

Zu- und Abschläge für stationäre Notfallversorgung: Jetzt wird es ernst!

Worauf müssen sich die Krankenhäuser einstellen?

Biersdorfer Krankenhausgespräche
Biersdorf am See, 14.09.2017

Johannes Wolff
Referatsleiter Krankenhausvergütung
GKV-Spitzenverband

KHSG–Agenda: Förderung guter, Sanktionierung schlechter Mengen

Alternative Formen der Mengensteuerung – ein Paradigmenwechsel tut not

Biersdorfer Krankenhausgespräche
Biersdorf am See, 13. September 2012

Johannes Wolff
Referatsleiter Krankenhausvergütung
GKV–Spitzenverband

Welche Ursachen hat die Mengensteigerung?

→ „Gute Menge“ vs. „Böse Menge“

- **Gute Menge:** Morbidität, Innovation/technischer Fortschritt (+/-), Patientenpräferenz,
- **Böse Menge:** Leistungserbringung aus wirtschaftlichen Gründen – „Hamsterrad“, Arztverträge, Upkoding.

- Die Suche nach DER Ursache ist nahezu aussichtslos.
- Gerichtsfest Beweisen kann man Leistungserbringung aus wirtschaftlichen Gründen nicht.

KHSG–Agenda: Förderung guter, Sanktionierung schlechter Mengen

Gute Mengen	Böse Mengen
Qualitätszuschläge	Qualitätsabschläge
Qualitätsverträge	Absenkung von Bewertungsrelationen
Mehrkosten G–BA	Repräsentative Kalkulationsstichprobe
Nicht–mengenanfällige Leistungen	Sachkostenvergütung
Notfallversorgung	Menge unter Mindestmenge
Sicherstellungszuschläge	Fixkostendegressionsabschlag
Zentrumszuschläge	

Die Rolle der Notfallversorgung für das Krankenhaus

- ▶ Sektorspezifisches Szenario: Teilnehmer in den stationären Notfallstufen
- ▶ Sektorübergreifendes Szenario: Zugang zur stationären Notfallversorgung

Zentrum als Finanzierungsinstrument: Das kann das DRG-System

- ▶ Das DRG-System (**finanziert am Fall**):
 - homogene Behandlungsinhalte je DRG
 - unterschiedlicher Aufwand bei gleichartiger Verteilung zwischen Krankenhäusern je DRG

- ▶ Das DRG-System wird durch ergänzende Finanzierungsinstrumente begleitet (**finanziert am Fall**):
 - teure, nicht regelmäßige Behandlungen (“Zusatzentgelte”)
 - Methode zur Implementierung neuer Untersuchungs- und Behandlungsmethoden („NUB-Verfahren“)

- ▶ Ein NotFALL wird regelhaft mit DRG am Fall finanziert!

Zentrum als Finanzierungsinstrument: Das kann das DRG-System nicht

- ▶ Das DRG-System hat ein Problem mit Tatbeständen, die nicht an allen KHs vorliegen **und**
 - Vorhaltung betreffen **nicht finanzierbar über Fälle** (Besondere Einrichtungen, Sicherstellung, Notfall) **oder**
 - Leistungen „für andere“ betreffen **nicht finanzierbar über Fälle** (Ausbildungsstätten, Zentren)
- ▶ Wünschenswerte Tatbestände mit Zuschlägen finanzieren und so erhalten, um einen Rückzug der KHs zu verhindern
- ▶ Indirekte Verbindung zu Planungsvorgaben trotz Legitimation über Finanzierung



Status quo

Standorte mit Notfallabschlag 2014



Spitzenverband

- ▶ 143 Krankenhäuser haben im Jahr 2014 einen Abschlag für die Nichtteilnahme an der Notfallversorgung vereinbart.
- ▶ Bei Krankenhäusern mit Notfallabschlägen handelt es sich insbesondere um Fachkliniken mit einem stark eingeschränkten Leistungsspektrum (Venenklinik, Augenklinik etc.)
- ▶ Die bundesweite Umsetzung erfolgt nicht, unvollständig oder uneinheitlich.



