

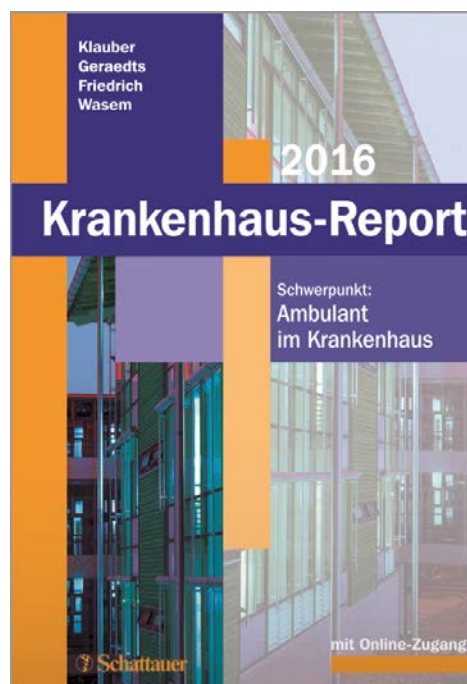
Krankenhaus-Report 2016

„Ambulant im Krankenhaus“

Jürgen Klauber / Max Geraedts /
Jörg Friedrich / Jürgen Wasem (Hrsg.)

Schattauer (Stuttgart) 2016

Auszug Seite 29-41



2	Ambulante Leistungen von Krankenhäusern im europäischen Vergleich	29
	<i>Alexander Geissler, Wilm Quentin und Reinhard Busse</i>	
2.1	Einleitung.....	30
2.2	Kennzahlen.....	31
2.3	Organisation	36
2.4	Notfallversorgung und Zugang zum Krankenhaus.....	37
2.5	Zusammenfassung.....	39

2 Ambulante Leistungen von Krankenhäusern im europäischen Vergleich

Alexander Geissler, Wilm Quentin und Reinhard Busse

Abstract

Im Gegensatz zu vielen anderen Ländern Europas werden in Deutschland ambulante Leistungen traditionell zumeist außerhalb von Krankenhäusern erbracht. Ein internationaler Vergleich der Ausgaben für die ambulante Versorgung im Krankenhaus (in Deutschland 2,8%, in Portugal 39,8%), des Anteils der im Krankenhaus beschäftigten Ärzte, des Anteils an Tagesfällen und der Organisation der fachärztlichen Versorgung machen dies deutlich. Beispielhaft zeigt sich die hiermit einhergehende Problematik in der Notfallversorgung. Notaufnahmen der Krankenhäuser werden oftmals auch in weniger dringlichen Fällen in der Erwartung einer raschen ärztlichen Behandlung aufgesucht. Internationale Erfahrungen zeigen, dass Maßnahmen zur besseren Patientensteuerung wie die Einrichtung von vernetzten und integrierten Telefonzentralen, die Ausweitung von Angeboten außerhalb regulärer Sprechzeiten und die Schaffung von Strukturen für weniger dringliche Fälle innerhalb oder im Umfeld von Krankenhäusern helfen können, die Notaufnahmen zu entlasten. Derartigen innovativen und sektorenübergreifenden Versorgungsstrukturen steht jedoch die fehlende Harmonisierung von sektoralen Vergütungs- und Planungsstrukturen in Deutschland entgegen.

In contrast to many other European countries, ambulatory services in Germany are traditionally mostly provided outside of hospitals. This is evident in international comparisons when looking at the share of expenditures for outpatient care provided by hospitals (in Germany 2.8%, in Portugal 39.8%), the share of physicians working at hospitals, the share of day cases or the organisation of secondary care provision. However, in the context of emergency care services, patients' expectations of receiving more convenient and better accessible care for non-urgent or minor problems have led to increasingly crowded emergency departments. International experience suggests that different activities aiming at a better coordination of care, such as integrated call centers, extending out-of-hours services and offering ambulatory services within or nearby hospitals, can help to steer patients to the most appropriate provider. However, innovative and integrated health care service models are in conflict with the fragmented payment and planning structures in Germany.

2.1 Einleitung

Verschiedene Reforminitiativen haben in der Vergangenheit immer wieder versucht, die starke Trennung von ambulanter und stationärer Versorgung im deutschen Gesundheitssystem zu überwinden (zuletzt durch die Einführung der ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung im Jahr 2012). So wurde es einerseits Krankenhäusern zunehmend ermöglicht, ambulante Leistungen zu erbringen, und andererseits werden immer mehr Operationen, die vormals stationär im Krankenhaus erbracht wurden, nun in ambulanten Einrichtungen durchgeführt (SVR 2012).

Die für eine Überwindung der sektoralen Trennung erforderliche Harmonisierung der historisch gewachsenen und sektorspezifischen Organisations-, Planungs- und Finanzierungsmechanismen wurde jedoch bisher nicht weiter vorangebracht. Vielmehr wird nach wie vor z. B. bei der Krankenhausplanung im stationären Sektor bzw. bei der Bedarfsplanung im ambulanten Sektor das Leistungsangebot des jeweils anderen Sektors meist nur unzureichend berücksichtigt und die Parallelität von unterschiedlichen Vergütungssystemen setzt an verschiedenen Stellen Fehlreize für die beteiligten Akteure (Geissler und Busse 2015).

Nachteilig ist die sektorale Trennung insbesondere für Patienten, die im Laufe eines Behandlungsprozesses Leistungen aus beiden Sektoren in Anspruch nehmen. Sowohl vermehrte und verlängerte Wege als auch Kommunikationsbrüche können zur Verschlechterung des Ergebnisses in der Behandlungskette führen. Besonders deutlich werden Schnittstellendefizite in der Notfallversorgung. Diese wird zwar innerhalb beider Sektoren angeboten (Kassenärztlicher Bereitschaftsdienst vs. Notaufnahmen der Krankenhäuser), jedoch sind diese Angebote oftmals nur unzureichend miteinander verknüpft. Dies wird allein an der Vielzahl unterschiedlicher Notrufzentralen bzw. Leitstellen für die Verarbeitung von Notrufen sichtbar (SVR 2014).

