

„Ein Tresen“ soll Notfallversorgung retten

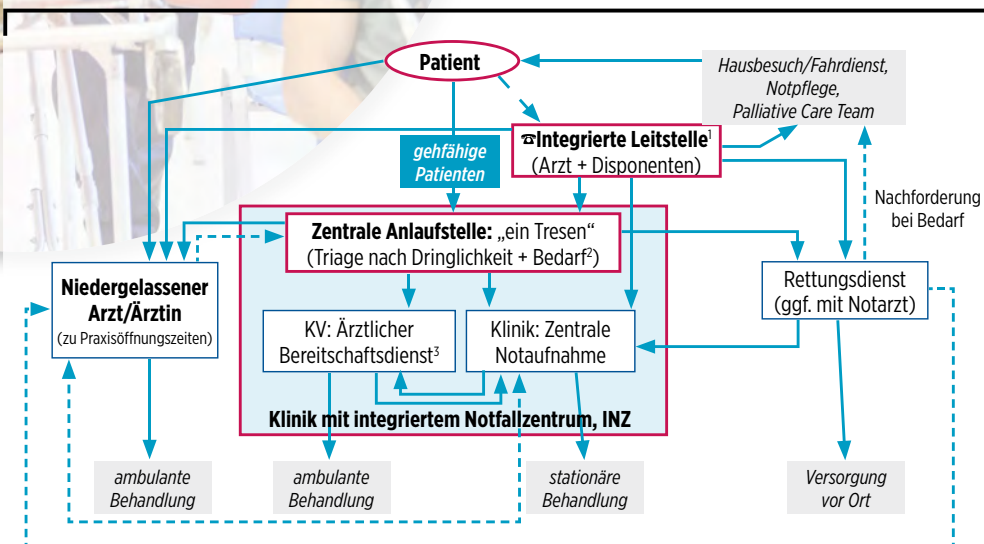
In der Notfallversorgung hakt es gewaltig. Die Leistungen im Ärztlichen Bereitschaftsdienst, in Notfallambulanzen und im Rettungsdienst müssen Patienten gezielter in Anspruch nehmen, fordern die **Gesundheitsweisen**. Einen ersten Entwurf dafür haben sie jetzt vorgelegt – der stößt nicht bei jedem auf Gegenliebe.

von Johanna Dielmann-von Berg



Der Vorschlag zur Notfallversorgung des Sachverständigenrats zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen (SVR) polarisiert – auch unter Hausärzten (S. 26f). Allgemeinmediziner wären laut Rat prädestiniert dafür, zentrale Aufgaben in der Notfallversorgung zu übernehmen: die Triage in den Leitstellen und integrierten Notfallzentren (INZ). Andererseits sollen sie Sprechzeiten flexibler anbieten, etwa auch abends oder an Samstagen.

Entwurf des SVR zur Integrierten Notfallversorgung



¹ nutzt Notfall-Algorithmen/Versorgungspfade, Zugriff auf verfügbare Ressourcen, bucht Termine bei zentraler Anlaufstelle
² Triage möglichst durch Generalisten, breit weitergebildete (Allgemein-)Mediziner mit notfallmedizinischer Erfahrung
³ ggf. mit kinder- und/oder augenärztlichem Bereitschaftsdienst und/oder psychiatrischem Kriseninterventionsdienst

Aber von vorn: Seit 2009 ist das Aufkommen in den Notaufnahmen um 43 Prozent gestiegen, die Rettungsfahrten ohne Krankentransport um 34 Prozent. Gleichzeitig gehen weniger Patienten zum Ärztlichen Bereitschaftsdienst (ÄBD, -15 Prozent). „Grund dafür ist eine Kette finanzieller Fehlanreize“, sagte die Gesundheitsweise Prof. Marion Haubitz bei einem Werkstattgespräch des SVR in Berlin. So würden Leertransporte im RTW nicht vergütet, oder stationäre Aufnahmen seien attraktiver als ambulant zu behandeln. Meist gehen Patienten (89 Prozent) direkt in die Klinik, ohne den ÄBD kontaktiert zu haben, zeigt eine Umfrage in zwei Berliner Ambulanzen. Davon kennen 55 Prozent den ÄBD nicht, 34 Prozent fürchten lange zu warten.

