



STIFTUNG MÜNCH

 HOCHSCHULE
FRESENIUS
UNIVERSITY OF APPLIED SCIENCES

 IZWI
Leibniz-Institut für
Wirtschaftsforschung

Ideen zu einer nachhaltigen Finanzierungsreform der Notfallversorgung

Prof. Dr. rer. pol.

Andreas Beivers

DRK Rettungsdienstsymposium online KOMPAKT
München, den 17. November 2022



AGENDA

- **Ein Blick zurück**
- **Situationsanalyse**
- **Vergütungsansätze aus dem Ausland**
- **Notfall-Regionalbudgets als Option?**
- **Ausblick**



Die Idee des Integrierten Notfallzentrums (INZ)

Handlungsbedarf trotz Krankenhausstrukturgesetz

Boris Augurzky
Andreas Beivers
Christoph Dodt

Elf Thesen zur Reform der
RWI Position #68, 31. Mai 2017

**Kompetenzen der Innenministerien
(Rettungsdienst UND Katastrophenschutz)
mit der Krankenhausplanung bündeln**

Derzeit ist es in vielen ländlichen Regionen – nicht zu den Personalkapazitäten – allen, die an der Versorgung der (ambulanten) Notfallversorgung adäquat sicherzustellen. 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).

Optimierungsansätze aus dem KBV Gutachten

Bei Allokation der Notfallzentren an realen Standorten
genügen 736 Stück



„Grüne Wiese“



Variante 1: Max. Fahrtzeit zum Notfallzentrum 30
Minuten für **jeden Einwohner** Deutschlands
→ **868 Standorte**

Variante 2: Max. Fahrtzeit zum Notfallzentrum 30
Minuten für **99% der Einwohner** Deutschlands⁽¹⁾
→ **337 Standorte**

Variante 3: Auf Basis von Variante 2 Umverteilung der
Standorte derart, dass **durchschnittliche Fahrtzeit**
minimiert wird ($\emptyset = 17$ Min.)
→ **337 Standorte**

„Reale Standorte“

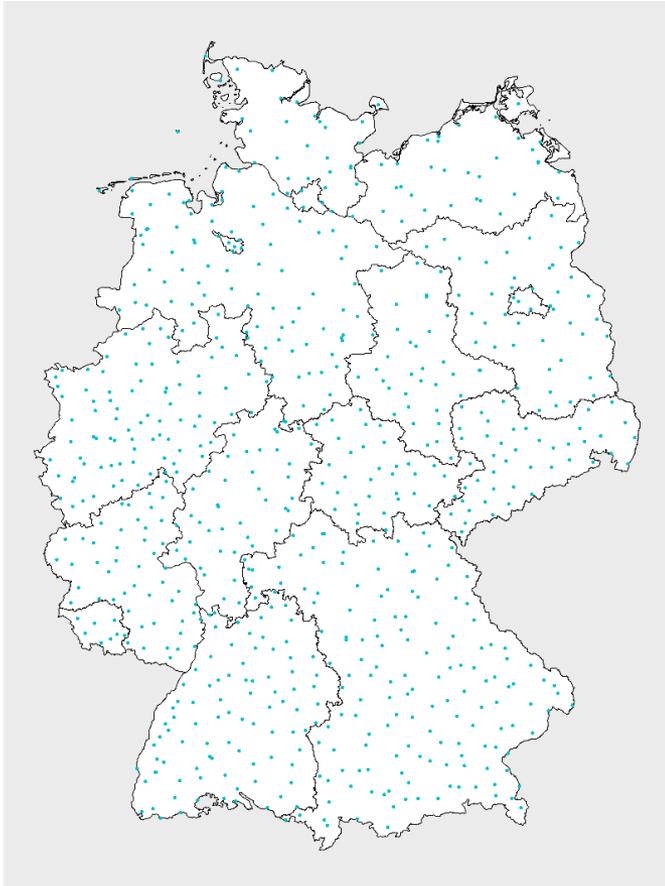


Variante 1: Allokation der Notfallzentren an allen **real**
vorhandenen Krankenhäusern, die an somatischer
Notfallversorgung teilnehmen⁽²⁾
→ **1.393 Standorte**