Um die deutsche Versorgungssituation besser einordnen zu können, lohnt ein Blick in andere europäische Länder, um beispielsweise der Frage nachzugehen, wie dort die Arbeitsteilung zwischen ambulanten und stationären Leistungserbringern gestaltet ist und welche Rolle insbesondere Krankenhäuser dabei spielen. Dafür werden in diesem Kapitel zunächst Kennzahlen der Organisation für wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung (OECD) und der Weltgesundheitsorganisation (WHO) herangezogen, mit deren Hilfe sich der Grad der Ambulantisierung im Krankenhaus abschätzen lässt. Darüber hinaus wird die Teilnahme von Krankenhäusern an der ambulanten Versorgung im internationalen Vergleich auf Grundlage von standardisierten Gesundheitssystemvergleichen qualitativ näher beleuchtet. Aufgrund der steigenden Inanspruchnahme von ambulanten notfallmedizinischen Leistungen und der sich dabei aktuell wandelnden Rolle der Krankenhäuser werden abschließend international eingesetzte Instrumente zur Gestaltung der Schnittstelle von ambulanter und stationärer Versorgung anhand des Beispiels der Notfallversorgung diskutiert.

2.2 Kennzahlen

Da Gesundheitssysteme angesichts vielfältiger nationaler Anforderungen und Entstehungsgeschichten oftmals unterschiedliche Versorgungsstrukturen aufweisen, ist auch die Art und der Umfang der Leistungen, die innerhalb und außerhalb von Krankenhäusern erbracht werden, international sehr unterschiedlich (Paris et al. 2010). Dies spiegelt sich auch in den Datenstrukturen wider. In international vergleichenden Datenbanken werden oftmals für Deutschland die Zahlen der diversen Krankenhausstatistiken verwendet. Diesen mangelt es jedoch aufgrund der sektoralen Trennung an Informationen zum ambulanten Leistungsgeschehen, sodass insbesondere Aussagen zu Deutschland an der Schnittstelle zwischen ambulanten und stationären Leistungsbereichen im internationalen Vergleich schwierig sind. Zudem lassen sich in internationalen Datenbanken einzelne Leistungen aufgrund unterschiedlicher nationaler Definitionen teilweise nur schwer vergleichen. Dennoch und ungeachtet der schwierigen Datenlage und eingeschränkten Übertragbarkeit internationaler Erfahrungen auf Deutschland empfiehlt sich ein Vergleich mit anderen Ländern, da zum einen interessante (Reform-) Entwicklungen beobachtet werden können und zum anderen auch ein zumindest überblickartiger Vergleich der Organisationsarten durchgeführt werden kann.

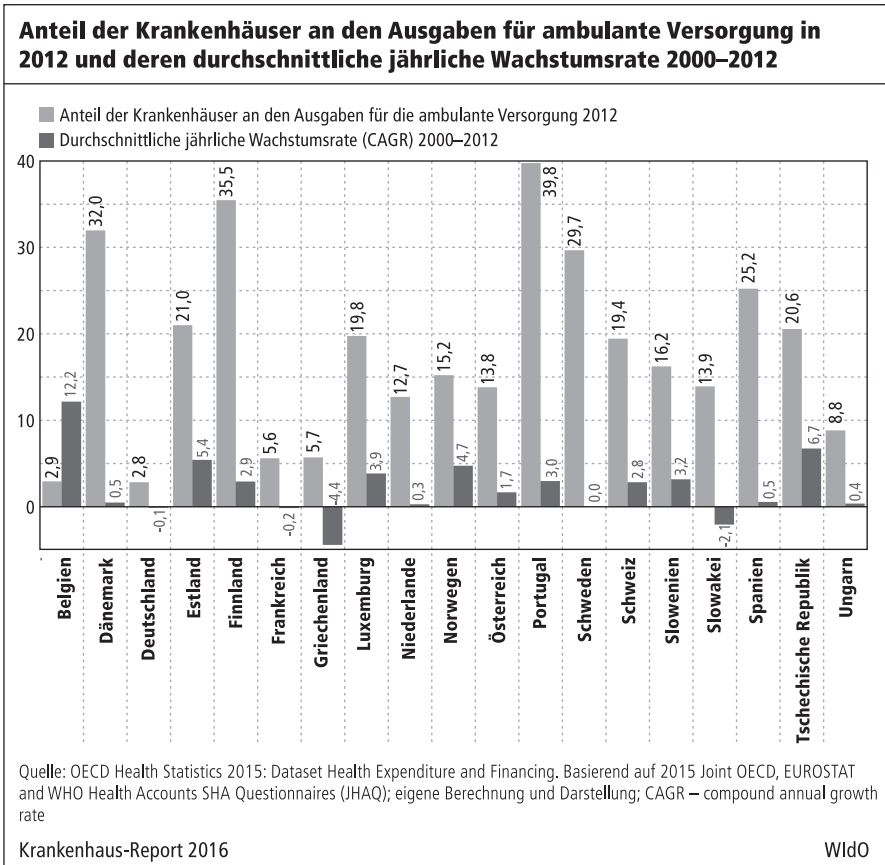
Auf Grundlage verfügbarer Datenquellen der OECD und WHO, die mit großem Aufwand (z. B. mit dem System of Health Accounts) standardisiert Daten erfassen und somit erst internationale Vergleiche ermöglichen (OECD 2011), werden im Folgenden beispielhaft Indikatoren betrachtet, die es zulassen, das ambulante Leistungsgeschehen in Krankenhäusern abzuschätzen. Zu diesen Indikatoren zählen der Ausgabenanteil für ambulante Leistungen in Krankenhäusern, der Anteil von Ärzten, der in Krankenhäusern beschäftigt ist, und die Anzahl von Tagesfällen bzw. ambulanten Operationen in Krankenhäusern.

