



Patienten besser steuern, Ressourcen bündeln

Westfälischer Ärztetag diskutierte Ideen für die Notfallversorgung der Zukunft

von Klaus Derckx, ÄKWL

Im Notfall brauchen Patienten schnell den richtigen ärztlichen Ansprechpartner. Dass sie dabei immer öfter Hilfe in den Ambulanzen der Kliniken suchen, statt sich an niedergelassene Ärztinnen und Ärzte zu wenden, ist zu einem großen Problem geworden: „Herausforderungen der Notfallversorgung in Zeiten knapper Ressourcen“ war deshalb Thema des zehnten Westfälischen Ärztetages, zu dem die Ärztekammer im Juli nach Münster eingeladen hatte. „Patientenerziehung“ mit dem Ziel einer raschen Verhaltensänderung verspricht indes wenig Erfolg – umso mehr sorgten Ideen für künftige intelligente und effiziente Strukturen, die ärztlichen Bereitschaftsdienst, Notfallambulanzen und Rettungsdienst verzahnen können, für Diskussionen bei Fachleuten und den rund 200 Besucherinnen und Besuchern des Ärztetages.

Wenn ich krank bin, will ich das sofort geklärt haben", beschrieb Ärztekammer-Präsident Dr. Theodor Windhorst die Gefühlslage derer, die mit akuten Gesundheitsproblemen ärztliche Hilfe suchen und adäquate Versorgung erwarten. „Viele wissen jedoch gar nicht, was sie auslösen, wenn sie mit ihrem Problem gleich ins Krankenhaus gehen.“ Die Ärztinnen und Ärzte dort seien angesichts hoher Arbeitsbelastung auf den Stationen und in der Notfallambulanz „komplett am Ende“. Patienten müssten daher, so der Ärztekammer-Präsident, so geleitet werden, dass sie einerseits medizinisch angemessen versorgt, gleichzeitig aber Ambulanzen und Krankenhäuser entlastet würden.

Dies erfordere sektorübergreifende Lösungen. Neue Triage-Systeme und integrierte Leitstellen mit der Möglichkeit ärztlicher Rücksprache seien solche Ansätze zum Nutzen aller. Diese Initiative werde zwischen Landesgesundheitsministerium, Ärztekammer, Kassenärztlicher Vereinigung und Städtetag diskutiert. Des Weiteren müssten an Krankenhäusern Portalpraxen eingerichtet werden, die Patienten steuern könnten.

Einigkeit in der Problem-Bewertung nutzen

„Keiner wird die Probleme der ambulanten Notfallversorgung allein lösen“, sprach sich auch Dr. Gerhard Nordmann klar für eine Kooperation der Beteiligten aus. „Wir sollten jetzt damit starten, denn selten herrscht eine solche Einigkeit im Gesundheitswesen wie in der Frage des Notfalldienstes“, warb der zweite Vorsitzende der Kassenärztlichen Vereinigung Westfalen-Lippe. Das Landesgremium nach § 90a SGB V berate in Untergremien bereits über Fragen der Einrichtung von Portalpraxen und Triagierung sowie über die Frage der Zusammenlegung der Notrufnummer 112 mit der Notfalldienst-Nummer 116 117.

In Westfalen-Lippe organisiere die KVWL 63 Notfalldienstpraxen. „Die niedergelassenen Kolleginnen und Kollegen versorgen an den Wochenenden mehr Notfall-Patienten als die Kliniken“, stellte Nordmann heraus: So hätten 2016 rund 620.000 Menschen an Wochen-

enden und Feiertagen den KV-organisierten Notfalldienst aufgesucht, 515.000 seien in die Krankenhaus-Ambulanzen gekommen. Doch sei die ständige Verfügbarkeit des Krankenhauses offenbar sehr attraktiv für Patienten, von denen 16 Prozent auch während der Praxis-Öffnungszeiten lieber eine Klinik aufsuchten.



Dr. Gerhard Nordmann

Rund 200 Teilnehmerinnen und Teilnehmer folgten den Vorträgen und Diskussionen beim Westfälischen Ärztetag in Münster.