Neuregelung durch das KHSG (stationäre Notfallversorgung)

- ▶ § 136c Absatz 4 SGB V
„Der Gemeinsame Bundesausschuss beschließt bis zum 31. Dezember 2017 ein gestuftes System von Notfallstrukturen in Krankenhäusern, einschließlich einer Stufe für die Nichtteilnahme an der Notfallversorgung.
- ▶ **Hierbei sind für jede Stufe der Notfallversorgung insbesondere Mindestvorgaben zur Art und Anzahl von Fachabteilungen, zur Anzahl und Qualifikation des vorzuhaltenden Fachpersonals sowie zum zeitlichen Umfang der Bereitstellung von Notfalleleistungen differenziert festzulegen.**
- ▶ Der Gemeinsame Bundesausschuss berücksichtigt bei diesen Festlegungen planungsrelevante Qualitätsindikatoren [...], soweit diese für die Notfallversorgung von Bedeutung sind. [...]

Stationäres Notfallstufenkonzept GKV-Stufenmodell inkl. Module



Spitzenverband

Module

Grundmodell

Kindernotfall-
versorgung

Schwerverletzten-
versorgung

Umfassende Notfallversorgung

Umfassende Notfall-
versorgung < 18 Jahre

Erweiterte Notfallversorgung

Erweiterte Notfallversorgung
< 18 Jahre

Überregionale
Traumazentren

Basisnotfallversorgung

Basisnotfall-
versorgung
< 18 Jahre

Spezialversorgung (Kein Zu- und Abschlag!)

- Psychiatrische Krankenhäuser
- Besondere Einrichtungen

Keine Teilnahme an der strukturierten Notfallversorgung

Systematik der Mindestanforderungen im GKV–Stufenmodell

- ▶ Es werden Mindeststandards für die Notfallversorgung festgelegt:
 - Art und Anzahl der Fachabteilungen
 - Anzahl und Qualifikation des vorzuhaltenden Fachpersonals
 - Kapazität zur Versorgung von Intensivpatienten
 - Medizinisch–technische Ausstattung
 - Strukturen und Prozesse der Notfallaufnahme
- ▶ Alle Anforderungen sind an **24 Stunden/7 Tage pro Woche am Standort** zu erfüllen!
- ▶ Alle Anforderungen der niedrigeren Stufe(n) sind **mit zu erfüllen**.

Basisnotfallversorgung

Kernelemente

- ▶ Fachabteilungen:
 - Innere Medizin, Chirurgie und Anästhesiologie
- ▶ Personalanforderungen:
 - Ein Arzt und eine Pflegekraft, die für die Notfallversorgung verantwortlich sind.
 - Es ist jeweils ein **Facharzt** im Bereich Innere Medizin, Chirurgie und Anästhesie innerhalb von maximal 30 Minuten am Patienten.
- ▶ Das Krankenhaus hält eine Intensivstation vor.
- ▶ Das Krankenhaus hält die folgende medizinisch-technische Ausstattung vor:
 - einen Schockraum von mind. 25 qm Größe
 - 24-stündig verfügbare computertomografische Bildgebung

Basisnotfallversorgung: Kernelemente

- ▶ **Strukturierte Ersteinschätzung von Notfällen (Triage)**
 - Strukturiertes und validiertes System zur Behandlungspriorisierung
 - Einschätzung spätestens 10 Minuten nach Eintreffen

- ▶ **Aufnahme von Notfällen in einer Zentralen Notaufnahme (ZNA)**
 - Zukünftig eigene Fachabteilung
 - Ausnahme: Kinder- und Jugendmedizin und Gynäkologie und Geburtshilfe
 - Standortdefinition geschaffen, ZNA zukünftig geokodiert

Allgemeine Anforderungen Prozess der Notfallaufnahme

- ▶ Der Patient muss im Notfall wissen,
 - wo (Zentrale Notaufnahme),
 - wann (rund um die Uhr)
 - von wem (Facharzt am Patienten in max. 30 min)
 - er behandelt wird!