Variante 2: Maximale Fahrzeit von 30 Minuten,
Mengenüberdeckungsproblem bei Variante 1: 657
Standorte nicht nötig, weil mehr als ein Standort im 30-
Min.-Umfeld vorhanden
→ **736 Standorte**

Aber: nicht jedes Notfallzentrum kann wirtschaftlich geführt werden

Je nach Art der Öffnungszeiten beim Ansatz „Reale Krankenhausstandorte“ (Variante 2) kumuliertes Defizit bei 130 bzw. 400 Mio. €



Derzeitige Öffnungszeiten

„Reale Krankenhausstandorte“ (Variante 2)



Bei Split von Megazentren⁽¹⁾: 738 Standorte

Anzahl nicht-wirtschaftlicher Zentren: **527**

→ Kumuliertes Defizit: **130 Mio. € p.a.**

„24/7“

„Reale Krankenhausstandorte“ (Variante 2)



Bei Split von Megazentren⁽¹⁾: 751 Standorte

Anzahl nicht-wirtschaftlicher Zentren: **581**

→ Kumuliertes Defizit: **400 Mio. € p.a.**

- (1) Ein „Megazentrum“ versorgt mehr als 170.000 Fälle p.a. und wird aufgrund seiner Größe so lange in mehrere Zentren aufgeteilt, bis die daraus entstehenden Zentren weniger als 170.000 Fälle versorgen



Situationsanalyse

- **G-BA-Notfallstufenkonzept erster wichtiger Schritt** zur Strukturreform und Ansatz Vorhaltekosten zu berücksichtigen
- Zentrales Problem der **Abrechnung "komplexer ambulanter Fälle"** weiterhin **ungelöst**
- **INZ vorerst gescheitert; Hoffnung auf die nächste Reform**
- Zentrales Problem **der Daseinsvorsorge von Notaufnahmen und die Verbindung zum Zivil- und Katastrophenschutz** trotz Corona und Hochwasser immer noch nicht adäquat berücksichtigt
- **WICHTIG:**
Institutionenübergreifende Betrachtung der Notfallversorgung und des Katastrophenschutzes