Fotos: kd

Notfalldienst-Nummer 116 117 – die große Unbekannte?

„Dringenden Handlungsbedarf“ konstatierte auch Dr. rer. pol. Klaus Goedereis, Mitglied im Präsidium der Krankenhausgesellschaft Nordrhein-Westfalen. Die Misere der Patientensteuerung illustrierte Goedereis mit den Ergebnissen einer aktuellen Umfrage unter Patienten, die in Hessen Kliniken aufgesucht hatten. Nur wenigen Patienten sei die Nummer des KV-Notfalldienstes 116 117 überhaupt bekannt gewesen; fast die Hälfte habe zudem angegeben, von einem niedergelassenen Arzt an die Notaufnahme verwiesen worden zu sein.

In Nordrhein-Westfalen, so Dr. Goedereis, sei man auf dem richtigen Weg, abgestimmte

Steuerungs- und Versorgungsstrukturen mit hoher Verlässlichkeit für Patienten und Akteure zu schaffen – und diese auch mit einer auskömmlichen Finanzierung zu unterlegen.

„Wenn aus der Selbstverwaltung nichts zu diesem Thema kommt, wird es ein Gesetz geben. Was das dann allerdings beinhaltet, weiß man nicht“, mahnte Goedereis mit Blick auf mögliche Entwicklungen in der Bundespolitik zur Kooperation.



Dr. Theodor Windhorst

DEMOGRAFISCHER WANDEL UND DIE FOLGEN FÜR DAS GESUNDHEITSWESEN

„Ansprüche ausbalancieren“

Die Notfallversorgung ist nur einer von vielen Bereichen des Gesundheitswesens, auf die sich der demografische Wandel in Deutschland auswirkt. Prof. Dr. rer. pol. Jürgen Wasem, Inhaber des Alfred Krupp von Bohlen und Halbach-Stiftungslehrstuhls für Medizinmanagement an der Universität Duisburg-Essen, übernahm es deshalb, den Teilnehmern des Westfälischen Ärztetags einen Überblick über die gewaltige Herausforderung des Ausbalancierens von Nachfrage und Ressourcen im Gesundheitswesen in den kommenden Jahrzehnten zu geben.

Die Attraktivität des Themas aus gesundheitsökonomischer Sicht liege auf der Hand, so Prof. Wasem: Alter und Gesundheitskosten hängen eng zusammen, sie steigen mit zunehmendem Lebensalter. Doch sind die durch den medizinischen Fortschritt gewonnenen Lebensjahre zusätzliche Jahre in Gesundheit? Oder sind es Jahre, die eher von chronischer Krankheit gekennzeichnet sind? „Beides trifft zu, es gibt aber offenbar schichtspezifische Unterschiede.“



Prof. Dr. Jürgen Wasem

Vorausberechnungen der Bevölkerungsstruktur gibt es in zahlreichen Varianten – je nach Auswahl des Berechnungsmodells, erläuterte Prof. Wasem, müsse man mit einem Anstieg der Pro-Kopf-Ausgaben für die gesundheitliche Versorgung zwischen 0,3 und 0,5 Prozent

rechnen. „Das spiegelt sich heute schon in manchen KV-Bereichen beim Wachstum der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung wider.“ Entsprechend seien steigende Beitragssätze für die Krankenversicherung zu erwarten. Ausgehend von 15,5 Prozent im Jahr 2015 könnten sie je nach Prognosen-Variante im Jahr 2060

zwischen 17,8 und 19,1 Prozent liegen. Der Druck entstehe an dieser Stelle jedoch nicht allein durch die demografische Entwicklung, sondern auch durch den medizinischen Fortschritt.

