektoralen Notfallzentrums (INZ) überblicksartig zusammen.



Quelle: Eigene Darstellung.

3.1 VEREINFACHTE PATIENTENSTEUERUNG UND VERBESSERTE NOTFALLMEDIZINISCHE PROZESSGESTALTUNG

Das INZ fungiert als zentrale Anlaufstelle für Notfälle aller Art und übernimmt die zeitnahe Ersteinschätzung und Erstversorgung aller Notfallpatientinnen und -patienten. INZ müssen eng mit der integrierten Rettungsleitstelle sowie dem Rettungsdienst kooperieren, um eine optimale Patientensteuerung zu erreichen. Der Rettungsdienst sollte als integrierter Teil der regionalen notfallmedizinischen Gesamtorganisation betrachtet und dem INZ zugeordnet werden, um dort festgelegte Behandlungsabläufe umzusetzen. Auf diese Weise können Patienten, die auf Grund notärztlicher Entscheidung einer sofortigen stationären Behandlungsressource bedürfen, welche nicht im INZ vorgehalten wird (Herzkatheter, o.ä.), diese ohne Umwege erhalten.

Damit die integrierte Leitstelle schon im Vorfeld eine Fehlnutzung des INZ reduzieren kann, müssen dort Kapazitäten für eine telefonische Beratung von Patientinnen und Patienten vorgehalten und die Planung von Hausbesuchen der niedergelassenen Ärzte über-

nommen werden. Eine parallele Leitstellenstruktur der kassenärztlichen Vereinigungen und der regionalen integrierten Leitstellen wäre auf diese Weise nicht mehr nötig. Für stationär behandlungsbedürftige Patienten aus dem INZ sollte eine Abnahmeverpflichtung der Krankenhäuser verbindlich sein.

3.2 FINANZIERUNG DES INZ

Damit sich Betreiber finden, muss das Gesamtbudget eines Notfallzentrums kostendeckend sein. Für stationär weiter zu versorgende Patienten könnte das INZ in Form einer Pauschale für die erbrachte notfallmedizinische Leistung vergütet werden, ggf. als prozentualer Anteil des Relativgewichtes oder des überwiesenen Casemix-Volumens⁴. Denkbar wären auch entweder sogenannte Hybrid-DRGs für diesen Bereich oder pauschale, fallzahlunabhängige Vergütungsmodelle.

Die derzeitigen Vergütungsmodi bieten eine Reihe von Fehlanreizen, die u.a. darin begründet sind, dass die Vergütungshöhen im ambulanten Bereich (EBM, GOÄ, Berufsgenossenschaft) und im stationären Bereich (primär DRGs) signifikant unterschiedlich sind. Um Fehlanreize zu vermeiden und als Brücke zwischen den Sektoren zu fungieren, sollten neue Vergütungsmodelle in Analogie zu teilstationären DRGs definiert und kalkuliert werden. Dies entspricht der Idee der Hybrid-DRGs. Wichtig in diesem Zusammenhang ist, dass die Vergütung so geregelt wird, dass kein monetärer Anreiz für das INZ entsteht, Patienten aufgrund nicht kostendeckender ambulanter Vergütung stationär einzuweisen.

Etwaige Hybrid-DRGs sollten so kalkuliert werden, dass sie Anreize für eine effiziente Leistungserbringung liefern. In diesem Zusammenhang ist es darüber hinaus zu definieren, inwiefern sich die Hybrid-/teilstationären DRGs von ambulanten Leistungen abgrenzen, um eine Verschiebung in die andere Richtung zu vermeiden.