- ▶ Struktur dem Patienten anpassen!



Universitätsklinikum Ulm
Kompetenzzentrum für Ihre Gesundheit
Notfallnummern

Notaufnahmen des Universitätsklinikums
Sie können bei Notfällen tagsüber, aber in vielen Bereichen auch nachts, am Wochenende und an den Feiertagen in unsere Notaufnahmen kommen. Bitte beachten Sie Informationen zu den einzelnen Fachgebieten!

Augenklinik	HNO	Psychiatrie
Chirurgie	Innere Medizin	Urologie
Dermatologie/Allergologie	Kinderklinik	Zahnkliniken
Frauenklinik	Kinder- und Jugendpsychiatrie	

Quelle: <http://www.uniklinik-ulm.de/?id=29609>

Erweiterte Notfallversorgung

Fachabteilungen



Spitzenverband

Kategorie A Primäre Notfallversorgung	Kategorie B Sekundäre Notfallversorgung
Neurochirurgie	Pneumologie
Unfallchirurgie	Pädiatrie
Neurologie	Kinderkardiologie
Frauenheilkunde und Geburtshilfe	Neonatologie
Kardiologie	Kinderchirurgie
Gastroenterologie	Gefäßchirurgie
Innere Medizin, Chirurgie, Anästhesiologie + 4 Fachabteilungen, davon mindestens 2 aus Kategorie A am Standort	Thoraxchirurgie
	Urologie
	HNO
	Augenheilkunde
	Zahn- und Kieferheilkunde, Mund- und Kieferchirurgie

Erweiterte Notfallversorgung

Anforderungen

- ▶ Medizinisch-technische und personelle Ausstattung zur Versorgung der Tracer Diagnosen
- ▶ Hubschrauberlandestelle in unmittelbarer Nähe des Schockraums
 - Patientenverlegung auf dem Luftwege ohne Zwischentransport
 - Ausnahme: Nichtgenehmigung der Hubschrauberlandestelle aus Gründen außerhalb des Verantwortungsbereichs des Krankenhauses
- ▶ Intensivstation mit mindestens 10 Intensivbetten
- ▶ Kurzliegerstation mit mindestens 6 Betten
 - Patienten verbleiben dort zur Abklärung des weiteren Behandlungsweges unter 24 Stunden.

Umfassende Notfallversorgung

Fachabteilungen



Spitzenverband

Kategorie A Primäre Notfallversorgung	Kategorie B Sekundäre Notfallversorgung
Neurochirurgie	Pneumologie
Unfallchirurgie	Pädiatrie
Neurologie	Kinderkardiologie
Frauenheilkunde und Geburtshilfe	Neonatologie
Kardiologie	Kinderchirurgie
Gastroenterologie	Gefäßchirurgie
Innere Medizin, Chirurgie, Anästhesiologie + 6 Fachabteilungen, davon mindestens 4 aus Kategorie A am Standort + 20 Intensivbetten	Thoraxchirurgie
	Urologie
	HNO
	Augenheilkunde
	Zahn- und Kieferheilkunde, Mund- und Kieferchirurgie
	Hämatologie und internistische Onkologie

Stationäres Notfallstufenkonzept: GKV Folgeabschätzung (FA und Großgeräte)

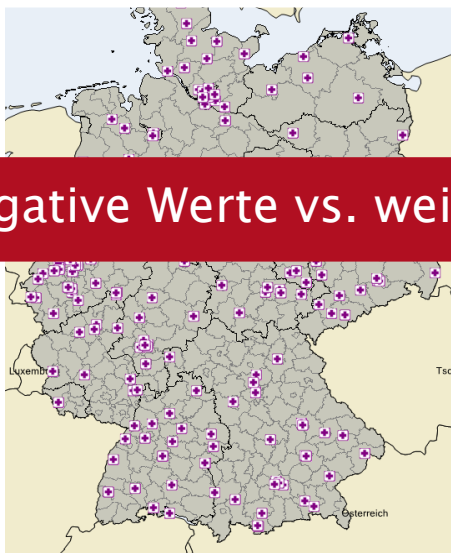


Spitzenverband

Basisnotfallversorgung
(774 Standorte)

