

Notfallversorgung in Not

Bad Nauheimer Gespräch mit Dr. Susanne Johna und Dr. Eckhard Starke

Überfüllte Notaufnahmen, überlastetes Personal, jeder zweite Patient in der Notaufnahme ist kein Notfall: So oder so ähnlich lauten die Schlagzeilen in Presse, Funk und Fernsehen zu Missständen im Gesundheitswesen, die fast jeder kennt. Sie bestätigten persönliche, schmerzhaft Erfahrungen, aber auch die Frustration der Ärztinnen und Ärzte sowie des Pflegepersonals in den Notfallambulanzen durch Überlastung und Hektik, sagte Dr. med. Ingrid Hasselblatt-Diedrich, 1. Geschäftsführendes Vorstandsmitglied des Förderkreises Bad Nauheimer Gespräche, in ihren einleitenden Worten zu der Veranstaltung „Notfallversorgung in Not“ im Haus der Landeszahnärztekammer Hessen.

Nach zweijährigen Beratungen hatte der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) am 18. April Beschlüsse zur Notfallversorgung entsprechend dem Krankenhausstrukturgesetz 2016 gefasst. Sie beinhalten eine Neuregelung, die Definition von Qualität und personellen Mindest-

standards, aber auch den Ausschluss von 30 Prozent der Kliniken von der finanziellen Förderung der Notaufnahmen. „Eine komplexe und schwierige Thematik“, kommentierte Hasselblatt-Diedrich. Bereits ein halbes Jahr zuvor hatten Marburger Bund und Kassenärztliche Bundesvereinigung gemeinsam Vorschläge zur Rettung der Notfallversorgung erarbeitet und am 18. September 2017 die „Integrative Notfallversorgung“ vorgestellt.

Die Internistin und Gesundheitsökonomin Dr. med. Susanne Johna, Mitglied des Bundesvorstandes der Marburger Bundes und Landesvorsitzende des Marburger Bundes in Hessen sowie Präsidiumsmitglied der Landesärztekammer Hessen, und der Stellvertretende Vorstandsvorsitzende der Kassenärztlichen Vereinigung Hessen Dr. med. Eckhard Starke, Allgemeinarzt, Fachkunde Rettungsdienst, Notfallmedizin, erläuterten und kommentierten das von einer Arbeitsgruppe aus Krankenhausärzten und niedergelassenen Ärzten entwickelte Reformkon-

zept anlässlich des Bad Nauheimer Gesprächs.

Zentrale Forderungen seien eine gemeinsame medizinische Anlaufstelle am Krankenhaus, personelle und digitale Verknüpfung der Sektoren, um eine doppelte Inanspruchnahme zu vermeiden und eine gerechte Beteiligung der Ärztinnen und Ärzte an der Notfallversorgung, machten die Referenten deutlich. Wichtig sei eine definierte Strukturqualität, so Johna. Alle Patienten müssten nach Behandlungsdringlichkeit eingeordnet werden. Dabei solle schon beim Primärkontakt am Telefon eine Ersteinschätzung durch medizinisch geschultes Personal erfolgen, ob der Patient einen Facharzt benötige oder nicht.

Ein weiterer gemeinsamer Lösungsvorschlag zielt darauf ab, die Telefonnummern 112 und 116 117 zu vernetzen. Auch müssten die entsprechenden Rechtsgrundlagen geschaffen und die neuen Strukturen zunächst in Modellprojekten erprobt werden.

„Gestuftes System der stationären Notfallversorgung“ / G-BA-Beschluss

Krankenhäuser, die Notfallpatientinnen und -patienten stationär versorgen, können künftig der Höhe nach gestaffelte finanzielle Zuschläge erhalten. Voraussetzung dafür ist, dass bestimmte Mindestanforderungen erfüllt werden, die aus qualitativer Sicht für eine gute Notfallversorgung erforderlich sind. Auf Basis des aktuell beschlossenen Stufensystems werden die für die Krankenhausvergütung zuständigen Vertragspartner – die Deutsche Krankenhausgesellschaft, der GKV-Spitzenverband und der Verband der privaten Krankenversicherung – Zu- und Abschläge für die Teilnahme oder Nichtteilnahme an dem gestuften System von Notfallstrukturen vereinbaren. Die neue Regelung sieht vor, dass ein Krankenhaus für die Zuordnung in die Basisnotfallversorgung (Stufe 1) min-

destens über die Fachabteilungen Chirurgie/Unfallchirurgie sowie Innere Medizin am Standort verfügen muss. Die Aufnahme von Notfällen erfolgt ganz überwiegend in einer Zentralen Notaufnahme. Hier wird auf der Grundlage eines strukturierten Systems über die Priorität der Behandlung entschieden und der Notfallpatient spätestens 10 Minuten nach der Aufnahme dazu informiert. Darüber hinaus muss gewährleistet sein, dass die entsprechende Betreuung durch einen Facharzt – bei Bedarf auch durch einen Anästhesisten – innerhalb von maximal 30 Minuten am Patienten verfügbar ist. Für eine möglicherweise angezeigte Intensivbetreuung muss eine Intensivstation mit der Kapazität von mindestens sechs Betten vorhanden sein. Neben den Mindeststandards für die Ba-