Lesedauer: 3 Minuten

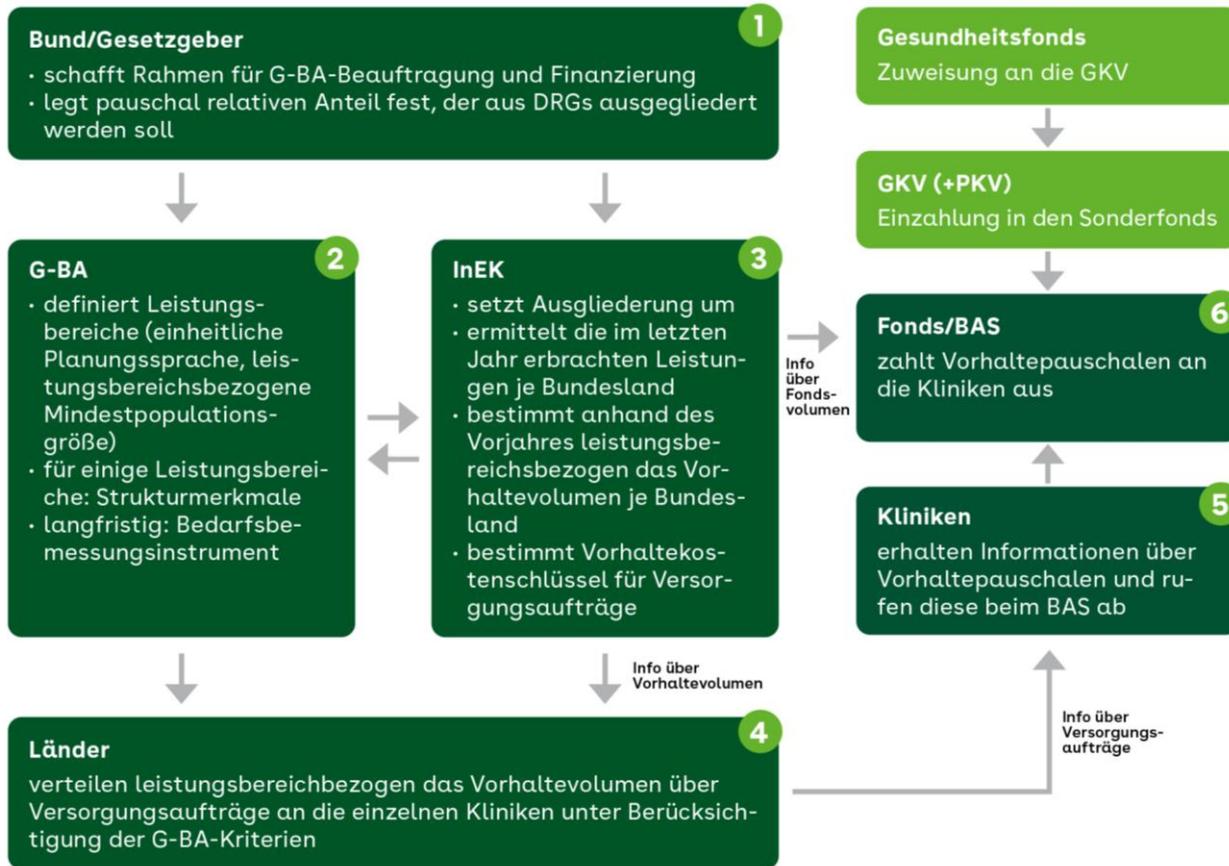
Krankenhaus-Vorhaltekosten: AOK legt Reformvorschläge vor

Reimann: Reform von Krankenhausplanung und Vorhaltefinanzierung Hand gehen



(31.08.22) Die AOK-Gemeinschaft hat ein Positionspapier zur künftigen Vorhaltefinanzierung für die Krankenhäuser vorgelegt. Es enthält die im Koalitionsvertrag vorgesehene Reform der Vorhaltefinanzierung in der Krankenhausplanung umgesetzt werden kann.

Finanzierung der Vorhaltekosten, gerade in der Notfallversorgung AOK legt erste Vorschläge vor



Wege zu einer gerechten Notfallvergütung

- **Leistungen müssen klassifiziert und beschrieben werden** – sowohl in medizinisch-pflegerischer, diagnostischer Perspektive als auch aus der Sicht des **Ressourcenaufwandes** und der dahinterstehenden Kosten je Behandlungsgruppe beziehungsweise Aufwand
- Die Klassifikation sollte daher zunächst über ein **ressourcenorientiertes Einstufungssystem für Notfälle** erfolgen
- Evaluierte und verbreitete Ersteinschätzungsinstrumente, wie der **Emergency Severity Index** könnten dabei als Vorbild dienen
- Dadurch werden die Voraussetzungen geschaffen, dass mittelfristig auch die **Unterschiede in den Behandlungskosten eines ambulanten Notfalls in der Notaufnahme adäquat kalkuliert und in der Entgeltvergütung berücksichtigt werden**

Orientierungswert

Wege zu einer gerechten Notfallvergütung

Orientierungswerte / 24.05.2022



Prof. Dr. Andreas Beivers

Hochschule Fresenius | Stiftung Münch

Seit längerer Zeit besteht eine intensive Diskussion um den Reformbedarf im Bereich der stationären wie auch ambulanten Notfallversorgung in Deutschland. Dies betrifft zum einen die Struktur, die Qualität und die Prozesse der Versorgung ebenso wie zum anderen die digital-technische, sektorenübergreifende Ausstattung und Vorhaltung von Kapazitäten. Damit einher geht selbstverständlich auch die Frage nach einer leistungs-, aufwands- und kostendeckenden Vergütung der erbrachten Leistungen.