Erweiterte
Notfallversorgung
(219 Standorte)

Umfassende
Notfallversorgung
(77 Standorte)



Falschnegative Werte vs. weitere Kriterien

655 Standorte nehmen nicht an der Notfallversorgung teil.

Folgeabschätzung des GKV-Modells auf Basis von Daten zu insg. 1.724 Standorten (nur somatische Krankenhäuser ohne Belegkliniken)

Krankenhaus: Wer macht heute stationäre Notfallversorgung?

- ▶ Gerechte **Umverteilung** von Notfallvorhaltekosten zwischen Nichtteilnehmern und Teilnehmern
- ▶ Ohne ausreichend Abschläge zu geringe Zuschläge, Zielgröße Teilnehmer/Nichtteilnehmer:
 - Anteil der KHs mit ZNA: ca. 70 % (DKI)
 - Anteil der KH mit Intensivbetten: ca. 70 % (Destatis)
 - Anteil der KH mit Abrechnung geg. KV: 70 % (EFN)
 - Anteil der KH als Notfallversorger in Hessen: 60 % (KH-Planung)
- ▶ Höchstteilnehmerzahl daher: um 60 %
- ▶ **Pyramidale Form wird über FA, Großgeräte und Intensivbetten skaliert.**
- ▶ **Stellungnahmen aller Fachgesellschaften im G-BA unterstützen die GKV!**

Befragung der Krankenhäuser durch das IGES-Institut

- ▶ Ziel: Auswirkungsanalyse der Konzepte der Bänke auf die vorhandenen Versorgungsstrukturen.
- ▶ Erhebungsmethode: Befragung aller zugelassenen Krankenhäuser
 - Start der Befragung: 10.07.2017
 - Ende der Befragung: 31.08.2017
 - Interessant: FA-Definition, Schwerpunkte Innere Medizin, Großgeräte
- ▶ Ergebnisbericht des IGES: 21.09.2017
- ▶ Beschlussfassung des G-BA: bis zum 31.12.2017

Finanzierung der Notfallversorgung Neuregelung durch das KHSG

- ▶ § 9 Abs. 1a Nr. 5 KHEntgG
- ▶ „(1a) Die Vertragsparteien auf Bundesebene vereinbaren [...]
- ▶ bis zum 30. Juni 2018 die Höhe und die nähere Ausgestaltung der Zu- und Abschläge für eine Teilnahme oder Nichtteilnahme von Krankenhäusern an der Notfallversorgung, wobei bei der Ermittlung der Höhe der Zu- und Abschläge eine Unterstützung durch das DRG-Institut vorzusehen ist; die Zu- und Abschläge müssen sich auf das Stufensystem zu den Mindest-voraussetzungen für eine Teilnahme an der Notfallversorgung beziehen, das [...] vom Gemeinsamen Bundesausschuss zu entwickeln ist.“

Umverteilung von Geld zwischen Krankenhäusern (1 / 2)

- ▶ Es wird Geld umverteilt: Krankenhäuser, die wenig Notfallstrukturen vorhalten, geben Geld ab an Krankenhäuser, die viele Notfallstrukturen vorhalten.
- ▶ Ziel: Die Notfallversorgung wieder attraktiver machen!
GKV mit „**Robin-Hood-Motiv**“
- ▶ Wie bestimmt sich der Zuschlag?
 - Das InEK konnte den „Vorteil der Nichtteilnahme an der Notfallversorgung“ in der Vergangenheit nicht kalkulieren.
 - Eine normative Festlegung der Zu- und Abschläge ist wahrscheinlich.
Orientierung am 50-Euro-Abschlag?