Was schlägt der Rat vor?

Der Rat fordert, Patienten besser zu leiten. Dafür sollen voll integrierte, regionale Leitstellen und integrierte Notfallzentren (INZ) sorgen (s. Abb.). Im Einzelnen:

- Die heute getrennten Rettungsleitstellen und die Telefonzentralen des ÄBD sollen zusammengelegt werden. Patienten sollen die **Leitstellen** künftig über **eine Notrufnummer** erreichen – bestmöglich die 112. Denn die 116117 kenne nur etwa ein Fünftel der Deutschen, so Ratsvorsitzender Prof. Ferdinand Gerlach.
- Die **IT-gestützte Triage** in der Leitstelle übernehmen geschulte, erfahrene Pflegekräfte/MFA („Dispatcher“). Auf Knopfdruck können sie einen erfahrenen, breit weitergebildeten (Allgemein-)Arzt hinzuziehen. Je nach Art und Schwere des Notfalls können die Dispatcher den Patienten medizinisch beraten, für ihn einen Termin in einer INZ oder bei einem niedergelassenen Arzt vereinbaren, einen Hausbesuch über den ÄBD veranlassen, ein Pflege- oder Palliative Care Team anfordern oder den Rettungsdienst einschalten.
- Die **INZ** sollen rund um die Uhr geöffnet sein. Entweder bekommen Patienten über die Leitstelle einen Termin oder sie gehen direkt in die INZ. Im zweiten Fall folgt die INZ dem Prinzip „ein Tresen“. Ein erfahrener, breit weitergebildeter (Allgemein-)Mediziner nimmt eine Ersteinschätzung vor. Er entscheidet, ob der Patient vom ÄBD oder der Klinik behandelt wird. Ist es

Anzeige

KOMMENTAR

von Dr. med. Kai Florian Mehrländer (oben), Facharzt für Innere Medizin, und Dr. med. Ilja Karl (unten), Facharzt für Allgemeinmedizin



Wer soll die Mehrarbeit leisten?

Der Sachverständigenrat folgt einer fragwürdigen Logik: Der unregelmäßig nachgefragte wird durch Ausweitung des Angebots begegnet. Damit wird eine fatale Fehlentwicklung Gesundheitswesens perpetuiert. Das gilt auch für den relativen (Haus-)Arztmangel. Wer soll denn diese Mehrarbeit leisten, wenn wir jetzt schon an den Grenzen unserer Belastbarkeit arbeiten und immer neue Leistungen mit fraglichem Nutzen anbieten müssen (DMP...)? Selbst wenn diese zusätzlichen Sprechzeiten vergütet würden, wäre es doch zunächst geboten, unsere bestehenden Sprechstundenleistungen durch Abschaffung von PZV, RLV etc. zu bezahlen. Ansonsten gäbe es erneut nur etwas mehr Geld für viel mehr Arbeit, was nichts anderes als ein Einkommensverlust wäre. Und wo soll das zusätzliche Geld herkommen?

Vor einem Lösungsvorschlag sollte doch eine Problemanalyse stehen. Wo sind denn die Erkenntnisse aus der Versorgungsforschung, die zeigen, dass durch die aktuellen Sprechstundenangebote den Patienten relevante Schäden und nicht nur Unannehmlichkeiten entstehen? Steht nicht vor der Therapie die Diagnostik? Und sollte vor der Therapieeinleitung nicht eine Nutzen-Schaden-Abwägung erfolgen? In Zeiten des relativen Hausärztemangels, überbordender Bürokratie, der Budgetierung und zunehmender Anspruchshaltung und Fehlallokation der Patienten geben die Vorschläge des Sachverständigenrats Anlass zu Sorge, dass dieser wenig Bezug zur aktuellen Versorgungslage und dem Alltag in unseren Praxen hat.

