

Neustrukturierung der Notfallversorgung

Ein Kernthema der nächsten Legislaturperiode

Von Wulf-Dietrich Leber

Handlungsbedarf: Notfallversorgung am Patienten orientieren

Die Neuordnung der Notfallversorgung kristallisiert sich als eines der Kernthemen der nächsten Legislaturperiode heraus. Überfüllte Krankenhausambulanzen bei vermeintlich unzureichender Finanzierung sind allgegenwärtig in der gesundheitspolitischen Debatte. Da formal der Sicherstellungsauftrag für die ambulante Notfallversorgung bei den Kassenärztlichen Vereinigungen (KVen) liegt, stellt sich die Frage, ob dieser noch ausreichend erfüllt wird. Der Grenzbereich zwischen ambulanter und stationärer Versorgung ist traditionell hart umkämpft und bislang nicht gerade durch kooperative Leistungserbringung geprägt. Die aber ist notwendig, wenn eine patientenorientierte Notfallversorgung etabliert werden soll.

Das Zusammenwirken von kassenärztlichen Notdienstpraxen und Notfallambulanzen am Krankenhaus dürfte der Kern einer Neustrukturierung der Notfallversorgung sein. Handlungsbedarf besteht aber darüber hinaus. Im Folgenden soll zunächst der Reformbedarf bei der Notfallversorgung durch Krankenhäuser dargestellt werden – ganz unabhängig von der vertragsärztlichen Versorgung. Dann wird – aufbauend auf dem Konzept der KV-Notdienstpraxen an Krankenhäusern – das Zusammenwirken erläutert. Am Ende wird der Reformbedarf im Rettungsdienst aufgezeigt.

Stationäres Notfallstufenkonzept als Basis der Neuordnung

Mit dem Krankenhausstrukturgesetz (KHSG) wurde der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) beauftragt, stationäre Notfallstufen zu definieren. Eigentlicher Anlass ist der finanzielle Ausgleich von unterschiedlich hohen Vorhaltekosten für die Notfallversorgung, die das DRG-System aufgrund seines Fallbezugs nicht abbilden kann. De facto werden durch die Notfallstufen auch Mindeststandards für die Teil-

nahme an der Notfallversorgung und Qualitätsanforderungen geschaffen. Die durch den G-BA zu beschließenden Notfallstufen sind allerdings vom Gesetzgeber streng sektoral angelegt und sehen keine Verknüpfung zu ambulanten Notfallstrukturen vor.

Das stationäre Notfallstufenkonzept, welches derzeit vom G-BA erarbeitet und evaluiert wird, sollte die Ausgangsbasis für die Neustrukturierung der stationären und ambulanten Notfallversorgung bilden. Drei Notfallstufen sind zu unterscheiden: die Basisnotfallversorgung, die erweiterte und die umfassende Notfallversorgung. Der G-BA sollte im nächsten Schritt den Auftrag erhalten, Mindestvorgaben zu den vorzuhaltenden ambulanten Notfallstrukturen zu definieren. Dies sollte zwingend in Abstimmung mit den stationären Notfallstufen geschehen, damit ambulante Notfallstrukturen nur an solchen Krankenhäusern etabliert werden, an denen auch rund um die Uhr eine stationäre Notfallversorgung stattfindet.

Notfallversorgung konzentrieren

Die Behandlung von Patienten mit schwerwiegenden lebensbedrohlichen Erkrankungen sollte auf wenige spezialisierte Notfallkrankenhäuser konzentriert werden, sodass die Patienten von erfahrenem Personal behandelt werden und die Überlebenschancen steigen.

Die Notfallversorgung hat in den vergangenen Jahren in vielen europäischen Ländern verschiedene Reformen durchlaufen. Einige Länder haben dabei spezialisierte Strukturen für die Notfallversorgung von hochkomplexen Fällen eingeführt und eine Zentralisierung der Notfallversorgung an weniger Standorten vorangetrieben mit dem Ziel, Versorgungsqualität und Effizienz zu erhöhen. Während in Berlin 36 Krankenhäuser Herzinfarktpatienten aufnehmen, sind es in Wien tagsüber sechs und nachts zwei Krankenhäuser (Stand 2015).

Zentrale Notaufnahmen etablieren

Die Notfallversorgung aller Notfallpatienten sollte in einer Zentralen Notaufnahme (ZNA) stattfinden. Es ist nicht sinnvoll, dem Patienten im Notfall die Suche nach der richtigen Abteilung zuzumuten. Ausnahmen sind nur bei offensichtlich klarer Zuständigkeit im Krankenhaus möglich (z. B. für Schwangere und Kinder).