Notfallzentren sollten außerdem mit einer Anzahl von Betten für die kurzstationäre Therapie ausgestattet werden, um längerfristige stationäre Aufenthalte zu reduzieren. Es ist davon auszugehen, dass das INZ immer dann Patienten vermehrt entlassen würde, wenn der Erlös für das Notfallzentrum für eine längerfristige stationäre Aufnahme niedriger ist als für eine Abarbeitung des Falles innerhalb des Notfallzentrums. Hier könnte man standardisiert für eine stationäre Aufnahme einen prozentualen Abschlag oder vice versa einen Aufschlag für die reine Behandlung im Notfallzentrum vereinbaren. Dabei können die DRGs mit Kurzliegerabschlag eine Orientierung bieten, deren Erlös um einen fixen Prozentsatz reduziert wird, wenn eine vollstationäre Aufnahme erfolgt.

⁴ Krankenhäuser erhalten für ihre erbrachten Leistungen von den Kostenträgern Vergütungen. Jede DRG wird dabei mit einem Relativgewicht bewertet, welches als Grundlage für die Berechnung der Vergütungshöhe dient. Die Summe aller erbrachten Relativgewichte wird als Casemix bezeichnet und beschreibt nicht nur das medizinische Leistungsgeschehen, sondern auch die Vergütungssumme, welche die Krankenhäuser erhalten. Dies kann als wichtige Grundlage auch für die Vergütung von notfallmedizinischen Leistungen dienen, die bis dato nicht explizit in den Fallpauschalen (bzw. Relativgewichten) berücksichtigt sind.

Auch niedergelassene Ärzte können sich – je nach regionaler Organisation der Sicherstellung – an der Notfallversorgung am INZ beteiligen (z.B. gegen Honorar). Auf Basis des Versorgungsgebietes, der Morbidität in der Region oder auch dem siedlungsstrukturellem Regionstyp könnte ein jährliches Budget vereinbart werden.

Die INZ sollten eigene Statistiken führen, die vom Statistischen Bundesamt bzw. den statistischen Landesämtern aufbereitet werden. Diese Notfallstatistiken, beispielsweise mit Ausstattungszahlen, Kostenstatistiken und Dokumentation des Leistungsgeschehens, würden zu der in diesem Bereich benötigten Transparenz beitragen.

4. FAZIT

Trotz der Reformen durch das Krankenhausstrukturgesetz ist insbesondere im Bereich der Notfallversorgung noch viel zu tun. Diese RWI Position fasst die wichtigsten offenen Punkte mit Handlungsbedarf in elf Thesen zusammen. Ausführlicher wird die Idee des Intersektoralen Notfallzentrums beleuchtet, einem zentralen Reformvorschlag für eine optimierte, sektorenübergreifende Notfallversorgung aller Patienten in einer Region. Hier bietet sich besonders viel Spielraum, durch die Zusammenfassung und Spezialisierung von Leistungen eine bessere Patientenversorgung zu gewährleisten.

5. LITERATUR:

Augurzky, B., A. Beivers, N. Straub und C. Veltkamp (2014a), Krankenhausplanung 2.0. Endbericht zum Forschungsvorhaben des Verbands der Ersatzkassen e.V. (vdek). RWI Materialien. Heft 84.

Augurzky, B., Beivers, A., Straub, N., (2014b), Mit Helikopter und Telemedizin: Für eine Notfallversorgung der Zukunft, RWI Positionen 63, 12/2014, RWI, Essen.

Augurzky, B., Beivers, A., Kirstein, A. (2015), Organisation der Notfallversorgung in Dänemark: Lösungsansätze für deutsche Probleme?, in: Krankenhaus-Report 2015, Schwerpunkt: Strukturwandel, Schattauer Verlag.

Augurzky, B., Beivers, A. (2015), Rettung für die Notfallmedizin, in: Gesundheit und Gesellschaft, Ausgabe 10/15, 18. Jahrgang, AOK Bundesverband, Berlin, S. 23-27.

Behringer, W., Buergi, U., Christ, M., Dodt, C., Hogan, B. (2013), Fünf Thesen zur Weiterentwicklung der Notfallmedizin in Deutschland, Österreich und der Schweiz, in: Notfall+Rettungsmedizin, Ausgabe 8/2013, S. 625-626, Springer Verlag, Heidelberg.

