POLITIK 10.05.2016

Finanzierung der Notfallversorgung



© iStock/alexander_h_schulz

Die Notaufnahmen in Deutschland halten rund um die Uhr Fachärzte verschiedener Fachgebiete, Pflegepersonal und Funktionspersonal einsatzfähig, um die Notfallversorgung aller zu garantieren.

Notfallaufnahmen sind hoch professionelle, technisch meist hochwertig ausgestattete Versorgungseinheiten, die Kosten verursachen auch wenn sie nicht in Anspruch genommen werden. Aus kaufmännischer Sicht wird im eigenen Bereich immer gefordert, eine optimale Auslastung der Notaufnahme und der Schockräume anzustreben, um eine Kosteneffizienz zu gewährleisten. Aus medizinisch-ethischer Sicht können derartige Forderungen nur strikt zurückgewiesen werden, da eine Schockraumauslastung stets mit menschlichem Leid verbunden ist.

Letztendlich steckt dahinter die „Feuerwehrproblematik“

Die Feuerwehr wird ganzjährig finanziert und ist immer einsatzbereit um bei Bränden oder Unfällen oder anderen Schadensereignissen zu helfen. Niemand wird an den Kosten Zweifel erheben beziehungsweise versuchen Kosten zu senken.

So wird niemand fordern, dass die Feuerwehr möglichst viele Einsätze hat um eine Kostendeckung zu erbringen, da in der Regel jeder Feuerwehreinsatz mit Schaden an Personen oder Gegenständen verbunden ist. Somit ist auch die Forderung, dass Schockräume ununterbrochen Fälle abarbeiten sollten um daraus Erträge zu erzielen nicht nachvollziehbar, da hinter jedem Schockraumpatienten ein Mensch mit einem Schicksal steht. Niemand möchte anderen Leuten dieses Schicksal wünschen nur um einen Schockraum zu „beschäftigen“.

Das von der Deutschen Gesellschaft für Unfallchirurgie (DGU) initiierte Traumanetzwerk hat in der Vergangenheit erfolgreich die flächendeckende Notfallversorgung in Deutschland etabliert.

In Abhängigkeit der Leistungsfähigkeit der Krankenhäuser ist über ein Stufenkonzept eine 24 x 365 Notfallversorgung allerorts gewährleistet. Gleichzeitig garantiert das Traumanetzwerk (TNW) der DGU eine dem Verletzungsmuster entsprechende Weiterverlegung von Patienten mit Verletzungen in geeignete Versorgungseinrichtungen. Für die sogenannten überregionalen Traumzentren die am Ende der Notfallversorgungskette im TNW stehen, bedeutet dies die Bereitschaft jederzeit schwerstverletzte Patienten versorgen zu können. Ein „Ablehnen von Patienten“ ist für diese Einrichtungen nicht vorgesehen.

Beispielsweise werden am Universitätsklinikum Ulm im Jahr über die Notaufnahmen 29.000 Notfallpatienten versorgt.

Dies bedeutet dass in den Notaufnahmen an 365 Tagen im Jahr in jeder Stunde drei Notfallpatienten ambulant oder bei Bedarf stationär versorgt werden. Neben dem hochqualifizierten Personal in den Notaufnahmen ist zusätzlich das Personal in den Diagnostikeinheiten für Ultraschall, CT oder MRT vorgehalten, um in jedem Fall sofort die richtige Diagnose zu stellen. Darüber hinaus kommt die entsprechende Besetzung von Laboren und der Operationssäle.

Dies alles bedeutet Vorhaltekosten

Während die Krankenhäuser bei der Grund- und Regelversorgung eine eingeschränkte Notfallversorgung zur Nachtzeit oder an Wochenenden anbieten können bleiben die großen kommunalen Häuser oder die Universitätsklinika und die BG-Kliniken zu jeder Tages- und Nachtzeit einsatzklar. Für schwerstverletzte Patienten wird rund um die Uhr das ganze Jahr ein sogenannter Schockraum zur Verfügung gehalten.

Für einen Schockraum ist die Basisbesetzung nach Weißbuch der DGU, je ein Oberarzt aus dem Bereich Unfallchirurgie Anästhesie sowie ein Facharzt/Assistenzarzt aus dem Bereich Unfallchirurgie, Anästhesie und Radiologie, Pflegekräfte aus dem Bereich Unfallchirurgie und Anästhesie sowie Radiologisch-technische Assistenten.