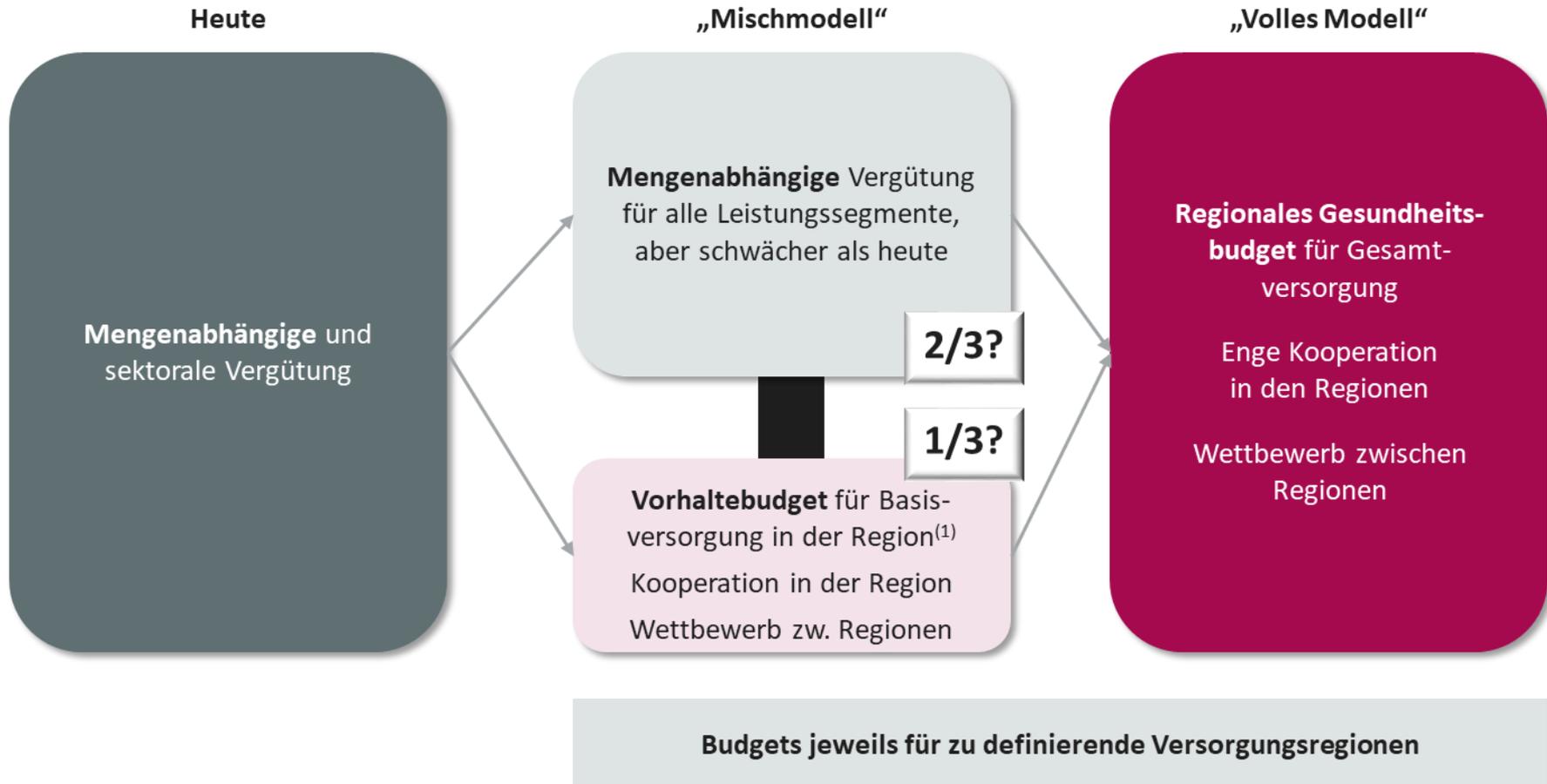
Die jüngsten Empfehlungen der Regierungskommission