Beivers, A. und C. Dodt (2014), Ökonomische Aspekte der ländlichen Notfallversorgung im ländlichen Raum. Notfall+Rettungsmedizin, Ausgabe 4/2014, Springer Verlag, Heidelberg.

Brachmann, M., R. Geppert, C. Niehues, P. Petersen und R. Sobotta, R. (2010), Positionspapier der AG Ökonomie der Deutschen Gesellschaft Interdisziplinäre Notfallaufnahme e.V. - Ökonomische Aspekte der klinischen Notfallversorgung, Berlin.

Quentin, W., Baier, N., Bech, M., Bernstein, D., Cowling, T., Jackson, T., van Manen, J., Rudkjøbing, A., Geissler, A. (2016): Organisation of and payment for emergency care services in selected countries. In: Van den Heede K, Dubois C, Devriese S, Baier N, Camaly O, Depuijdt E, Geissler A (eds): Organisation and payment of emergency care services in Belgium: current situation and options for reform. Belgian Health Care Knowledge Centre (KCE). KCE Report 263. D/2016/10.273/24 (PDF, 789,5 KB)

Techniker Krankenkasse (2016), Krankenhausversorgung 2020, Position der Techniker Krankenkasse, Januar 2016, Landesvertretung Rheinland-Pfalz, siehe auch: <https://www.tk.de/centaurus/servlet/contentblob/668194/Datei/2124/Positionen%20der%20TK%20f%C3%9C%20Rheinland-Pfalz.pdf>

11 | 11

RWI Position #68, 31. Mai 2017

ZULETZT ERSCHIENENE RWI POSITIONEN

- #67 Griechenland und die Eurozone: Ein Drahtseilakt
- #66 BAföG Plus: Deutschlands Hochschulfinanzierung neu denken
- #65 The right way to reform the EU-emissions trading system
- #64 Reform des EU-Emissionshandels, aber richtig! Alternativen zur Marktstabilitätsreserve
- #63 Mit Helikopter und Telemedizin: Für eine Notfallversorgung der Zukunft
- #62 Teuer und ineffizient: Die Emissionsminderung der EU
- #61 Warum länger warten? Plädoyer für eine Umsatzsteuerreform
- #60 Günstige Gelegenheit: Jetzt die kalte Progression abschaffen
- #59 Kehrtwende in der Gesundheitspolitik
- #58 Falsche Hoffnungen. Der Mindestlohn gibt kaum Impulse für die Konjunktur
- #57 „Grüner“ Strom gleich guter Strom? Warum Solarförderung ein teurer Irrtum ist
- #56 Wie geht es uns? Die W3-Indikatoren für eine neue Wohlstandsmessung

www.rwi-essen.de/positionen

RWI – Leibniz-Institut für Wirtschaftsforschung

Das RWI – Leibniz-Institut für Wirtschaftsforschung ist ein führendes Zentrum für wissenschaftliche Forschung und evidenzbasierte Politikberatung in Deutschland. Das Institut ist Mitglied der Leibniz-Gemeinschaft. Es wurde 1926 gegründet und arbeitet seit 1943 in rechtlicher Selbständigkeit. Das RWI stützt seine Arbeiten auf neueste theoretische Konzepte und moderne empirische Methoden. Ökonomische Zusammenhänge werden auf allen Ebenen – vom Individuum bis zur Weltwirtschaft – in vier Kompetenzbereichen erforscht: „Arbeitsmärkte, Bildung, Bevölkerung“, „Gesundheit“, „Umwelt und Ressourcen“ sowie „Wachstum, Konjunktur, Öffentliche Finanzen“. Das „Forschungsdatenzentrum Ruhr am RWI“ (FDZ Ruhr) versorgt die Wissenschaftler mit aktuellsten Zahlen. Das RWI veröffentlicht Forschungsergebnisse und Beiträge zur Politikberatung in verschiedenen Publikationsreihen. Weitere Informationen im Internet unter: www.rwi-essen.de