Ausgaben

Daten zu den Ausgaben von einzelnen Leistungserbringergruppen im Gesundheitswesen sind – auch ohne Angabe der maßgeblich bestimmenden Preis- und Mengenrelationen – ein guter Indikator für eine Grobeinschätzung auf Makroebene; insbesondere dann, wenn sie auch im Zeitverlauf verfügbar sind.

Ein Vergleich der Ausgaben in 19 europäischen Ländern für die ambulante Versorgung in Krankenhäusern (Abbildung 2–1) zeigt deutlich dass Deutschland, aber auch Belgien relativ wenig ambulante Leistungen in Krankenhäusern erbringen (2,8% bzw. 2,9% der Ausgaben). Im Gegensatz dazu fließen in anderen Ländern ein Viertel und mehr aller Ausgaben für ambulante Leistungen an Krankenhäuser (z. B. in Dänemark, Finnland, Portugal, Schweden oder Spanien). Betrachtet man die Entwicklung der Ausgaben anhand der durchschnittlichen jährlichen Wachstumsraten für ambulante Krankenhausleistungen der letzten Dekade, so zeichnet sich für die meisten Länder ein Trend zur Ausgabensteigerung in diesem Bereich ab. Insbesondere in Belgien werden offensichtlich ausgehend von einem niedrigen Niveau nun deutlich mehr ambulante Leistungen in Krankenhäusern erbracht. Für Deutschland zeigt sich seit dem Jahr 2000 eine leicht negative Wachstumsrate in diesem Ausgabenbereich.

Abbildung 2–1



Personal

Der Anteil der im Krankenhaus tätigen Ärzte an der Gesamtheit aller praktizierenden Ärzte kann als Maß für die Leistungsbreite (einschließlich ambulanter Leistungen) von Krankenhäusern dienen, da umso weniger Leistungen außerhalb von Krankenhäusern angeboten werden können, je größer dieser Anteil ist. Tabelle 2–1 zeigt den Anteil für die zuletzt verfügbaren Datenjahre für 17 Länder. Es wird deutlich, dass es innerhalb Europas sehr große Unterschiede gibt. Folgt man den Zahlen der OECD, sind in Belgien nur ca. 25 % aller praktizierenden Ärzte im Krankenhaus tätig. Dieses geringe Maß hängt jedoch damit zusammen, dass in Belgien (ähnlich wie in den USA) die Mehrheit der Ärzte nicht in einem Anstellungsverhältnis zu einem Krankenhaus steht, sondern freiberuflich tätig ist, aber nur die in Krankenhäusern angestellten Ärzte in die Statistik eingehen. In Frankreich hingegen suggerieren die Daten, dass ein Großteil der Ärzte im Krankenhaus tätig ist (ca. 82 %), jedoch werden für die französische Statistik neben den im Krankenhaus angestellten auch die dort freiberuflich tätigen Ärzte berücksichtigt. In Deutschland praktizieren etwas mehr als die Hälfte (ca. 53 %) aller Ärzte in Krankenhäusern.

Tabelle 2–1

Anteil und Wachstumsrate der im Krankenhaus tätigen Ärzte

	Anteil in %			Durchschnittliche jährliche Wachstumsrate 2000–2013* (CAGR)
	2011	2012	2013	
Belgien*	24,2	24,8	n.v.	–0,28
Dänemark*	73,3	73,7	n.v.	0,75
Deutschland	52,1	53,0	53,2	0,66
Estland	66,9	68,1	65,5	–0,27
Finnland	48,7	47,6	47,9	–1,07
Frankreich	81,8	82,0	82,0	0,10
Irland	55,3	54,4	55,0	0,07
Island	80,8	78,8	76,6	–0,46
Italien*	n.v.	55,4	n.v.	–1,73
Norwegen	58,2	55,3	54,8	–0,84
Österreich	56,4	57,1	56,0	–0,08
Polen	50,8	50,7	50,3	–0,72
Schweiz	70,8	69,9	70,0	1,97
Slowenien	57,4	56,5	55,2	0,19
Spanien	56,7	57,3	57,3	0,19
Tschechische Republik	57,6	57,9	58,5	0,67
Ungarn	63,8	58,4	60,8	3,32

Quelle: OECD Health Statistics 2015: Dataset Health Care Resources
n.v. nicht verfügbar; *letztes verfügbares Datenjahr

Krankenhaus-Report 2016

WldO

Damit liegt Deutschland zusammen mit Polen und Finnland (ca. 50 % bzw. 48 %) im unteren Drittel des Ländervergleichs. Ein Blick auf die durchschnittlichen jährlichen Wachstumsraten von 2000 bis 2013 verrät, dass es unterschiedliche Entwicklungen innerhalb Europas gibt. Während in der Schweiz und Ungarn der Anteil der Krankenhausärzte deutlich wächst (jährlich im Durchschnitt um ca. 2 % bzw. 3 %), ist die Entwicklung in anderen Ländern wie z. B. Italien und Finnland entgegengesetzt (jährlich im Durchschnitt ca. –2 % bzw. –1 %). In der Mehrheit der Länder ist jedoch kein deutlicher Trend in eine der beiden Richtungen zu beobachten.