Ebenfalls unter Druck steht die Einnahmeseite des Gesundheitswesens. Die Alterung der Bevölkerung mit immer weniger erwerbstätigen Beitragsszahlern wirke sich dort aus. Wasem sah deshalb Konfliktpotenzial. „Es wird eine Aufgabe sein, die Ansprüche auszubalancieren.“

Laut Prof. Wasem gibt es im Wesentlichen drei Lösungsansätze für die anstehenden Finanzierungsprobleme: Steigende Einnahmen generieren, Kosten senken oder Leistungen beschränken. Doch auch jenseits der Finanzierung gibt es zahlreiche Fragen zu klären: Wie soll die „Ressource Arzt“ gestärkt werden? Wie ist dem Mangel an Gesundheitsberufen zu begegnen? „Man müsste mehr Geld zahlen, um diese Berufe attraktiver zu machen. Aber eine Million Pflegekräfte besser bezahlen – das ist im Beitragssatz sofort zu spüren.“

Die finanziellen Belastungseffekte aus dem demografischen Wandel allein seien für das Gesundheitswesen noch überschaubar, denn der Wandel sei nur einer von mehreren Treibern dort, so Prof. Wasems Fazit. Auf die qualitativen Anforderungen der alternden Gesellschaft sei das deutsche Gesundheitswesen hingegen erst in Ansätzen eingestellt. Vernetzte, interdisziplinäre und intersektorale Angebote müssten mehr Bedeutung erhalten, der Ausbau geriatrischer Versorgung als Querschnittsaufgabe sei erforderlich. Bei der künftigen Finanzierung des Gesundheitswesens sei das Hoffen auf einen „großen Wurf“ wenig realistisch. Notwendig sei vielmehr eine Weiterentwicklung der GKV-Finanzierung, ein Umfeld, das Produktivitätsverbesserungen ermögliche und ein kritisches Herangehen an den Leistungskatalog der Gesetzlichen Krankenversicherung. ■

Drei Beiträge aus der täglichen Versorgungspraxis gaben beim Westfälischen Ärztetag einen Einblick in die Situation von Rettungsdienst, Bereitschaftsdienst und Notaufnahme:

Rettungsdienst in Bewegung

Mehr Notrufe, ein verändertes Spektrum an Einsätzen und neue Anforderungen kennzeichnen die Situation im Rettungsdienst, legte PD Dr. Andreas Bohn dar. Der ärztliche Leiter Rettungsdienst Münster erläuterte anhand einer Auswertung von rund 2300 Notarzt-Einsätzen in der Stadt den Zusammenhang zwischen Einsatzzahlen und sozioökonomischem Status der Bevölkerung:



PD Dr. Andreas Bohn

Menschen in sozial schlechter gestellten Stadtteilen nähmen den Rettungsdienst häufiger in Anspruch. Allerdings sei der Anteil von Einsätzen, die sich im Nachhinein als nicht indiziert erwiesen, in allen Stadtteilen in etwa gleich hoch. Mittelfristig sei zudem aufgrund der demografischen Entwicklung noch einmal von einem Anstieg der

Einsatzzahlen auszugehen. Doch nicht nur die Nachfrage-Seite im Rettungsdienst ist in Bewegung. „Wir brauchen im Notarztdienst eine bessere Qualifikation“, forderte Dr. Bohn. Viele Notärztinnen und Notärzte in Westfalen-Lippe verfügten zwar über die „Fachkunde Rettungsdienst“, Bohn favorisierte jedoch

eine „Zusatzbezeichnung Rettungsdienst“ als Qualifikation. Nachqualifiziert werden muss derzeit zudem bei vielen weiteren Rettungsdienst-Mitarbeitern. Das Notfallsanitäter-Gesetz sieht seit 2014 eine dreijährige Ausbildung vor, Rettungsassistenten können eine Ergänzungsausbildung durchlaufen. Die Frist zum Ablegen der Ergänzungsprüfung läuft Ende 2020 ab.

