

**Diplom-Volkswirt Georg Baum**
**Hauptgeschäftsführer Deutsche Krankenhausgesellschaft (DKG)**

# „Eine absolut unreale Fiktion“

Abrechnungsdaten der KV Berlin im dritten Quartal 2016 im Mittel 6 Patienten pro Stunde in der Ambulanz behandelt, rund 3 Patienten pro Stunde in der neu eingerichteten Portalpraxis. Zuzüglich der Vergütungen für Diagnostik kommt das Krankenhaus damit auf den Umsatz einer mittleren Haus- oder Facharztpraxis. Die gemeinsam behandelten Patientenzahlen sind aber insbesondere bei Ausbau der Portalpraxis noch steigerungsfähig. Auch die Notwendigkeit einer zutreffenden schnellen Ersteinschätzung durch nicht-ärztliches Personal erfordert Übung und Routine und spricht für eine Konzentration der Notfallambulanzen. Damit würde die Qualität der Notfallversorgung insgesamt deutlich gesteigert.[5] Dass dies notwendig ist, zeigt eine Analyse von Prof. Busse zur Sterblichkeit bei Herzinfarkten in Berlin.[6]

Wie könnte eine Lösung aussehen? Die Kassenärztlichen Vereinigungen etablieren eine telefonische Ersteinschätzung, die rund um die Uhr erreichbar ist und die Patienten an den richtigen Behandlungsort delegiert. Bereitschaftspraxen werden – auch zu den Praxisöffnungszeiten – an den Standorten zentraler Notfallambulanzen eingerichtet und übernehmen dort rund 50% der Patienten gemäß Ersteinschätzung. Die Krankenkassen werden verpflichtet, die prospektiven Mengenvereinbarungen je Krankenhaus danach auszurichten, welche alternativen ambulanten und stationären Versorgungsangebote vor Ort existieren, und wo erforderliche Mindestmengen erbracht werden. Stationäre Kapazitäten, die nach diesem Strukturwandel erforderlich sind, werden binnen 5 Jahren abgebaut. In ländlichen Regionen würden kleine Krankenhausstandorte durch ambulante Versorgungszentren ergänzt. Insgesamt würde die Zahl der Krankenhäuser etwa halbiert werden können. Folgt man dem jüngsten Krankenhaus-Report der AOK, wäre dies mit Blick auf die Personalsituation und die Versorgungsqualität kein Fehler. <<

## Literatur

1. Van den Heede K, van den Voorde C (2016) Interventions to reduce emergency department utilisation: A review of reviews. Health Policy 120; 12: 1337–1349
2. Schmiedhofer, M et al (2016) Patient motives behind low-acuity visits to the emergency department in Germany. BMJ Open. 2016 Nov 16;6(11)
3. Albrecht M et al (2016) Ambulantes Potenzial in der stationären Notfallversorgung; IGES Berlin
4. Neubauer G (2016) Kritische Analyse des „Gutachten zur ambulanten Notfallversorgung im Krankenhaus-Fallkostenkalkulation und Strukturanalyse“; IfG München
5. Geissler A et al (2017) Umgestaltung der Notfallversorgung. In: Klauber J et al (Hg.) Krankenhaus-Report 2017, Stuttgart: 41-59
6. Busse R (2015) Wie sollte die Notfallversorgung in Berlin und Brandenburg aussehen? https://www.mig.tu-berlin.de/fileadmin/a38331600/2015.lectures/Potsdam_2015.11.11.bw-Notfallversorgung2030.pdf

>> Es braucht wenig, um zu beweisen, dass Wissenschaft bzw. Pseudowissenschaft manchmal im Elfenbeinturm ist und nichts von Wirklichkeit mitbekommt. Oder aber, dass Wissenschaft aus dem Elfenbeinturm hinabgestiegen ist und sich als willfähriger Helfer für platte Kampagnen verdingt.

Nun bleibt zu fragen, welches dieser beiden Motive das Zentralinstitut (Zi) für die kassenärztliche Versorgung bewogen hat, mit einer Rechnung an die Öffentlichkeit zu gehen, die zwar den mathematischen Fertigkeiten eines Drittklässlers genüge trägt und auch korrekt ist, aber in ihrer Aussagekraft so überflüssig und wichtig ist, wie der berühmte Reissack in China.