Umverteilung von Geld zwischen Krankenhäusern (2/2)

Umverteilungsmodelle:

- ▶ DKG: Der LBFW wird um das Volumen der Zuschläge abgesenkt.
 - Bringt nichts, wenn es keine Nichtteilnehmer gibt.
Die Umverteilungswirkung wird dann auf die Teilnehmerstufen reduziert.
 - Gefahr: Der Zuschlag kann zum Abschlag werden!
(15 Euro absenken, alle nehmen irgendwie teil => 5 Euro Zuschlag in Basisklasse)
- ▶ GKV: Es wird ausschließlich das Abschlagsvolumen in Form von Zuschlägen ausgeschüttet.
 - Es gibt nur Zuschläge, wenn es auch Abschläge gibt.
 - Nur eine ausreichende Anzahl an Häusern mit Abschlag führt zu einer relevanten Umverteilung.

Volumen/Notfallparadoxon

Umverteilungsvolumen GKV-Modell:

- ▶ Bei ca. 6 Mio. Abschlagsfälle zu je 50 Euro je vollstat. Fall = 300 Mio. Euro Umverteilungsvolumen.
- ▶ Zuschläge der Versorgungsstufe nach differenziert.
- ▶ Mischung aus Fixum und fallabhängiger Komponente prüfen – **Notfallparadoxon.**
- ▶ Ergebnis: „Kompression“ der Notfallvorhaltekosten wird beendet!

Agitprop der DKG in „das Krankenhaus“

10.2016 das
Krankenhaus



Editorial

DKG-Hauptgeschäftsführer Georg Baum

Alarm aus dem Schockraum

- ▶ „Massenhaft würden sich Krankenhäuser veranlasst sehen, auch aus der ambulanten Notfallversorgung auszusteigen. Im ganzen Land wäre mit Protesten zu rechnen.“ [...] „Wie schon bei anderen Strukturqualitätsprojekten werden idealtypische Vorstellungen, zum Beispiel zentrale Notaufnahmen [...] zur exekutierenden Norm gemacht“
- ▶ „Umgekehrt stellt sich aber die Frage, welche Kostenteile aus den vorgehaltenen Bereichen der stationären Notfallstrukturen **bereits über die DRG-Kalkulation den jeweiligen Leistungen zugeordnet** sind. Dies dürfe bei vielen Fallpauschalen [...] der Fall sein.“

Agitprop der DKG in „das Krankenhaus“

10.2016 das Krankenhaus



Editorial

DKG-Hauptgeschäftsführer Georg Baum

Alarm aus dem Schockraum

► „Massenhaft würden sich Krankenhäuser veranlasst sehen, aus der ambulanten Notfallversorgung zu steigen. Im ganzen Land zu rechnen.“ [...]

**Verschiebung um noch ein weiteres Jahr?
DKG verweigert aktuell Zuspiegelung von Daten zur Ergänzung der Ergebnisse!**

► „Umgekehrt sind die stationären Notfallstrukturen **bereits über die DRG-Kalkulationen** den jeweiligen Leistungen zugeordnet sind. Dies dürfe bei vielen Fallpauschalen [...] der Fall sein.“

Die Rolle der Notfallversorgung für das Krankenhaus

- ▶ Sektorspezifisches Szenario: Teilnehmer in den stationären Notfallstufen
- ▶ Sektorübergreifendes Szenario: Zugang zur stationären Notfallversorgung

Sektorübergreifendes Szenario: Zugang zur stationären Notfallversorgung

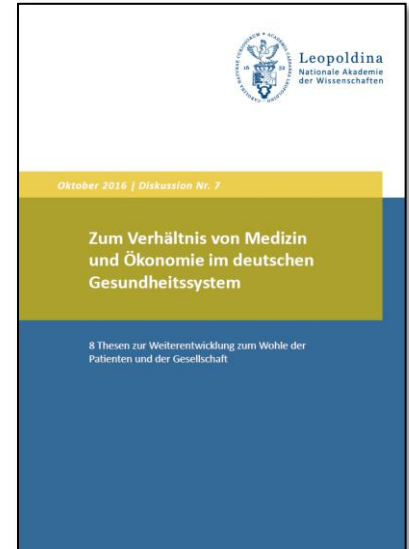
Beschränkung des Zugangs zur Notfallversorgung auf drei Arten:

1. Konzentration der Notfallversorgung (Teilnehmerzahl)
 2. Steuerung des Zugangs von ambulanten und stationären Notfallpatienten in die angemessene Versorgungsebene
 3. Steuerung des Zugangs von Notfallpatienten durch den Rettungsdienst in geeignete Krankenhäuser
- ▶ **Die Auswirkungen dieses Szenarios übersteigen die Auswirkung der stationären Notfallstufen bei weitem!**

Leopoldina–Thesen zur Weiterentwicklung des Gesundheitssystems

Auszug:

„Hätte Deutschland die Krankenhausstruktur von Dänemark mit einem Krankenhaus pro 250.000 Einwohner, wären es bei uns 330 – und alle mit CT, MRT (Magnetresonanztomographie) und Fachärzten für Innere Medizin/Kardiologie, Allgemeinchirurgie, Unfallchirurgie und Anästhesie/Intensivmedizin, die rund um die Uhr und an allen Tagen der Woche verfügbar sind.



Werkstattgespräch des SVR am 07.09.2017

SVR
GESUNDHEIT

Finanzierung integrierter Notfallzentren

- **Zahlungsströme, Trägerschaft und Betreiber**
 - **Kassen/PKVen zahlen direkt an integriertes Notfallzentrum (INZ)** (eigenständige organisatorische / wirtschaftliche Einheit, aus Krankenhaus herausgelöst, aber auf Campus angesiedelt!)
 - INZ kompensiert **Leistungen der Krankenhausnotaufnahme** sowie des **kassenärztlichen Bereitschaftsdienstes**
 - Bundesland erstellt **Plan für Notfallversorgung** und legt INZ Standorte fest/ auch **Ausschreibungslösung** denkbar
 - **Trägerschaft INZ:** KV und Krankenhaus; **Betreiber INZ:** KV

```

graph LR
    A[Krankenkassen / PKV] -- Direktvergütung --> B[Integriertes Notfallzentrum]
    subgraph C [Klinik mit wirtschaftlich eigenständigem INZ]
        B -- kompensiert --> D[Kassenärztlicher Bereitschaftsdienst]
        B -- kompensiert --> E[Krankenhausnotaufnahme]
    end
            
```

Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen

Integriertes Notfallzentrum:

- ▶ eigenes Budget
- ▶ eigene Organisation
- ▶ versorgt ambulant und stationär
- ▶ Betrieb durch KV
- ▶ geplant durch das Land

- ▶ Zugang ins Krankenhaus nur über INZ

Unabhängiges Integriertes Notfallzentrum?

- ▶ Nicht in jedem Krankenhaus wird ein INZ betrieben werden (können).
 - Erreichbarkeitsnormen ambulant?
 - **Erst Planungsversagen der Länder, jetzt neue Aufgaben?**
- ▶ Fähigkeit der KVen zum Betrieb des INZ gegeben?
 - **Erst drohender Entzug des Sicherstellungsauftrags der KV, jetzt neue Aufgaben?**
 - Lust der KV auf Sicherstellung? Ausreichend qualifizierte Ärzte?
 - Neues Geschäftsmodell für die KV (Abtretung gegen Entgelt)?
 - Was, wenn die KV nichts tut (was überhaupt)?
- ▶ Lösen immer neue „Beauftragte“ das Problem?
 - Sektorintegration vs. neue Schnittstellen und neue Insellösungen

Unabhängiges Integriertes Notfallzentrum?

- ▶ Nicht in jedem Krankenhaus wird ein INZ betrieben werden (können).