Betrachtet man den Ausgabenanteil für ambulante Leistungen im Krankenhaus und den Anteil an Ärzten im Krankenhaus, wird für die meisten Länder ein Zusammenhang deutlich, d. h. ein niedriger Anteil an ambulanten Ausgaben geht mit relativ wenigen Ärzten im Krankenhaus einher (z. B. Belgien, Deutschland, Norwegen), während hohe Anteile ebenfalls gemeinsam vorkommen (z. B. Dänemark).

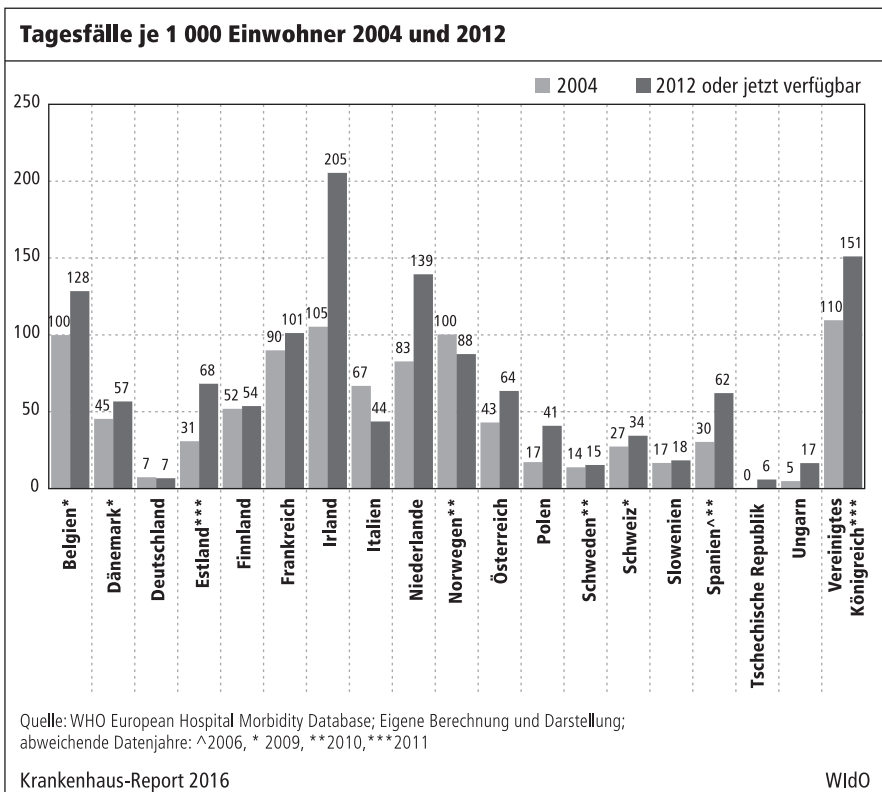
Tagesfälle und ambulante Operationen

Medizintechnologische Fortschritte wie die stetige Entwicklung minimalinvasiver Operationstechniken oder moderne Anästhesieformen haben ermöglicht, dass ein immer größer werdender Teil von Eingriffen ambulant vorgenommen werden

kann. Patienten, die sich einer ambulanten Operation unterziehen, werden international auch als Tagesfälle (Krankenhausaufnahme und -entlassung am gleichen Tag) bezeichnet, da – soweit keine Komplikationen auftreten – eine stationäre Aufnahme bzw. Übernachtung in einem Krankenhaus nicht nötig ist. Weit verbreitet sind Tagesfälle heutzutage auch in Bereichen der Chemo- und Strahlentherapie. Die ambulante Behandlung eines Patienten als Tagesfall kann die Anzahl von Krankenhausaufenthalten reduzieren und damit zu einer Kostenreduktion beitragen.

Abbildung 2–2 zeigt die Anzahl von Tagesfällen in Krankenhäusern je 1 000 Einwohner für 19 europäische Länder und die Jahre 2004 und 2012. Im Ländervergleich zeigen sich starke Unterschiede. So wurden 2012 in Belgien, Frankreich, Irland, den Niederlanden und im Vereinigten Königreich mindestens 100 Fälle je 1 000 Einwohner (teilweise sogar weit mehr) als Tagesfall im Krankenhaus behandelt. Deutschland zeigt mit sieben Fällen je 1 000 Einwohner neben der Tschechischen Republik (sechs Fälle je 1 000 Einwohner) die geringste Anzahl von Tagesfällen in Krankenhäusern. Für beide Länder lassen sich diese geringen Zahlen mit dem großen ambulanten Leistungsangebot außerhalb von Krankenhäusern begründen. Für Deutschland ist die Anzahl von Tagesfällen in