Die ZNA ist eine unverzichtbare Komponente der modernen Notfallmedizin. Ein kritisch kranker Patient kann nicht selbst seine Zuordnung in die geeignete fachgebietsspezifische Notaufnahme vornehmen. Zwar gibt es einen deutlichen Trend hin zur ZNA, allerdings ist die Umsetzung in Deutschland noch längst nicht an jedem Notfallkrankenhaus erfolgt. Die Entscheidung zwischen mehreren Notaufnahmen darf nicht der Patient selbst oder der Pförtner treffen müssen. Bei vielen Erkrankungen ist nicht sofort ersichtlich, wer der geeignete Behandler ist. Daher sollte der Patient in einer zentralen Anlaufstelle von interdisziplinär ausgebildetem Personal angesehen, gegebenenfalls erstversorgt und der geeigneten Fachdisziplin zur Weiterbehandlung zugeleitet werden. Alle Patienten erhalten eine Ersteinschätzung in der ZNA. Diese Regelung sichert eine nach Behandlungspriorität geordnete Reihenfolge der Patientenbehandlung sowie bei Bedarf eine schnelle und zielgerichtete Zuweisung in die zuständige Fachabteilung.

KV-Notdienstpraxen am Krankenhaus organisieren

Die Versorgungssituation im ärztlichen Bereitschaftsdienst ist für Patienten unübersichtlich. Patienten wissen häufig nicht, wann und wo sie den ärztlichen Bereitschaftsdienst erreichen können. Es gibt oftmals keine festen Bereitschaftspraxen, sondern der Notdienst findet in der Praxis des jeweils diensthabenden Arztes statt. Die Öffnungszeiten der Bereitschaftspraxen variieren und decken nicht immer die gesamte sprechstundenfreie Zeit ab. Daher suchen viele Patienten direkt die Notaufnahmen der Krankenhäuser auf. Dort müssen dem Patienten verschiedene Versorgungsebenen „unter einem Dach“ angeboten werden. Das heißt, es müssen auch ambulante vertragsärztliche Strukturen am Krankenhaus angeboten werden, die leichtere Notfälle versorgen und

dazu beitragen, dass die Kapazitäten der Krankenhausambulanzen für schwere, zeitkritische Notfälle bereitgehalten werden. Die mit dem KHSG geschaffene Verpflichtung, KV-Notdienstpraxen in oder an Krankenhäusern einzurichten, ist ein Schritt in die richtige Richtung, bedarf aber bundeseinheitlicher Rahmenvorgaben, insbesondere im Hinblick auf die Verfügbarkeit und die personelle Ausstattung. Zudem ist eine bessere Koordination der verschiedenen Bereiche der Notfallversorgung dringend geboten. Patientenorientierte Strukturen müssen folgende Kriterien erfüllen: einfache Auffindbarkeit, 24-stündiger, möglichst barrierefreier Zugang, zeitnahe Verfügbarkeit einer umfassenden Diagnostik und gute Qualität der Behandlung.

Mit dem KHSG wurde prinzipiell schon der Weg vorgezeichnet, dass die KVen den Notdienst zukünftig durch vertragsärztliche Notdienstpraxen in oder an Krankenhäusern sicherstellen sollen. Allerdings lässt der gesetzliche Auftrag offen, an wie vielen Krankenhäusern und nach welchen Kriterien die Notdienstpraxen einzurichten sind. Daher sollte der Versorgungsauftrag der KVen konkretisiert werden und der G-BA bundesweite Strukturvorgaben für die Einrichtung von KV-Notdienstpraxen an Krankenhäusern festlegen. Die Einrichtung dieser Praxen hat in Abstimmung mit den stationären Notfallstufen des G-BA zu erfolgen.

Triage und Steuerung in Versorgungsebenen

Es sollte jeweils diejenige Versorgungsebene vom Patienten in Anspruch genommen werden, die geeignet und bedarfsgerecht ist. Um dies zu erreichen, müssen Patienten eine zentrale Anlaufstelle haben, von der aus sie auf Basis einer qualifizierten Ersteinschätzung in die geeignete Versorgungsebene weitergeleitet werden. Dieser Ersteinschätzungsprozess ist gemeinsam durch die KV und das Krankenhaus zu organisieren.

Für Patienten, die selbst die Notfallstrukturen aufsuchen, erfolgt zunächst eine Ersteinschätzung der Erkrankungsschwere (Triage). Dieser Ersteinschätzungsprozess ist gemeinsam durch die KV und das Krankenhaus in der ZNA zu organisieren. Danach folgt eine „Wegweisung“ (Disposition) der Patienten in die geeignete Versorgungsebene: KV-Notdienstpraxis, ambulante Behandlung in der Notaufnahme

oder stationäre Krankenhausaufnahme. Die Disposition geschieht unter ärztlicher Aufsicht.

Wenn es sich um einen ambulanten, im kassenärztlichen Bereich behandelbaren Fall handelt, wird der Patient an die KV-Notdienstpraxis am Krankenhaus weitergeleitet. Die Notaufnahmen der Krankenhäuser werden so von leichteren Notfällen entlastet. Es wird einerseits die Patientenpräferenz berücksichtigt, einen kompetenten Versorger an zentraler Stelle im Notfall aufzusuchen. Andererseits wird die Akzeptanz erhöht, in einer ambulanten Praxis behandelt zu werden, da die Nähe zum Krankenhaus im Bedarfsfall eine sofortige Weiterbehandlung in einer höheren Versorgungsebene gewährleistet.