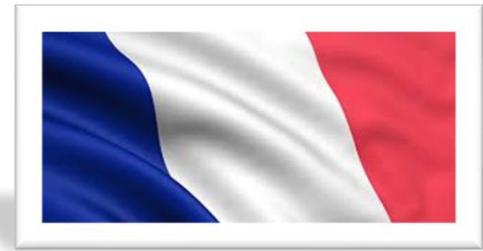
- Die Tagesbehandlung wird wie bisher **als DRG abgerechnet**
- Für die nicht anfallenden Übernachtungskosten wird das RG der DRG pauschal **um 0,04 pro entfallender Nacht gemindert**
- Beispiel: Bei einer viertägigen Tagesbehandlung (= 3 Nächte) **demnach um 0,12**
- Bei eintägiger Behandlung erfolgt wie bei zweitägiger Behandlung ein Abzug von 0,04

Zweite Stellungnahme und Empfehlung der Regierungskommission für eine moderne und bedarfsgerechte Krankenhausversorgung

Tagesbehandlung im Krankenhaus zur kurzfristigen Entlastung der Krankenhäuser und des Gesundheitswesens

Das Vergütungssystem ist heute praktisch zu 100% mengenorientiert – andere Varianten sind denkbar





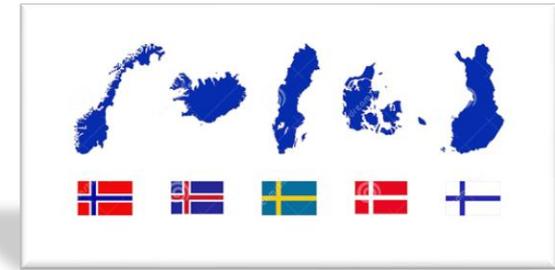
Ein Blick nach Frankreich...

Gewährung von Zuschlägen für die Notfallversorgung

- Notaufnahmen erhalten eine **Grundvergütung in Abhängigkeit der Fallzahl**; die jährliche Pauschale beginnt bei:
 - **730.000 €** für KHS mit **weniger als 9.000 Besuchen in der Notaufnahme p.a.**
 - **943.292 €** für **9.000 bis 11.500 Besuche** und weitere
 - **163.292 € je weitere 2.500 Besuche**
- **Zusätzlich erhalten Notaufnahmen eine Pauschale pro Besuch von 25,30 € plus diagnostische Kosten**, wie beispielsweise bildgebende Verfahren
- Seit 2015 erhalten auch **ländliche KHS zusätzliche Förderung in Form von jährlichen Budgets**, wenn die Fallzahl unter ein bestimmtes Niveau fällt
 - **Aber:** Mindestabstand zum nächsten Leistungserbringer muss **30 Minuten für die nächste Notfallaufnahme** betragen und die **Bevölkerungsdichte nicht höher als 45 Einwohner pro Quadratkilometer** sein