Abbildung 2–2

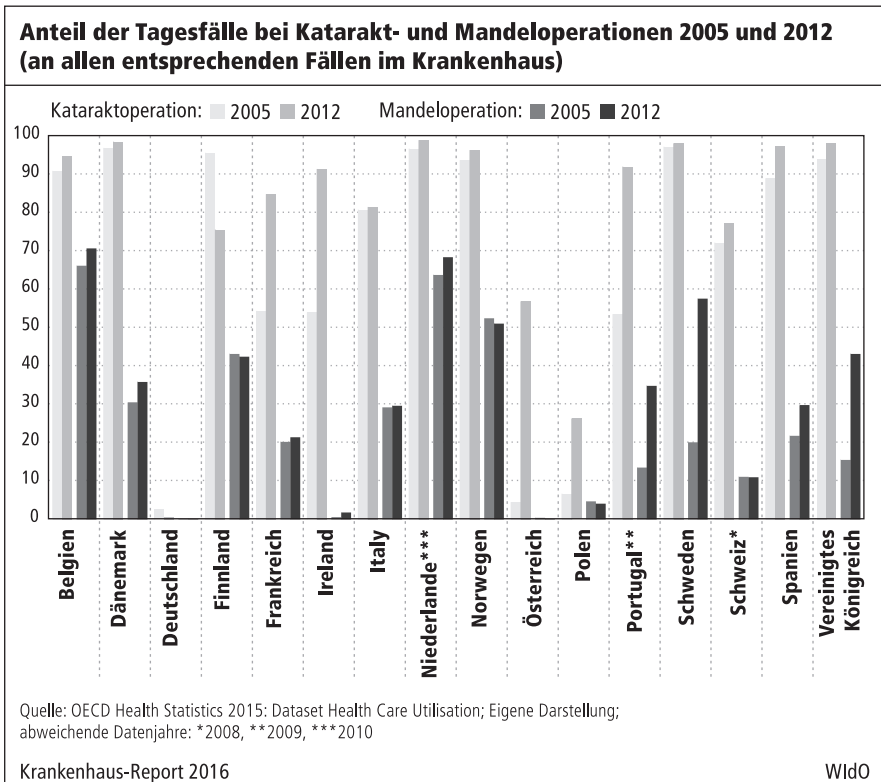


Krankenhäusern im Beobachtungszeitraum sogar leicht rückläufig, während in den meisten anderen Ländern die Anzahl der Tagesfälle teilweise sehr deutlich (z. B. Irland) angestiegen ist.

Der Anteil an Tagesfällen korreliert oft mit dem Anteil an ambulanten Leistungen im Krankenhaus (beides niedrig z. B. in Deutschland, Slowenien und Ungarn) und mit dem Anteil an Krankenhausärzten.

Betrachtet man einzelne Eingriffe wie etwa die Kataraktoperation (Entfernung der getrübbten Linse bzw. des grauen Stars) oder die Mandeloperation (Entfernung der Gaumenmandeln), so wird deutlich, dass diese in manchen Ländern ganz überwiegend als Tagesfälle erbracht werden. So sind in einigen Ländern (z. B. Dänemark, Niederlande, Schweden, Spanien oder im Vereinigten Königreich) nahezu 100% aller Kataraktoperationen Tagesfälle in Krankenhäusern. Abbildung 2–3 zeigt auch, dass der Anteil der Tagesfälle in den meisten Ländern ausgehend von einem hohen Niveau im Jahr 2005 noch weiter gesteigert werden konnte. Analog dazu zeigt sich die Entwicklung bei Mandeloperationen. Zwar ist der Tagesfallanteil noch deutlich geringer, aber auch hier gibt es einen klaren Trend in Richtung mehr Tagesfälle. Für Deutschland lassen sich die Daten der OECD schwer interpretieren, da die meisten ambulanten Operationen außerhalb von Krankenhäusern er-

Abbildung 2–3



bracht werden und somit nicht in dieser Aufstellung enthalten sind. Brökelmann und Toftgaard (2013) zeigten jedoch in einer Analyse unter Einbezug von Abrechnungsdaten des ambulanten Sektors, dass 2011 ca. 80% aller Katarakt- und 4% der Mandeloperationen in Deutschland ambulant durchgeführt wurden.

2.3 Organisation

Während die primärärztliche bzw. hausärztliche Versorgung in Europa im Wesentlichen über Einzel- und Gemeinschaftspraxen sowie über ambulante Versorgungszentren erfolgt und nur selten im Krankenhaus erbracht wird, gibt es bei der sekundärärztlichen (fachärztlichen) Versorgung ein breiteres Spektrum an Einrichtungen der Leistungserbringung (Busse und Wörz 2009). Eine qualitative Analyse der standardisierten Gesundheitssystemberichte (Health Systems in Transition [HiT] series) des European Observatory on Health Systems and Policies für ausgewählte Länder zeigt, dass vielerorts Krankenhausambulanzen die wichtigste Rolle bei der sekundärärztlichen Versorgung spielen (Abbildung 2–4). So gibt es beispielsweise in Ländern mit einem nationalen Gesundheitsdienst (England, Italien oder Irland) abgesehen von wenigen privatwirtschaftlichen Praxen keine fachärztliche Versorgung im Rahmen des öffentlichen Gesundheitswesens außerhalb von Krankenhäusern. So ist es z. B. Fachärzten in England, die für den nationalen Gesundheitsdienst (NHS) im Krankenhaus tätig sind, erst nach einer abzuleistenden Arbeitszeit von 44

Abbildung 2–4

Verteilung der fachärztlichen Versorgung nach Einrichtung in Europa			
	Einzelpraxis	Gemeinschaftspraxis/ Versorgungszentrum	Krankenhaus- ambulanz
Belgien, Bulgarien, Deutschland, Frankreich, Luxemburg, Schweiz, Slowakei	Vorherrschend	Teilweise verfügbar	Weniger häufig
Lettland, Österreich	Vorherrschend	Weniger häufig	Nicht vorhanden
Estland, Island, Malta, Polen	Teilweise verfügbar	Vorherrschend	Weniger häufig
Dänemark, Rumänien, Slowenien, Tschechische Republik	Teilweise verfügbar	Weniger häufig	Vorherrschend
Spanien	Nicht vorhanden	Vorherrschend	Weniger häufig
Finnland, Kroatien, Litauen, Niederlande, Norwegen, Portugal, Schweden, Ungarn	Nicht vorhanden	Weniger häufig	Vorherrschend
England, Italien, Irland	Nicht vorhanden	Nicht vorhanden	Vorherrschend

Quelle: eigene Darstellung basierend auf Health System Reviews (HiT series) und Paris et al. 2010

Krankenhaus-Report 2016 WIdO

Stunden in der Woche erlaubt, zusätzlich in einer privaten Praxis tätig zu werden (Van de Voorde et al. 2014).