Einsatzspektrum ändert sich

Notfallsanitäter, so Dr. Bohns Einschätzung, seien künftig besser ausgebildete „Lebensretter, die aber immer seltener zum Leben retten kommen werden“ – schließlich ändere sich das Spektrum der Rettungsdienst-Einsätze. Der Anteil von Einsätzen, bei denen Hilfe in

lebensbedrohlichen Situationen gefragt sei, werde kleiner. „Wenn wir jedoch den Job des ambulanten Sektors machen, machen wir ihn schlecht. Denn dafür sind wir nicht qualifiziert.“ Probleme sah Bohn auch in der Institution „Notaufnahme“: „Während der Rettungsdienst massiv aufgerüstet wird, können die Notaufnahmen nicht mitziehen.“

Welche Möglichkeiten hat ein Notfallpatient? Rettungsdienst rufen, Vorstellen beim niedergelassenen Arzt, ins Krankenhaus gehen – „dazwischen gibt es eine Versorgungslücke von ein bis zwei Stunden“, resümierte Dr. Bohn. „Das Kernproblem bleibt, dass der Patient die Entscheidung über den ‚Versorgungsweg‘ treffen muss.“

Portalpraxen: Erfahrungen aus Schleswig-Holstein

Können Portalpraxen Patientenströme in die „richtigen“ Bahnen lenken? In Schleswig-Holstein verfügt die Kassenärztliche Vereinigung bereits über Erfahrungen mit Einrichtungen dieser Art, erläuterte Dr. med. Dipl. Oec. med. Monika Schliffke. Die Vorstandsvorsitzende der KV Schleswig-Holstein erläuterte zunächst Grundsätzliches: So sei eine Portalpraxis

nach schleswig-holsteinischem Modell als allgemeinmedizinisch respektive kinder- und jugendärztlich orientierte Praxis der zentralen Notaufnahme einer Klinik direkt vorgeschaltet.

„Alle nicht über den Rettungsdienst in die Klinik kommenden Patienten werden zuerst in der Portalpraxis gesehen.“

Die Patientensteuerung geschehe allein unter medizinischen Gesichtspunkten. Schon 2013, als auf Bundesebene noch nicht von Portalpraxen die Rede gewesen sei, hätten sich KVSH und Krankenhausgesellschaft auf derartige Strukturen geeinigt.

Patienten, die ein umfassendes Leistungsver sprechen jederzeit abrufen wollen, abnehmen die direkte Erreichbarkeit von Vertragsärzten und ein Ressourcenproblem im ambulanten wie im stationären Bereich gleichermaßen: All das spreche für eine Portalpraxis, die als Notfallstandort einer Region für Patienten da



Dr. Dipl. Oec. med.
Monika Schliffke

sei. Dr. Schliffke kritisierte jedoch, dass die Institution „Portalpraxis“ ohne eine „saubere“ Definition Eingang ins Versorgungsstärkungsgesetz gefunden hätten und seither im Ruf eines Allheilmittels für Versorgungsprobleme stehe. „Das geht selbstverständlich so nicht.“

Ein-Tresen-Lösung

In Gesprächen mit den Kliniken des Landes versuche die KV Schleswig-Holstein, die Portalpraxen voranzubringen. „Wir streben die Zusammenlegung von Zentraler Notaufnahme und KV-Bereitschaftspraxis mit einer ‚Ein-Tresen-Lösung‘ für die Patienten an, wo dies baulich möglich ist“, berichtete Dr. Schliffke. Dazu sei es jedoch auch nötig, nicht nur Ärzte, sondern auch weitere Mitarbeiter wie MFA und Pflegekräfte der Kliniken für die erste Einschätzung medizinischer Patientenprobleme fachlich „auf Augenhöhe“ zu bringen und zudem geeignete Triage-Systeme zu entwickeln. Eine Portalpraxis könne beispielsweise aus der Verlegung einer hausärztlichen Praxis an eine Klinik entstehen, aber auch als gemeinschaftliche Zweigpraxis niedergelassener Ärzte. Letztes Mittel sei eine Eigeneinrichtung der KV. „Doch das wäre eigentlich ein Systembruch.“