sisnotfallversorgung enthält die Regelung des G-BA auch die Anforderungen an eine erweiterte und umfassende Notfallversorgung. Die allgemeine Hilfeleistungspflicht jedes Krankenhauses bleibt von der Zuordnung oder Nichtzuordnung zur Notfallversorgung unberührt. Um die stationäre Notfallversorgung auch in strukturschwachen Regionen zu stärken, werden alle Krankenhäuser, die die Voraussetzungen für den Erhalt von Sicherstellungszuschlägen erfüllen, mindestens als Basisnotfallversorgungskrankenhäuser eingestuft. Sicherstellungszuschläge dienen dazu, in strukturschwachen Regionen eine stationäre Basisversorgung aufrecht zu erhalten.“

Auszug aus der Pressemitteilung
des G-BA vom 19.04.2018

„Patienten sind die Hauptpersonen im Gesundheitssystem, aber auch Hauptpersonen brauchen Regeln“, betonte Starke mit Blick auf die aktuelle Situation. „Wir müssen künftig zwingend zwischen tatsächlichen Notfällen und solchen Fällen unterscheiden, in denen die Patienten sofort behandelt werden wollen, obwohl sie häufig schon länger Beschwerden haben“. In der Ärzteschaft habe man überlegt, wie man der Konsumhaltung der Patienten entgegen treten könne. So sehe die von der Kassenärztlichen Bundesvereinigung gemeinsam mit dem Marburger Bund erarbeitete „Integrative Notfallversorgung“ vor, dass Notfallpatienten in die für sie geeignete Versorgungsebene gebracht werden.

Im Rahmen von Modellprojekten müsse die Gesundheitskompetenz der Bevölkerung bezüglich der Notfallversorgung gestärkt und die Finanzierung durch normgebende Institutionen unterstützt werden. Nach dem von Prof. Dr. med. Ferdinand Gerlach vorgestellten Konzept der Integrierten Versorgung solle es künftig eine zentrale Anlaufstelle, den sogenannten Tresen, im Krankenhaus geben, von dem aus der Notfallpatient entweder an den ärztlichen Bereitschaftsdienst oder die zentrale Notaufnahme weitergeleitet werden soll.

Nötig sei eine personelle und digitale Verknüpfung der Sektoren, sagte Johna. Die Politik habe das Problem erkannt und im Koalitionsvertrag eine gemeinsame Finanzierungsverantwortung und den Aufbau von Notfallleitstellen und integrierten

Notfallzentren gefordert. Außerdem sei ein Strukturfond in Höhe von 1 Milliarde Euro für weitere vier Jahre aufgelegt worden. Doch das Kernproblem – der jährliche Investitionsbedarf der Krankenhäuser – sei damit nicht gelöst. Unterschiedlich bewerteten beide Referenten das Stufenkonzept des G-BA zur stationären Notfallversorgung, wonach alle Krankenhäuser nach einem Kriterienkatalog beurteilt werden, ob sie die Voraussetzung für die Notfallversorgung erfüllen und nur dann zusätzliches Geld erhalten sollen. Johna kritisierte, dass dadurch bundesweit die Existenz von rund 639 Kliniken und damit die flächendeckende Versorgung von Notfällen gefährdet sei, da vor allem kleinere Kliniken auf dem Land von den Kürzungen betroffen seien.

Eine Sichtweise, die Starke nicht teilte. „Notfälle werden überall in Deutschland flächendeckend behandelt“, stellte er fest. Stationäre Notfallaufnahmen in Kliniken, die eine qualifizierte Notfallversorgung anbieten, würden auch weiterhin aufrechterhalten. Wichtig sei ein Konzept mit einer umfassenden Notfallversorgung als Grundmodell, einer erweiterten



Dr. med. Ingrid Hasselblatt-Diedrich, Dr. med. Susanne Johna und Dr. med. Eckhard Starke (v. l.)

Notfallversorgung und einer Basisnotfallversorgung. Seinem Argument, die von Kürzungen betroffenen Krankenhäuser hätten in der Vergangenheit nur fünf Prozent der Patienten versorgt, hielt Johna entgegen, dass es sich dabei immerhin um die Zahl von 2,5 Millionen Patienten handele. „Die Frage ist: Wo werden diese Menschen künftig versorgt?“ Sie kämen zusätzlich auf die anderen Notaufnahmen zu. Ihre hohe Zahl könne nicht ambulant bewältigt werden.

Als Feuerwerk von Informationen bezeichnete Hasselblatt-Diedrich die Diskussion. Obwohl es noch unterschiedliche Positionen gebe, stimme es sie optimistisch, dass sich Krankenhausärzte und niedergelassene Ärzte zusammengesetzt hätten, um eine Lösung zu finden.

Katja Möhrle