Unterausgelastet seien die Notfallambulanzen, denn rein statistisch gäbe es nur einen Fall pro Krankenhaus und Stunde. Zwangsläufig seien sie deshalb defizitär. Man sollte Bereitschaftspraxis und Notfallambulanz kombinieren, wie schon praktiziert, denn käme man auf rund sechs Fälle pro Stunde.

Zu wenige Patienten kommen also nach Auffassung des Zi in die Notfallambulanzen. Komisch, dass Patienten, Ärzte und Pflegepersonal dieses nicht so empfinden. Insbesondere Patienten, wenn sie in der Realität eine Notfallambulanz aufsuchen müssen, weil die niedergelassenen Kollegen am Mittwochnachmittag lieber keine Praxis öffnen oder der ärztliche Bereitschaftsdienst sie in das Krankenhaus weitergeschickt hat. Wirklichkeit trifft Taschenrechner.

Je verkrampfter das Zi glaubt, die stationären Nicht-Bedarfe errechnen zu können, umso deutlicher wird, dass die Ansiedlung der ambulanten fachärztlichen Versorgung an den Krankenhäusern in der überwiegenden Zahl der europäischen Länder das logischere Versorgungsmodell ist. Denn Daseinsvorsorge, wie sie durch Krankenhäuser sichergestellt wird, kann niemals zur Disposition stehen – die doppelte Facharztschiene sehr wohl.

Die gesamte Berechnung ist schlicht und ergreifend eine Chimäre, eine absolut unreale Fiktion. Es wäre sinnvoller, sich mit der Versorgung von Patienten auseinanderzusetzen, als Wirklichkeit negieren zu wollen. Die Patienten stimmen mit den Füßen ab. Und damit muss man sich auseinandersetzen. Dies also dadurch ausblenden zu wollen, dass man die Unterdeckung der Notfallambulanzen durch eine angebliche Nicht-Inanspruchnahme der Ambulanzen begründet sieht, ist unredlich und auch widersinnig.

Und diese Unterdeckung ergibt sich, dass sollte auch KV-Wissenschaftlern klar sein, aus den Vorhaltekosten und den zu geringen Abrechnungsmöglichkeiten. Ein Krankenhaus ist schlicht und ergreifend nicht mit einer Arztpraxis zu vergleichen. Weder in seiner Struktur noch im Leistungsangebot.

Was wir aber doch zum jetzigen Zeitpunkt brauchen, sind nicht überflüssige und polemische Zuspitzungen oder rechnerische Taschenspielertricks.

Feststeht: Die KVen kommen ihrem Sicherstellungsauftrag für die ambulante Notfallversorgung nicht flächendeckend nach.

Feststeht ebenfalls: Die Notfallambulanzen sind überlastet. Dies kann jeder überprüfen, wenn er eine Ambulanz aufsucht oder mit einem Mitarbeiter spricht.

Und zudem steht fest: Die Vergütung für ambulante Notfälle reichte schon in der bisherigen Form nicht aus, und nach dem 01.04.2017 wird es noch schlechter.

Es ist also dringend geboten, zum einen die Ist-Strukturen an die Versorgungsrealität anzupassen. Nur weil KVen ambulant vor stationär sagen, hat kein Patient einen Termin beim niedergelassenen Arzt.

Wir müssen zum anderen als Krankenhäuser die Vergütung selber und direkt mit den Krankenkassen vereinbaren und abrechnen können. Die Ausgliederung der Mittel für die ambulanten Notfälle in den Krankenhäusern aus der KV-Zuständigkeit ist überfällig und wie Hochschulambulanzen und ASV zeigen leicht machbar. Bis zur Umsetzung muss die Politik die provokative Skandalvergütung im EBM für Krankenhäuser mit gesetzlich verfügten Zuschlägen so ergänzen, dass eine sachgerechte Vergütung der ambulanten Leistungen der Krankenhäuser möglich wird. <<