Zahlreiche flankierende Maßnahmen müssten Einrichtung und Betrieb von Portalpraxen unterstützen, forderte die KVSH-Vorsitzende. So müsse die Leitstellenbesetzung für die Notfalldienst-Nummer 116 117 auf durchgehenden 24/7-Betrieb erweitert werden. Neben Praxis und Fahrdienst müsse auch eine Videosprechstunde optional möglich sein. Ferner brauche es eine Fortbildungsinitiative in der allgemeinmedizinischen Behandlung unselektierter Patienten für alle klinischen Fächer und nicht zuletzt einen separaten Finanzierungstopf für alle Notdienstleistungen. Pragmatische regionale Lösungen seien gefragt: „Es gibt zum Thema Notdienst keinen allein selig machenden Königsweg.“

Projekt im Lahn-Dill-Kreis: Notfalldienst-Strukturen gemeinsam verbessert

Eine integrierte Leitstelle für Notfall- und Rettungsdienst wird in der Diskussion um die Notfallversorgung häufig gefordert – über langjährige Erfahrungen mit einer solchen Einrichtung berichtete Dr. Gert Schmidt. Der Internist schilderte Aufbau und Betrieb des „Arzt-Notruf für die Region (A.N.R.)“, der im hessischen Lahn-Dill-Kreis von 2000 bis 2014

arbeitete. Als Reaktion auf Kritik an den traditionellen Notfalldienst-Strukturen gegründet, habe der A.N.R. die Situation nicht nur für Patienten, sondern auch für die Diensthabenden verbessert: Jeweils ein erfahrender Arzt aus der Region übernahm den Dienst gemeinsam mit Leitstellendisponenten; gemeinsam wurden rund 65.000 Notrufe bearbeitet. „Das waren



Dr. Gert Schmidt

extrem spannende Jahre“, bilanzierte Dr. Schmidt – und das nicht nur, weil die Leitstellenarbeit die kollegiale Vernetzung der Ärzte in der Region verbessert habe. Auch die Zusammenarbeit

mit Kliniken und Rettungsdienst sei deutlich verbessert worden.

30 Prozent der Notfälle, so Dr. Schmidts Erfahrung, seien telefonisch zu regeln gewesen. Das habe generell für Entschleunigung gesorgt, die Anzahl der Rettungsdiensteinsätze sei stabil geblieben. Die klare zeitnahe ärztliche Intervention habe Ängste bei Patientinnen und Patienten abgebaut und ein Mehr an Sicherheit und Ruhe gebracht. „Die Hilfsfristen konnten zu 100 Prozent eingehalten werden“, berichtete Schmidt, die Zahl der Todesfälle habe um 50 bis 100 pro Jahr reduziert werden können. Und nicht zuletzt habe sich die integrierte Leitstelle durch Einsparmöglichkeiten im Vergleich zu den vorherigen Strukturen auch finanziell gerechnet.

Dennoch wurde das Projekt im Lahn-Dill-Kreis 2014 beendet, u. a. weil die Kassenärztliche Vereinigung Hessen ein eigenes Call-Center-Konzept entwickelte. „Die Zukunft heißt trotzdem integrierte Versorgung“, war Dr. Schmidt überzeugt. Die wiederum sei regional; Kommunikation, Kooperation und Koordination fänden immer vor Ort statt.

Integrierte Leitstelle als Hoffnungsträger

Große Hoffnungen ruhen deshalb auf dem Modell der integrierten Leitstelle, das wurde auch bei der abschließenden Diskussion auf dem Westfälischen Ärztetag deutlich. In Paderborn, Höxter und im Kreis Lippe solle es künftig solche Leitstellen geben, berichtete Ärztekammer-Präsident Dr. Theodor Wind-



Auf dem Podium zum Abschluss des Westfälischen Ärztetags diskutierten (v. l. n. r.) Rolf Granseyer, Dr. Eckhard Kampe, Dr. Hans-Peter Milz, Wolfgang Müller und Dirk Ruiss unter der Moderation von Dr. Michael Schwarzenau.