Für ambulante Notfälle, die nicht selbstständig eine KV-Notdienstpraxis am Krankenhaus aufsuchen können oder wollen, stellt die KV den Bereitschaftsdienst sicher. Die mobile Notfallversorgung wird durch die gemeinsame Leitstelle der KV und des Rettungsdienstes aktiviert, die auf Basis eines standardisierten Entscheidungsprozesses entweder den KV-Bereitschaftsdienst oder den Rettungsdienst zum Patienten entsendet.

Besteht bei dem in der ZNA vorstelligen Patienten der Verdacht auf eine schwerwiegendere Erkrankung und die Notwendigkeit, eine stationäre Aufnahme abzuklären, verbleibt der Patient zur weiteren Diagnostik in der Notaufnahme. Patienten können dort bei Bedarf bis zu 24 Stunden auf einer Kurzliegerstation verbleiben. Schwerwiegende Notfälle, die einer stationären Behandlung bedürfen, werden über die ZNA direkt stationär aufgenommen.

Patienten, die mit dem Rettungsdienst in die ZNA gebracht werden, erhalten dort ebenfalls eine Ersteinschätzung der Behandlungsschwere und anschließende „Wegweisung“ in die geeignete Versorgungsebene. Bei schweren Notfällen sollte der Rettungsdienst relevante Daten vorab an die ZNA übermitteln.

Die gesamte Rettungskette in den Blick nehmen

Für eine bessere Steuerung der Inanspruchnahme der Notfallversorgung ist eine enge Kooperation zwischen den Leitstellen des KV-Notdienstes und den Rettungsleitstellen erforderlich. Da die Nummer des

KV-Notdienstes vielen Patienten nicht bekannt ist, wird die Notrufnummer des Rettungsdienstes auch von Patienten genutzt, die ambulant behandelt werden könnten. Derzeit besteht keine regelhafte Kooperation zwischen beiden Leitstellen und es erfolgt keine Übergabe des Patientenfalles an den KV-Notdienst. Es ist daher notwendig, dass beide Notrufnummern (112 und 116 117) an einer Stelle zusammenlaufen, an der speziell geschultes Personal auf Basis einer standardisierten Entscheidungskaskade die Auswahl für die geeignete mobile Notfallversorgung – den Rettungsdienst oder den aufsuchenden Bereitschaftsdienst der KV – trifft.

Der Zeitfaktor ist bei vielen Notfällen wichtig für Heilungs- und Überlebenschancen. Um zu gewährleisten, dass der Patient genau in jenes Krankenhaus transportiert wird, in dem sein Fall zum aktuellen Zeitpunkt am besten behandelt werden kann, soll die Transparenz über verfügbare Behandlungskapazitäten für den Rettungsdienst verbessert werden. Moderne Kommunikationstechnologien ermöglichen einen Informationsaustausch in Echtzeit zwischen Krankenhäusern und Rettungsdiensten über die aktuellen Behandlungs- und Versorgungsmöglichkeiten in den Krankenhäusern. Bei besonders schwerwiegenden Notfällen (Verbrennungen, Polytrauma, Herzinfarkt, Schlaganfall) können so direkt spezialisierte Häuser angesteuert werden. Der Rettungsdienst übermittelt die Behandlungsdringlichkeit und Eintreffzeit des Patienten bereits vorab an das Krankenhaus, sodass man dort auf die Übernahme des Patienten vorbereitet ist. Die Kommunikationssysteme werden bereits in einigen Bundesländern (z. B. IVENA in Hessen) eingesetzt und sind zukünftig bundesweit verpflichtend einzuführen.

Die präklinische Patientenversorgung wird heute nicht in Qualitätssicherungsmaßnahmen einbezogen, obwohl sie eine bedeutende Rolle für die gesamte Behandlungskette eines Notfallpatienten spielt. Die Beauftragung der Leistungserbringer im Rettungsdienst erfolgt aktuell allein auf Basis des Preises, da keine geeigneten Qualitätsindikatoren vorhanden sind. Es sollte eine Richtlinie für Qualitätssicherung im Rettungsdienst entwickelt werden. Perspektivisch sollten bei der Beauftragung auch Qualitätsaspekte zugrunde gelegt werden.

Eine wichtige Voraussetzung für eine Qualitätssicherung und strukturelle Weiterentwicklungen der Notfallversorgung ist eine verbesserte und standardisierte Dokumentation. Über die Notfallversorgung der geschätzt über 21 Millionen Notfallpatienten pro Jahr existieren aktuell keine bundesweiten Daten. Außer stichprobenhaften Datenerhebungen im Rahmen von einzelnen Umfragen oder Studien sind keine regelmäßigen und einrichtungsübergreifenden Datenerhebungen in der klinischen Notfallmedizin vorhanden.



Foto: GKV-Spitzenverband
Dr. Wulf-Dietrich Leber