Einen Gegenpol dazu bieten traditionell Länder, deren Gesundheitssystem auf einem Sozialversicherungssystem aufbaut (Deutschland, Frankreich oder Schweiz). Hier dominieren Einzelpraxen die fachärztliche Versorgungsstruktur. Ebenso wie im primärärztlichen Bereich ist hier jedoch ein Trend in Richtung größerer Einrichtungen, d. h. hin zu Gemeinschaftspraxen oder ambulanten Versorgungszentren zu beobachten, da dies insbesondere für die beteiligten Ärzte viele Vorteile bietet (z. B. Teilung des finanziellen Risikos, leichtere gegenseitige Vertretung oder verlässlichere Arbeitszeiten).

2.4 Notfallversorgung und Zugang zum Krankenhaus

Die Erbringung ambulanter Leistungen sowohl durch niedergelassene Ärzte als auch durch Krankenhäuser und die damit einhergehenden Herausforderungen lassen sich insbesondere am Beispiel der Notfallversorgung veranschaulichen. Die ambulante Notfallversorgung wird in Deutschland sowohl durch niedergelassene Ärzte bzw. deren Notdienst der Kassenärztlichen Vereinigungen als auch durch Notaufnahmen der Krankenhäuser erbracht. Aufgrund eines stetigen Anstiegs der Fallzahlen in den Notaufnahmen mehren sich die Diskussionen um eine strukturelle Neuordnung der Notfallversorgung (Riessen et al. 2015; Schreyögg et al. 2014). Einerseits ersuchen Patienten möglicherweise Behandlungen, die nicht die Ressourcen eines Krankenhauses benötigen und somit auch von niedergelassenen Ärzten ambulant behandelt werden könnten. Andererseits werden die Notaufnahmen möglicherweise bewusst von den Krankenhäusern als attraktive Zugangsoption wahrgenommen, um jenseits von Einweisungen durch niedergelassene Ärzte entsprechende Fallzahlen zu generieren.

Jüngste Untersuchungen zeigen, dass Patienten im subjektiv wahrgenommenen Notfall tendenziell eher dazu neigen, ein Krankenhaus aufzusuchen, statt sich bei einem niedergelassenen Arzt behandeln zu lassen (Schmiedhofer et al. 2015). Unabhängig davon, ob der Krankenhausbesuch angesichts des Schweregrades der Erkrankung tatsächlich angemessen ist, stellt sich daher auch die Frage, wie eine strukturelle Neuordnung dazu beitragen kann, die eigenständig ankommenden Patienten zielgerecht innerhalb oder im Umfeld des Krankenhauses an den richtigen Spezialisten (Allgemein- bzw. Facharzt) für eine ambulante Behandlung zu verweisen.

Auch andere Länder stehen vor vergleichbaren Herausforderungen hinsichtlich der steigenden Anzahl von Notfällen in Krankenhäusern. Als wesentliche Ursachen gelten dabei, dass Patienten im Notfall eine zentrale Anlaufstelle präferieren, die zu jeder Zeit erreichbar ist und ein möglichst großes Spektrum an diagnostischen und therapeutischen Möglichkeiten verspricht. Auch die Nicht-Verfügbarkeit von Alternativen im ambulanten Bereich scheint in manchen Ländern ursächlich für die steigende Frequentierung der Notaufnahmen zu sein. Um diesen Ursachen zu begegnen, haben andere Länder eine Reihe von Instrumenten entwickelt, die jüngst in einer Studie der OECD zusammengefasst wurden (Berchet 2015).

Diese Instrumente lassen sich im Wesentlichen in die Einrichtung von vernetzten und integrierten Telefonzentralen für eine bessere Beratung und Steuerung der Patienten, die Ausweitung von Angeboten außerhalb regulärer Sprechzeiten und die Schaffung von Strukturen für weniger dringliche Fälle innerhalb und im Umfeld von Krankenhäusern unterteilen.

Vernetzte Telefonzentralen

Die Einrichtung von einheitlichen Telefonzentralen gewinnt in vielen europäischen Ländern immer stärker an Bedeutung. Im Notfall kann eine solche Zentrale helfen, Patienten auf Grundlage der von ihnen genannten Symptome an die am ehesten geeigneten Leistungserbringer zu vermitteln, sie dort anzumelden und bei Bedarf auch einen Hausbesuch oder Transport zu organisieren. Gut vernetzte Zentralen haben zudem einen aktuellen Überblick über die zur Verfügung stehenden Ressourcen und können somit im Voraus Behandlungsverläufe effizient planen und damit Wartezeiten verkürzen. Neben Initiativen in Belgien, England und Frankreich zur Einrichtung solcher vernetzter Zentralen ist seit 2014 in der Hauptstadtregion Dänemarks die Telefonzentrale sogar der einzige Einstiegspunkt für Patienten zur Notfallversorgung außerhalb regulärer Öffnungszeiten. Selbständig in einer Notaufnahme vorstellig zu werden ist dort für Patienten ohne vorherige Beratung und Anmeldung über die Telefonzentrale nicht mehr möglich.

In Deutschland gibt es bisher nur vereinzelte Beispiele von vernetzten Telefonzentralen. So wurde beispielsweise bereits Ende der 1990er Jahre die Integrierte Zentrale Leitstelle Lahn-Dill gegründet. Dort ist der Arztnotruf des Kassenärztlichen Bereitschaftsdienstes mit Rettungsdienst, der Feuerwehr und dem Katastrophenschutz eng verknüpft (Rieser 2013).