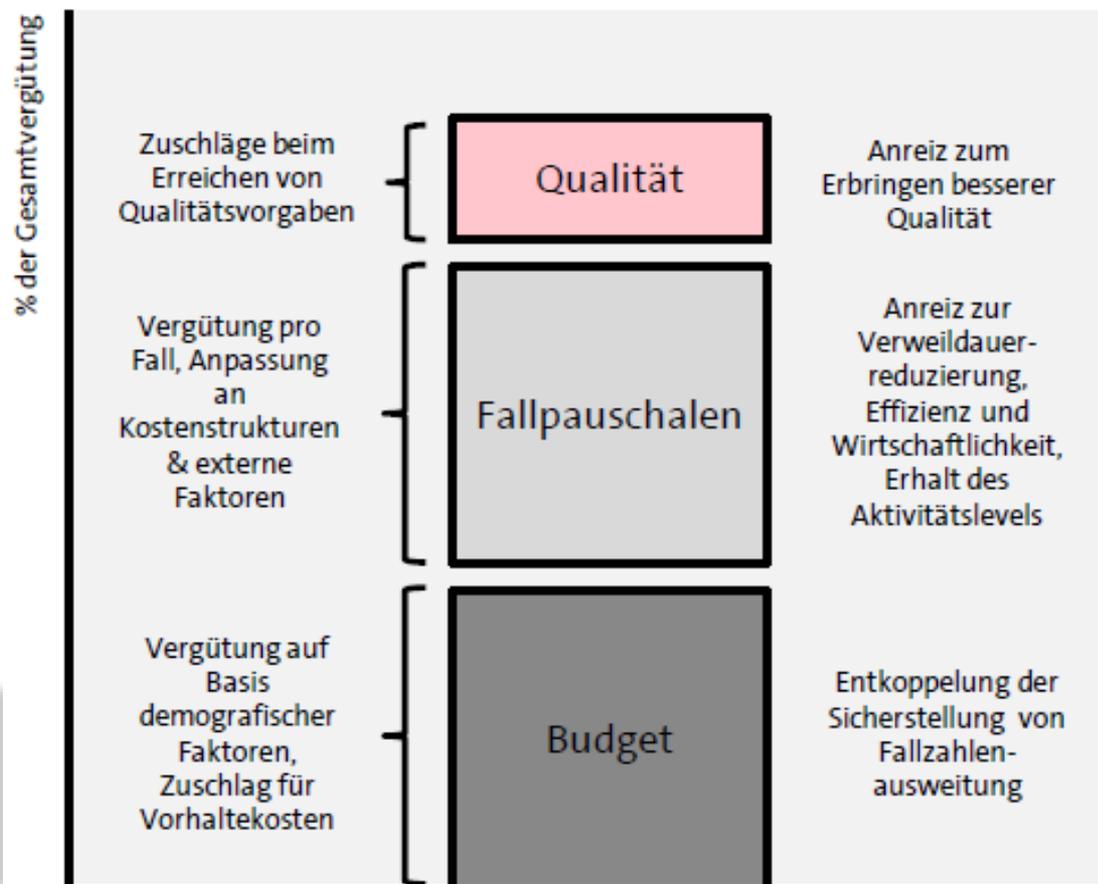
Budgets nordischer Länder als Vorbild??

Kombination aus Sicherstellungszuschlägen, Zuschlägen für die Bereithaltung von Notfallstrukturen & Zentrenbildung