- Erreichbarkeitsnormen ambulant?
- Erst Planungsversagen der Länder, jetzt neue Aufgaben?

- ▶ Fähigkeit der

- Erst drohende Aufgaben?
- Lust der KV
- Neues Gesch
- Was, wenn die KV nichts tut (was überhaupt)?

Der Zugang ins Krankenhaus wird durch das INZ gesteuert!

Kompensation stationärer Fälle durch ambulante Kapazitäten!

- ▶ Lösen immer neue „Beauftragte“ das Problem?

- Sektorintegration vs. neue Schnittstellen und neue Insellösungen

Positionspapier des GKV–Spitzenverbandes für die nächste Legislaturperiode

- ▶ Die ambulante und die stationäre Notfallversorgung [...] **zentral „unter einem Dach“**. Hierzu bedarf es in Verbindung mit dem bereits gesetzlich etablierten **stationären Notfallstufenkonzept** ...
- ▶ ... auch **Vorgaben des G-BA**, die festlegen, an welchen und wie vielen Krankenhäusern **Notdienstpraxen** einzurichten sind. Der **Sicherstellungsauftrag der KVen** für die Notfallversorgung ist [...] einzufordern.
- ▶ [...] **Bundesweite Mindeststandards** sowie eine **digitale Infrastruktur** für den Rettungsdienst [...] müssen geschaffen werden. [...] Zu etablieren sind **integrierte Leitstellen** aus Rettungsleitstellen und Leitstellen des KV-Notdienstes [...].



Struktur: Positionspapier zur Neustrukturierung der Notfallversorgung

1. Handlungsbedarf: Notfallversorgung am Patienten orientieren
 2. Stationäres Notfallstufenkonzept als Basis der Neuordnung
 3. Notfallversorgung professionalisieren und konzentrieren
 4. Zentrale Notaufnahmen etablieren
 5. KV-Notdienstpraxen am Krankenhaus organisieren
 6. Triage und Steuerung in Versorgungsebenen
 7. Finanzierung der Krankenhausambulanzen überprüfen
 8. Qualitätsstandards für den Rettungsdienst einführen
 9. Gemeinsame Leitstellen etablieren
 10. Transparenz in der Notfallversorgung schaffen und Qualität steigern
- Motivation
- Krankenhaus
- Ambulant/
Stationär
- Rettungswesen

GKV-Modell: Ambulant/Stationär: Notdienstpraxis am Krankenhaus



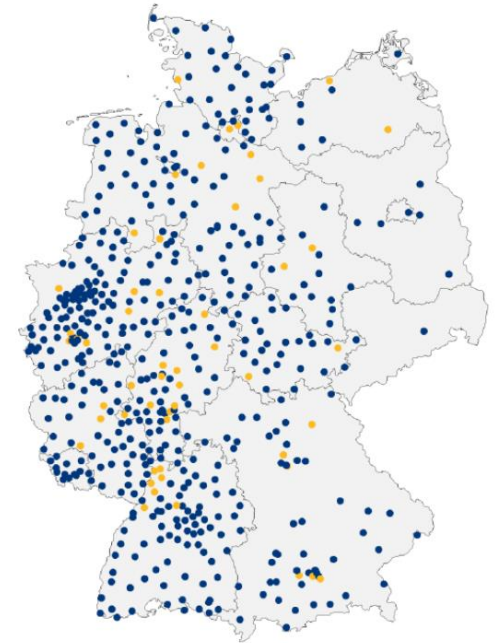
Spitzenverband

- ▶ Gemeinsame Disposition/Triage in Kooperation mit der KV!
- ▶ Definition des ambulanten Sicherstellungsauftrags der KV dringend geboten (i.V.m. stationärem Notfallstufenkonzept).
- ▶ Wird der Versorgungsauftrag von der KV nicht erfüllt, bestimmt der erweiterte Zulassungsausschuss das für den Versorgungsauftrag zuständige Krankenhaus.
- ▶ Die Finanzierung dieser Leistungen hat aus der vertragsärztlichen Gesamtvergütung zu erfolgen.

