



Dr. Gerald Quitterer,
Präsident der BLÄK

Reform der Notfallversorgung – Schnellere Hilfe im Notfall?

Ja, Notaufnahmen in den Krankenhäusern sind häufig überlaufen. Denn in den Notfallambulanzen sind unter den Patienten auch solche, denen ambulant besser geholfen werden könnte. Dadurch sind die Wartezeiten für Patienten, die dringend auf die Hilfe in der Notfallambulanz angewiesen sind, oft zu lang. Das aktuelle Diskussionspapier des Bundesgesundheitsministers schafft faktisch eine dritte Versorgungsebene, deren Inanspruchnahme durch die Bevölkerung in unbegrenzter Weise angeboten wird: „Versicherte oder Dritte sind, sofern sie einen medizinischen Notfall vermuten, gehalten ...“. Dieser „Auftakt“ der Begründung zu § 133b Abs. 1 neu, Sozialgesetzbuch V (SGB V) zeigt meines Erachtens deutlich, wo sich das Denkmodell des Sachverständigenrates, dem der Vorschlag folgt, und die – künftige – Realität nicht zur Deckung bringen lassen werden: Im Verhalten des Patienten. Der Patient kennt die beiden Ebenen der ambulanten und stationären Versorgung, einschließlich deren Stärken und Schwächen, und verhält sich in einem (vermuteten) Notfall entsprechend.

Neue Versorgungsebene

Dass dies gegenwärtig zu einem Überlaufen der Notaufnahmen der Krankenhäuser mit Patienten führt, die dort nicht hingehören und die mit den Mitteln der dafür nicht vorgesehenen Krankenhäuser nicht versorgt werden müssen, ist unbestritten. Aber die Schaffung einer neuen Versorgungsebene wird das Problem nicht lösen. Der system- und problemadäquate Ansatz ist und bleibt die Kooperation der beiden Sektoren in sektorenverbindenden Einrichtungen, wie schon in Bayern und Baden-Württemberg erfolgt, wo an geeigneten Kliniken sogenannte Bereitschaftspraxen etabliert wurden, welche zu einer Entlastung der Notaufnahmen führen. Der Notfallpatient, der nicht der stationären Krankenhausaufnahme bedarf, ist ein ambulanter Patient, der sachgerecht in der Praxis des niedergelassenen Arztes bzw. der von seiner Kassenärztlichen Vereinigung für die sprechstundenfreien Zeiten eingerichteten Bereitschaftspraxis zu versorgen ist. Dass das BMG das eigentlich genauso sieht, wird schon an der Finanzierungsregelung deutlich, die bei Betonung des Grundsatzes der Beitragssatzstabilität, die Vergütung für die neue Stufe der Notfallversorgung aus den Mitteln für die vertragsärztliche Versorgung herauslöst.

Aus Situationen heraus, in denen die Notfallversorgung gegenwärtig noch nicht zufriedenstellend funktioniert, den Sicherstellungsauftrag für die Versorgung außerhalb der Sprechstundenzeiten auf die Länder zu übertragen, heißt: „Das Kind mit dem Bade ausschütten.“ Am Ende wird den Ländern, mindestens den Flächenländern, gar nichts anderes übrigbleiben als dann ihrerseits die KV mit Leistungen, wie dem aufsuchenden

Bereitschaftsdienst, zu beauftragen. Und sich selbst als Notfall einschätzende Patienten werden nach wie vor Krankenhäuser aufsuchen, weil sie dort – und nicht von einem Konstrukt wie einem „Integrierten Notfallzentrum“ – eine möglichst umfangreiche Diagnostik erwarten, die ihnen das Krankenhaus schon aus haftungsrechtlichen Gründen angedeihen lassen wird.

Ersteinschätzungsinstrument

Die hohe Bedeutung eines „qualifizierten, standardisierten und softwaregestützten Ersteinschätzungsverfahrens“ für die sachgerechte Einschätzung eines Notfallpatienten sehe auch ich. Das Zentralinstitut für die Kassenärztliche Vereinigung (ZI) hat dafür eine Standardisierte medizinische Ersteinschätzung Deutschland (SmED) entwickelt, die in einem breiten Konsens der beteiligten Experten im medizinischen Beirat künftig zur Anwendung im Notfalldienst kommen kann. Auf Basis einer strukturierten Abfrage soll der anhand des Systems der so ermittelte Versorgungsbedarf eines Patienten dem angemessenen Versorgungszeitpunkt („time to treat“) und der richtigen Versorgungsebene/Versorgungsort („point of care“) zugeordnet werden. Im SmED-Beirat ist hohe Kompetenz und Praxiskenntnis vorhanden und die Politik ist eingeladen, sich von der Qualität der dort schon geleisteten Arbeit zu überzeugen, bevor der hier deutlich sachferne Gemeinsame Bundesausschuss als der ohnehin schon überlastete „Alleskönner“ einen neuen Auftrag bekommt.

Der im SmED erarbeitete Algorithmus kann in den Leitstellen der Notrufnummern 112 und 116 117 ebenso wie und in modifizierter Form am Tresen der Bereitschaftspraxen zum Einsatz kommen und die sachgerechten Versorgungswege für Notfallpatienten vorschlagen. Die Zusammenlegung der Notfallnummern 112 und 116 117 halte ich in diesem Zusammenhang ebenfalls für nicht zielführend, zumal seitens der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV) erfolgreich erhebliche Anstrengungen unternommen wurden, die Rufnummer 116 117 deutschlandweit bekannt zu machen. Aktuell werden im Beirat auch die Qualifikationen des medizinischen Personals der jeweiligen Versorgungsebene diskutiert, sodass es aus meiner Sicht hierzu nicht der Expertise von wissenschaftlichen Fachgesellschaften bedarf, zumal diese im medizinischen Beirat vertreten sind. Ich appelliere an die Politik, diesen Beirat als das Gremium zu berücksichtigen, welches sowohl das Ersteinschätzungsinstrument für die Notfallpatienten als für die Qualifikation der jeweiligen Versorgungsebene definieren kann. Die Politik sollte sich von der Arbeit des SmED überzeugen lassen und mit den Beteiligten konstruktiv die eingeschlagenen Wege einer sektorenverbindenden Kooperation der vorhandenen Versorgungsebenen in der Notfallversorgung weiterentwickeln.