Wir brauchen nicht noch mehr Arbeit für weniger Ärzte, nur um einer 24/7-all inclusive-Anspruchshaltung entgegen zu kommen. Wir brauchen eine klare Steuerung durch ein Primärärztsystem, eine Rückbesinnung auf die Selbstverantwortung der Patienten, die nicht nur finanziell sein darf, sondern Patienten bestärken muss, Bagatellerkrankungen auch ohne Arzt zu überstehen. Wir brauchen eine gesamtgesellschaftliche Wertschätzung und eine verlässliche, gute und vollständige Vergütung unserer Arbeit.

nicht dringlich, müssen Selbstweiser warten. ■ KV und Kliniken sollen die INZ gemeinsam tragen. Sie werden an ausgewählten Kliniken angesiedelt. Den Betrieb soll die KV übernehmen (durch die Ärzte, die auch jetzt schon am ÄBD teilnehmen), um den Anreiz zu verhindern, dass Kliniken viele Patienten stationär aufnehmen. Der Sicherstellungsauftrag der KV würde „weiterentwickelt“.

- Nicht jede INZ wird gleich ausgestattet. „Sie werden nur an den Häusern angesiedelt, die die Anforderungen erfüllen“, so Gerlach. „Wir haben gute Evidenz dafür, dass es für Patienten besser ist, wenn man sie in das richtige Krankenhaus bringt statt in irgendeine Klinik – selbst, wenn der Transport länger dauert.“ Dies gelte besonders für Patienten mit einem Schlaganfall, Herzinfarkt oder Polytraumen. Die INZ-Standorte sollen die Länder planen.
- Entscheidend ist aus Sicht des Rats, dass die Triage nach einem einheitlichen IT-basierten System erfolgt und alle Beteiligten die Dokumentation nutzen können. „Keine Doppel-Dokumentation“.
- Begleitend will der Rat das Sprechzeiten-Angebot niedergelassener Ärzte, besonders der Hausärzte, flexibler gestalten. Dank finanzieller Anreize sollen sie mehr **Abend- und Samstagsprechstunden**

anbieten. Zudem sollen sie für die Leitstellen „Notfall-Slots“ im Sprechstundenplan einrichten, die die Dispatcher bei Bedarf vergeben können.

- Für **Patienten** soll es umfangreiche **Informationen und Apps** geben, die etwa die Wartezeit in den INZ verdeutlichen, wenn man ohne Termin kommt.

„Ein Drittel der ‘Notfälle’ kann die Leitstelle abschließend klären“, verwies Gerlach auf Studien. Und: Bis zu 20 Prozent der Patienten könnten „umgesteuert“ werden, ergänzte Haubitz. Durch die Wartezeiten in den INZ sowie die Informationsangebote sollen Patienten lernen, im Notfall zuerst die Leitstelle zu kontaktieren. Auch eine finanzielle Eigenbeteiligung schließt der Rat nicht aus. „Aktuell denken wir aber, dass das politisch nicht durchzusetzen ist“, sagte Gerlach.

Eigener Notfall-Topf

Die Finanzierung soll der Versorgungssystematik folgen, kurz: Die ambulanten und stationären Budgets für die bisherige Notfallversorgung und den Bereitschaftsdienst sollen aus der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung und den Klinikbudgets herausgerechnet werden und in einen Topf zur sektorübergreifenden Notfallversorgung fließen, so Ratsmitglied Prof. Jonas Schreyögg. Die Kassen zahlen dann direkt an die INZ. Die wiederum verrechnen

nen mit den Ärzten im ÄBD und den Kliniken die Leistungen. Je nach Ausstattung soll es drei Grundpauschalen für Vorhaltekosten der INZ geben und zusätzlich eine Vergütung je Fall. Einen Zuschlag soll es für die Betreuung über Nacht geben. Der Rettungsdienst soll ein eigenständiger Leistungsbereich im SGB V werden. Honoriert würde die medizinische Leistung und nicht mehr der Transport. Die Vorhaltekosten des Rettungsdienstes sollen die Länder aus Steuermitteln bezahlen, die Betriebskosten würden die Krankenkassen tragen.

Gefahr: neue Schnittstelle?