horst von einer Entscheidung des nordrhein-westfälischen § 90a-Gremiums. „Integrierte Leitstellen sind kein Problem, wenn sie entsprechend personell ausgestattet sind“, gab Dr. Hans-Peter Milz, Ärztliche Leitung Rettungsdienst der Stadt Bielefeld, zu bedenken. Dr. Eckhard Kampe, Leiter der Bezirksstelle Bochum/Hagen der KVWL, forderte, dass Patienten auf einen Ansprechpartner in der Region treffen müssten, der die lokalen Verhältnisse kenne. „Die Erprobung integrierter Leitstellen ist sinnvoll“, unterstützte auch Dirk Ruiss, Leiter der Landesvertretung Nordrhein-Westfalen des Verbands der Ersatzkassen. „Doch die Fallsteuerung gelingt nur, wenn auch die Notrufnummern zusammengelegt werden“, ergänzte Wolfgang Müller, Vorsitzender der NRW-Landesgruppe des Verbands der Krankenhausdirektoren Deutschlands. „Alles in einem wäre wünschenswert. Das ist aber in den nächsten Jahren wahrscheinlich noch nicht möglich“, goss lediglich Rolf Granseyer, niedergelassener Allgemeinmediziner, mit Blick auf die Machbarkeit solcher Pläne etwas Wasser in den Wein.

Gemeinsame Notruf-Nummer

„Wenn es neue Strukturen gibt, müssen die Patienten auch darüber informiert werden“, sprach Dirk Ruiss an, dass es Orientierung im System mit seinen Versorgungswegen brauche. „Die Fehlsteuerung von Patienten wird durch das System begünstigt“, stellte Dr. Kampe fest. Zwar sei die Notdienstnummer 116 117 in der Bevölkerung bekannt. Doch Aufklärung ist, so Dr. Milz mit Blick auf nicht indizierte Rettungsdienst-Einsätze, weiterhin sinnvoll. „Die Leute wissen doch: die kurze Nummer wählen, da geht es schnell“. Daher sei eine gemeinsame Notfall-Rufnummer sinn-

voll, glaubte Milz. „Dann ist ein zielgerichteter Einsatz der Notfall-Versorger möglich.“

Portalpraxen – „lieber heute als morgen“

Wie kann der Patientenansturm in den Notaufnahmen bewältigt werden? „Wenn man sich nicht über das Geld streiten müsste, könnte man sicher eher eine Lösung finden“, erwartete Wolfgang Müller. „Ich erlebe es so, dass sich die Kliniken lieber heute als morgen von der Notfallversorgung verabschieden und Portalpraxen einrichten würden“, schilderte Dr. Kampe seinen Eindruck. Und Dirk Ruiss freute sich zwar über die Einigkeit bei der po-

sitiven Bewertung von Portalpraxen. Gleichzeitig kritisierte er die gegenwärtig noch vorherrschenden gegenseitigen Schulzuweisungen von niedergelassenen Ärzten und Krankenhäusern. „Natürlich gibt es Fehlsteuerung, weil das System Mängel hat.“ Auch in Sachen Portalpraxen gebe es noch Klärungsbedarf, fand beispielsweise Rolf Granseyer. „Wer soll dort die Triage machen? Die einzigen, die das könnten, sind Hausärzte.“

„Nicht nur frisches Geld“

Offen bleibt einstweilen auch die Frage der Finanzierung. „Wenn wir die Strukturen in der Notfallversorgung verändern, ja, dann muss man auch über einen eigenen Finanzierungs- topf reden“, räumte Dirk Ruiss ein. Gefüllt werde der allerdings, setzte er sogleich nach, sicher auch durch Umschichtungen aus anderen Bereichen, „nicht nur mit frischem Geld“.

„Wir müssen endlich aufhören, in Sektoren zu denken“, forderte schließlich Dr. Johannes Albert Gehle. Patienten sollten nicht abgewiesen, sondern beraten werden, konstatierte das Vorstandsmitglied der Ärztekammer Westfalen-Lippe – „das kostet immer Geld, egal, wer es macht. Wir brauchen ein gutes Konzept, das auch ausreichend finanziert ist und mit dem man auf die Politik zugehen kann“.



Nach Vorträgen und Diskussion lud die Ärztekammer zum Sommerfest in den Garten des Ärztehauses ein.