- = im oder am Krankenhaus
- = nicht im oder am Krankenhaus

Anzahl Praxen

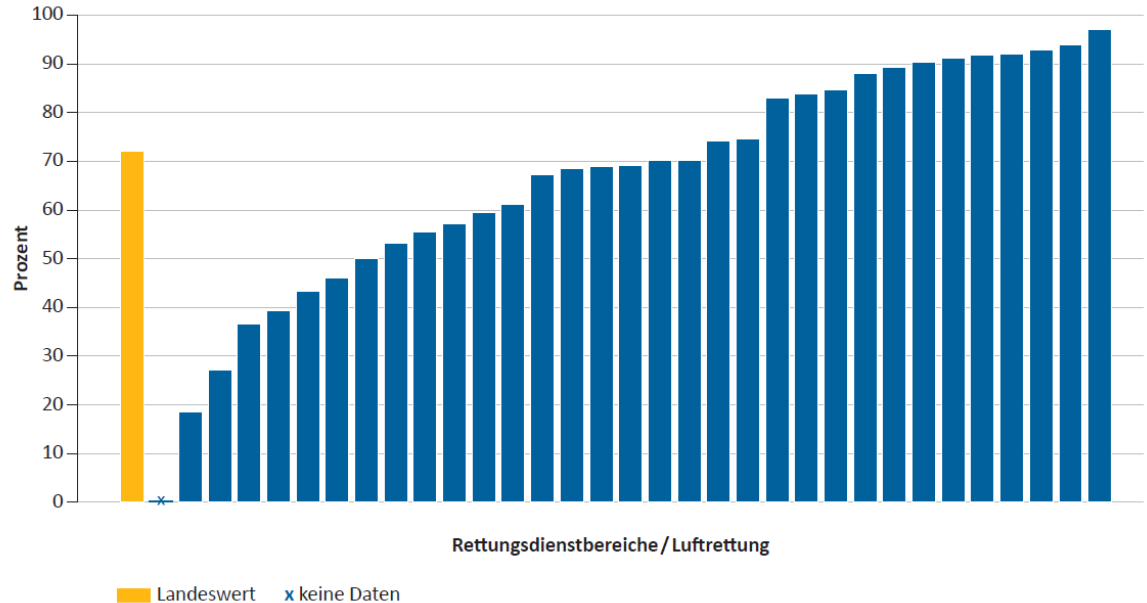
- 489
- 52



AQUA-Institut, eigene Recherche, Stand Juni 2016

Rettungswesen: Primärer Transport in geeignete Klinik (Polytrauma in Baden-Württemberg)

- ▶ Von 3.418 Patienten mit Polytrauma werden 71,2 % in ein geeignetes Krankenhaus transportiert.
- ▶ Das heißt mehr als ein Viertel der Patienten wird nicht primär in ein Traumazentrum transportiert!
- ▶ Insbesondere in Rettungsdienstbereichen, in denen es kein Traumazentrum gibt, werden Patienten häufiger in ein nahegelegenes, aber ungeeignetes Krankenhaus gebracht.



Quelle: SQR-BW, Qualitätsbericht 2015

Die Rolle der Notfallversorgung für das Krankenhaus

- ▶ Sektorspezifisches Szenario: Teilnehmer in den stationären Notfallstufen
 - Künftig zahlt Abschlüsse, wer es nicht in die Notfallstufen schafft

- ▶ Sektorübergreifendes Szenario: Zugang zur stationären Notfallversorgung
 - Künftig werden nur Fälle stationär aufgenommen, die die KV durchlässt
 - Künftig werden nur stationäre Fälle mit dem Rettungswagen geliefert, die geeignet versorgt werden können (z. B. Polytrauma, Verbrennungen, Herzinfarkt, Schlaganfall).

Vielen Dank für Ihre Aufmerksamkeit.