Das Konzept erntete beim Werkstattgespräch in Berlin Lob und Kritik. Einig waren sich alle anwesenden Berufspolitiker darin, dass das „Ein Tresen“-Prinzip der INZ sinnvoll und dringend nötig ist, um Notfallpatienten besser zu koordinieren. Die Vorschläge würden aber insbesondere die Zahl der Rettungsleitstellen deutlich reduzieren. Man brauche etwa ein Zehntel der heutigen, schätzt Gerlach. Auch die Kliniken bekämen einen 'Dämpfer' verpasst, denn nicht mehr jede wäre mit einer Notaufnahme ausgestattet. Kein Wunder, dass besonders Vertreter dieser beiden Gruppen Kritik äußerten. Ebenso rief der Finanzierungsentwurf geteilte Begeisterung hervor. „Die Sprechstundenzeiten auszudeh-

nen kann klappen, wenn die Finanzierung stimmt“, sagte KBV-Vorsitzender Dr. Andreas Gassen, machte aber deutlich, dass es sich dabei um extrabudgetäres Honorar handeln müsse. „Vorsicht mit neuen Töpfen“, warnte Johann-Magnus von Stackelberg vom GKV-Spitzenverband. Und Georg Baum, Deutsche Krankenhausgesellschaft, bemängelte, es entstünden neue Schnittstellen, wenn die INZ als „eigene Körper“ innerhalb der Kliniken installiert würden. „Wir wollen drei Bereiche integrieren. Wie soll das gelingen, wenn wir an der Trennung festhalten“, konterte Gerlach. Bundesgesundheitsminister Hermann Gröhe (CDU) äußerte „große Sympathie für die Grundausrichtung“. Er ist aber skeptisch, ob man wirklich so stark zentralisieren wolle. Denn „die Bevölkerung nimmt Zentralisierung nicht immer mit Qualitätssteigerung, sondern auch als Abbau wahr“.

Der Rat sieht die Notfallversorgung als Pilotprojekt für eine sektorenübergreifende Versorgung. Der Druck sei hier so hoch, dass die Beteiligten kompromissbereiter sein müssten, ist er sicher. Nun will er die Anregungen diskutieren und ggf. in den finalen Entwurf einarbeiten. Dieser soll dann als ein Teil des „Gutachtens zur bedarfsgerechten Steuerung des Angebots und der Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen“ im zweiten Quartal 2018 veröffentlicht werden.

KOMMENTAR

von Dr. med. Doris Reinhardt, Fachärztin für Allgemeinmedizin, Interessenskonflikte: seit über 20 Jahren Hausärztin, begeistert im Bereitschaftsdienst tätig, Sicherstellungsbekennerin



Hausärzte in der Pole Position

Sinnvolle Patientensteuerung 24/7 unter Berücksichtigung der vorhandenen Ressourcen bedeutet ganz klar: Kein weiter wie bisher. Die Ärzte und Fachkräfte in Praxis und Klinik wissen das und die spannende Frage ist, wie und vor allem durch wen diese Steuerung erfolgt.

Hinter den Stichworten Zentralisierung und Patientensteuerung steht mit dem SVR-Gutachten ein Konzept, welches vor allem die bestehenden Fehlsteuerungen beenden soll. Nicht der Patient sondern die Versorger werden entscheiden, wann wo welche medizinische Maßnahme erforderlich ist. Klar ist auch: Die Bevölkerung muss darüber sehr gut – und umfassender als bisher – aufgeklärt werden. Gleichzeitig braucht es intelligent gesteuerte Versorgungspfade. An der Umsetzung und Zuweisung der Verantwortlichkeiten wie auch der finanziellen Rahmenbedingungen wird sich zeigen, ob die Politik wirklich verstanden hat, dass ein weiter wie bisher nicht geht.

Wir Hausärzte sind da in der Pole Position: Ersteinschätzung, Behandlung in der Praxis und Notfallpraxis, ob beim Hausbesuch und insbesondere im Pflegeheim. Unsere fachärztliche Kompetenz ermöglicht uns Beratungsanlässe mehrheitlich abschließend zu behandeln, auch den vermeintlichen Notfall.

Wir Hausärzte sind mit unseren Praxisteamen aber auch in der Pole Position, was die Arbeitsbelastung betrifft – und bei Weitem ist die Vergütung für diese anspruchsvolle Tätigkeit des gesamten Teams nicht angemessen.

Erweiterte Sprechzeiten und Engagement im Bereitschaftsdienst in neuen Strukturen? Klare Sache: Dieses Konzept kann nur mit einem viel an Allgemeinmedizin, sprich engagierten Hausärztinnen und Hausärzten, verwirklicht werden. Das muss es Politik und Selbstverwaltung dann aber auch wert sein.