Bezugnehmend auf die durchschnittlichen Personalkosten errechnet sich am eigenen Haus daraus ein Minutenpreis von 1,91 Euro oder etwas über eine Million Euro pro Jahr. Diese Kosten fallen unabhängig davon an, ob ein Einsatz des Personals erfolgt ist oder nicht.

Erträge fließen nur dann, wenn Fälle behandelt werden

Lohnkosten sind damit im Notfallbereich als Vorhaltekosten anzusehen die von der Gemeinschaft zu tragen sind. Kritisch ist allerdings, dass in den letzten Jahren trotz optimaler Vorhalte-Struktur für Notfälle über das TNW eine entsprechende Finanzierung für die notwendigen Vorhaltekosten ausgeblieben ist.

Dies hat dazu geführt, dass insbesondere die großen und wichtigen Notfallversorger, wie z. B. die Universitätskliniken mit einer erheblichen Unterfinanzierung im Notfallbereich konfrontiert waren, da nach Berechnungen der DGINA im Schnitt 30 Euro für jeden ambulanten Notfallpatienten vergütet werden, bei errechneten Kosten von 120 Euro.

Umso mehr muss man erfreut zur Kenntnis nehmen, dass die Bund-Länder-AG zusätzliches Geld zur Stärkung der Notfallversorgung bereitgestellt hat.

In den Beschlüssen ist festgehalten, dass Krankenhäuser, mit einem hohen Umfang an vorgehaltenen Notfallstrukturen (z. B. regionale/überregionale Traumazentren) besser gestellt werden sollen als Krankenhäuser mit einem geringeren Umfang.

Wichtig dabei ist für Krankenhäuser die an der Notfallversorgung teilnehmen, dass hier differenzierte Zuschläge je nach Versorgungsstufe vorgenommen werden.

Plan ist es, bis 31. November 2016 ein gestuftes System zur Vergütung vorgehaltener Notfallstrukturen festzulegen.

Hierzu wurden für den G-BA-Beschluss gesetzliche Mindestvorgaben für die Teilnahme an der Notfallversorgung vorgegeben, wie Vorhaltung bestimmter Abteilungen, rund um die Uhr Bereitschaft und ausreichende Intensivkapazität.

Alles Strukturen und Vorgaben, die sich im TNW der DGU wiederspiegeln

Aus der Sicht der DGU ist das politische Signal gut und damit auch ein erster Schritt in die richtige Richtung getan. Dennoch ist es erforderlich, dass das Thema Notfallversorgung und die damit verbundenen notwendigen Vorhaltekosten im Fokus bleiben und der Öffentlichkeit bekannt gemacht werden.

Im laufenden Jahr muss sichergestellt werden, dass die Beschlüsse ihre gewollte Wirkung auch erzielen. Es wäre katastrophal, wenn die guten Ansätze am Ende nur einen Tropfen auf den heißen Stein darstellen.

Häufig besteht ein Investitionsstau bei der technischen Ausstattung in der Notfallmedizin besteht, dies ist neben dem klinischen Aspekt der Versorgung ein weiterer Gesichtspunkt, der nicht außer Acht gelassen werden darf. Auch hier gilt für das eingangs gewählte Analogbeispiel: Jeder Bürger ist froh, wenn die Feuerwehr einen hohen Grad der Technisierung aufweist und mit den modernsten Mitteln zum Retten, Bergen, Löschen ausgerüstet ist. Dies wird auch entsprechend an den jeweiligen „Tagen der offenen Türen“ gerne gezeigt und positiv aufgenommen.

In gleicher Weise ist es auch für die Notfallversorgung erforderlich, dass diejenigen Krankenhäuser, die die größte Last der Notfallversorgung tragen, auch eine entsprechende Infrastruktur haben, d. h. in der Lage sind, entsprechende Investitionen für moderne leistungsfähige Geräte zu tätigen.

Dies ist ein Gesichtspunkt der nach der derzeitigen Beschlusslage durch Zuschläge allein nicht gelöst werden kann. Hier sind weitere Schritte erforderlich, um eine entsprechende zeitgemäße apparative Aufstellung für die Häuser zu ermöglichen, welche die Hauptlast der Notfallversorgung tragen.

Letztendlich ist allen damit gedient eine effiziente und flächendeckende Notfallversorgung für alle Bürger in Deutschland zu gewährleisten. Dies sollte nicht an Kosten scheitern.

Literatur beim Verfasser

Gebhard F. Finanzierung der Notfallversorgung. Passion Chirurgie. 2016 Mai, 6(05): Artikel 07_01.