Angebote außerhalb regulärer Sprechzeiten

In zahlreichen internationalen Studien (z. B. für Irland, die Niederlande, Schweden oder die USA) konnte gezeigt werden, dass die Auslastung von Notaufnahmen stark davon abhängt, welche alternativen Behandlungsmöglichkeiten es für Patienten außerhalb der regulären Sprechstundenzeiten gibt (Berchet 2015). Insbesondere Patienten mit plötzlichen Erkrankungen oder Verletzungen, die nicht lebensbedrohlich sind, können gut ambulant im Rahmen alternativer Behandlungsangebote versorgt werden. In vielen Ländern werden diese Angebote – so wie auch in Deutschland – von der Ärzteschaft selbstständig organisiert. Jedoch geschieht dies oft in kleineren regionalen Kooperativen (z. B. in den Niederlanden) und teilweise auch in eigens dafür eingerichteten Gesundheitszentren (z. B. in Frankreich).

In England wurde das Angebot an alternativen ambulanten Behandlungsmöglichkeiten in den letzten Jahren gezielt ausgebaut, u. a. durch die Einrichtung von so genannten *minor injury units* oder *walk-in centres*. In *minor injury units* behandeln notfallmedizinisch geschulte Krankenschwestern kleinere Verletzungen und verschreiben Medikamente für unkomplizierte, aber dringende allgemeinmedizinische Probleme. In *walk-in centres* behandeln ebenfalls Krankenschwestern die meisten Patienten, aber für kompliziertere Fälle sind in manchen *walk-in centres* auch Allgemeinärzte zur Stelle. Häufig sind *walk-in centres* rund um die Uhr und auch am Wochenende geöffnet und können von Patienten auch im Fall von routinemäßigen Untersuchungen oder chronischen Gesundheitsproblemen aufgesucht werden.

Schaffung von Strukturen im Krankenhausumfeld

Neben den zuvor genannten Instrumenten können vor allem Strukturen im Krankenhausumfeld mit einfachem Zugang (ohne Terminvergabe) auch außerhalb regulärer Sprechzeiten für die Versorgung von weniger dringlichen Fällen dazu beitragen, die Ressourcen der Notaufnahmen eher für schwere Fälle zu verwenden. In England und Irland wurden *walk-in centres*, *minor injury units* und *urgent care centres* häufig in unmittelbarer Nähe von Krankenhäusern eingerichtet. Auch in den Niederlanden oder in Dänemark wurden Einrichtungen des ambulanten ärztlichen Notdienstes in den letzten Jahren zunehmend in der Nähe von Krankenhäusern angesiedelt. Aus Irland gibt es eindeutige Evidenz, dass sich die Inanspruchnahme der Notaufnahmen reduziert hat, nachdem diese alternativen Behandlungsangebote eröffnet wurden. In Deutschland gibt es vereinzelt ähnliche Modelle, die jedoch oftmals aufgrund von Budgetverteilungsfragen zwischen Krankenhäusern und Kassenärztlichen Vereinigungen kontrovers diskutiert werden (Korzilius 2015). Der Gesetzgeber plant jedoch nun, dies stärker zu formalisieren und im Rahmen des Krankenhausstrukturgesetzes (KHSG) an Krankenhäusern, die sich an der Notfallversorgung beteiligen, sogenannte Portalpraxen der KVen einzurichten bzw. die vorhandenen Krankenhausambulanzen in den vertragsärztlichen Notfalldienst strukturell zu integrieren (Beerheide und Rieser 2015).

2.5 Zusammenfassung

Die eingangs dargestellten Kennzahlen zeigen, dass in Deutschland vergleichsweise wenig ambulante Leistungen von Krankenhäusern erbracht werden und dass deren Anteil rückläufig ist. Insbesondere im fachärztlichen Bereich werden in anderen Ländern Krankenhausambulanzen in wesentlich stärkerem Maße für die ambulante Versorgung eingesetzt. Auch der Anteil von Tagesfällen in Krankenhäusern (d. h. Patienten, die nicht über Nacht bleiben) sowie der Anteil der in Krankenhäusern tätigen Ärzte sind in vielen anderen Ländern deutlich größer als in Deutschland.

Die Ergebnisse des Forschungsauftrags zur Mengenentwicklung haben gezeigt, dass ein großer Teil des in den vergangenen Jahren zu beobachtenden Fallzahlanstiegs auf Fälle mit sehr geringer Verweildauer (unter zwei Tagen) zurückzuführen ist (Schreyögg et al. 2014). Nicht nur angesichts der im europäischen Vergleich außergewöhnlich hohen Zahl von Krankenhausfällen in Deutschland liegt die Vermutung nahe, dass zumindest ein Teil dieser Patienten ambulant oder als Tagesfälle behandelt werden könnte. Die Substitution von stationären Leistungen durch ein ausbalanciertes ambulantes Leistungsangebot wäre sowohl für Patienten als auch aus Systemperspektive vorteilhaft. Während in anderen Ländern Krankenhäuser in zunehmendem Maße ambulante Leistungen erbringen, wird eine solche Entwicklung in Deutschland jedoch durch die starren sektoralen Grenzen verhindert.

Insbesondere am Beispiel der Notfallversorgung zeigen sich die Schnittstellenprobleme zwischen ambulantem und stationärem Sektor. Einerseits haben sich Krankenhäuser zunehmend zum bevorzugten Anlaufpunkt von Patienten für eine als dringend wahrgenommene Behandlung entwickelt, auch wenn diese Behandlung häufig keine stationäre Aufnahme erfordert. Andererseits hat die Anzahl der als

Notfälle kodierten stationären Patienten im Krankenhaus deutlich zugenommen (Huke und Robra 2015), wobei Zweifel bestehen, ob eine stationäre Aufnahme in allen Fällen notwendig wäre. Gleichzeitig ist es fraglich, ob durch eine verstärkte ambulante Notfallversorgung die Patienten weniger häufig die Notaufnahme als Behandlungsort aufsuchen würden.