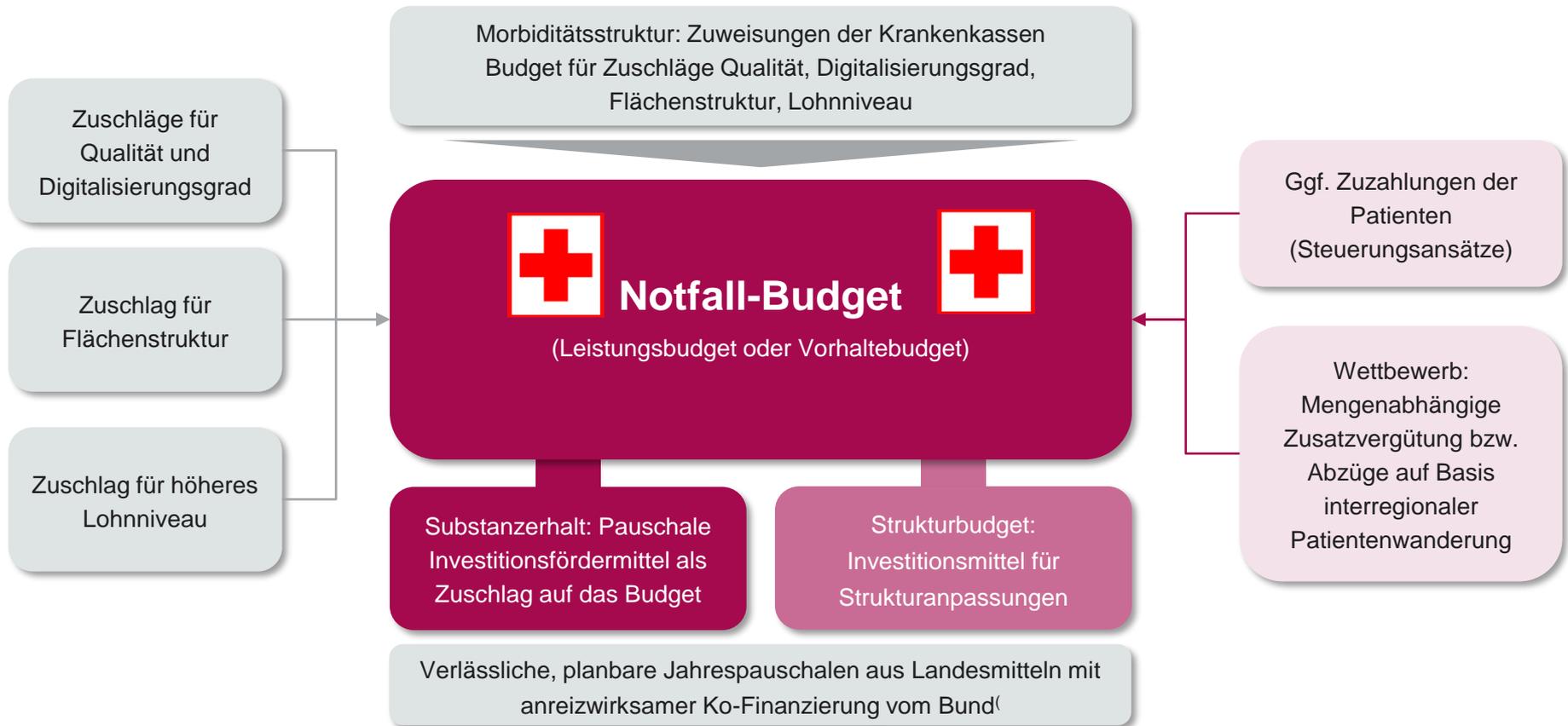
- Ein Teil der Vergütung, analog zu den Nordischen Ländern, könnte als **Grundbetrag auf Basis der historischen Inanspruchnahme und der Vorhaltung von bedarfsnotwendigen Strukturen** gewährt werden
- **Gewährung einer Grundfinanzierung, die unabhängig von der Fallzahl ist**
- Grundbetrag könnte beispielsweise von **der Zusammensetzung der Bevölkerungsstruktur und ihrem Morbiditätsniveau und von der Versorgungsstufe inklusive der damit notwendigen Vorhaltung von Strukturen** abhängig sein
- Weiterhin sollten die **Erfüllung bestimmter Qualitätskriterien**, z.B. Mindestmengen, und **geographische Charakteristika** einfließen

Mögliche Zusammensetzung der KH-Vergütung nach Schreyögg & Milstein (2020): Auch im Notfallbereich?



Die Idee regionaler Notfallbudgets

Notfall-Capitation-Modelle



Quelle: angelehnt an Stiftung Münch (2021)

***„Mut ist so etwas wie
Veränderung - nur früher“***

Autor unbekannt



Vielen Dank für Ihre Aufmerksamkeit!

- Literatur bei dem Referenten -

Kontaktdaten:

Prof. Dr. Andreas Beivers

Hochschule Fresenius München

Infanteriestraße 11 a, 80797 München

Tel.: 089–200037346; Email: beivers@hs-fresenius.de