Der Blick ins Ausland zeigt, dass ein Bündel von Maßnahmen dazu beitragen kann, den Patientenstrom besser zu organisieren und somit die Notaufnahmen von weniger schweren Fällen zu entlasten. Im deutschen Kontext wäre es durchaus vorstellbar, flächendeckend integrierte Notrufzentralen aufzubauen, in denen sowohl der kassenärztliche Bereitschaftsdienst als auch die Rettungsdienste und die Feuerwehr vernetzt sind. Ebenso könnte auch die ambulante Notfallversorgung ausgehend von einigen guten Vorbildern, die bereits in Deutschland existieren, reorganisiert werden. So wäre es vorstellbar, mehr Notfallpraxen (bzw. Portalpraxen) mit ansprechenden Öffnungszeiten in den Krankenhäusern zu verankern. Damit würde auch dem Wunsch der Patienten Rechnung getragen, außerhalb der regulären Sprechstundenzeiten einen Anlaufpunkt für eine schnelle Versorgung zu haben. Außerdem könnte über eine gestärkte fachärztlich-ambulante Versorgung die Anzahl der nicht notwendigen stationären Aufenthalte reduziert werden. Neben den rein organisatorischen Gedanken scheint jedoch der wesentlichste Punkt eine Harmonisierung der Vergütungs- und Planungsgrundlagen zu sein, da innovative Versorgungskonzepte allzu oft an gegensätzlichen ökonomischen Interessen der beteiligten Akteure scheitern. Es bleibt daher spannend zu beobachten, wie die Partner der Selbstverwaltung die vom Gesetzgeber im Rahmen des KHSG (Eckpunkte zum Änderungsbedarf des KHSG) diskutierten strukturellen Änderungen der Notfallversorgung aufnehmen und umsetzen werden.

Literatur

- Berchet C. Emergency Care Services: Trends, Drivers and Interventions to Manage the Demand. OECD Health Working Papers No. 83, Paris: OECD Publishing 2015.
- Beerheide R, Rieser S. Krankenhausstrukturgesetz: Bereitschaftsdienste unter Beobachtung. Deutsches Ärzteblatt 2015; 112 (42): A-1695.
- Brökelmann J, Toftgaard C. Survey on incidence of surgical procedures and percentage of ambulatory surgery in 6 European countries. Ambulatory Surgery 2013; 19 (4): 116–20.
- Busse R, Wörz M. Ausländische Erfahrungen mit ambulanten Leistungen am Krankenhaus. In: Klauber J, Robra BP, Schellschmidt H. Krankenhaus-Report 2008/2009. Schwerpunkt: Versorgungszentren. Stuttgart, New York: Schattauer 2009; 49–58.
- Geissler A, Busse R. Stationäre Kapazitätssteuerung im internationalen Vergleich. In: Klauber J, Geraedts M, Friederich J, Wasem J. Krankenhaus-Report 2015: Schwerpunkt Strukturwandel. Stuttgart: Schattauer 2015; 13–22.
- Huke T, Robra BP. Notfallversorgung im stationären Sektor. In: Klauber J, Geraedts M, Friederich J, Wasem J. Krankenhaus-Report 2015: Schwerpunkt Strukturwandel. Stuttgart: Schattauer 2015; 61–76.
- Korzilius H, Rieser S, Strathaus RS. Ambulante Notfallversorgung: Patienten behandeln – aber am richtigen Ort. Deutsches Ärzteblatt 2015; 112 (9): A-353.
- OECD/WHO/Eurostat. A System of Health Accounts: 2011 Edition, Paris: OECD Publishing 2011. DOI: <http://dx.doi.org/10.1787/9789264116016-en>

- Paris V, Devaux M, Wei L. Health Systems Institutional Characteristics: A Survey of 29 OECD Countries. OECD Health Working Papers No. 50. Paris: OECD Publishing 2010.
- Rieser S. Wo Ärzte nachts gut schlafen. Deutsches Ärzteblatt 2013; 110 (9): A-366–8.
- Riessen R, Gries A, Seekamp A, Dodt C, Kumle B, Busch HJ. Positionspapier für eine Reform der medizinischen Notfallversorgung in deutschen Notaufnahmen. Notfall + Rettungsmedizin 2015; 18: 174–85.
- Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen (SVR). Wettbewerb an der Schnittstelle zwischen ambulanter und stationärer Gesundheitsversorgung. Sondergutachten 2012. Deutscher Bundestag 2012. Drucksache 17/10323.
- Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen (SVR). Bedarfsge-rechte Versorgung – Perspektiven für ländliche Regionen und ausgewählte Leistungsbereiche. Deutscher Bundestag 2014. Drucksache 18/1940.
- Schmiedhofer M, Searle J, Slagman A, Möckel M. Inanspruchnahme Zentraler Notaufnahmen: Qua-litative Erhebung der Motivation von Patientinnen und Patienten mit nichtdringlichem Behand-lungsbedarf. 14. Deutscher Kongress für Versorgungsforschung 2015, doi: 10.3205/15dkvf105.
- Schreyögg J, Bäuml M, Krämer J, Dette T, Busse R, Geissler A. Endbericht zum Forschungsauftrag gem. § 17b Abs. 9 KHG. Siegburg: Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus (InEK) 2014.
- Van de Voorde C, Van den Heede K, Obyn C, Quentin W, Geissler A, Wittenbecher F, Busse R, Mag-nussen J, Camaly O, Devriese S, Gerkens S, Mispion S, Neyt M, Mertens R. Conceptual frame-work or the reform of the Belgian hospital payment system. KCE Reports 229. D/2014/10.273/68. Brussels: Belgian Health Care Knowledge Centre (KCE) 2014.