



Patientenposition zur Neuregelung der Notfallversorgung in NRW

Verschiedene Gremien und Organisationen (G-BA, GKV-SV, DKG, KBV, Patientenvertretung und Sachverständigenrat) haben sich in letzter Zeit mit der Notfallversorgung beschäftigt. Letztlich scheint es dabei vor allem um die Frage der Honorierung zu gehen - eine sinnvoll abgestimmte transparente Notfallversorgung wird eher vom Sachverständigenrat gefordert. Sektorübergreifende Regelungen sind schwer zu vereinbaren. Alle versuchen für sich so viel wie möglich herauszuholen. PatientInnen bleiben außen vor. Dabei sollten sie doch im Zentrum der Bemühungen stehen - auch bei der Notfallversorgung. Wie könnte im allgemeinen Interesse der PatientInnen eine gute Notfallversorgung aussehen und was müsste dazu geändert werden? Doch zunächst die Analyse der jetzigen Situation:

1. Patientinnen und Patienten sind derzeit nicht in der Lage, die unterschiedlichen Formen der Notfallbehandlung, die Zuständigkeiten und die Inanspruchnahme klar zu differenzieren. Sie werden nicht systematisch über diesen Bereich der Gesundheitsversorgung aufgeklärt und folgen deshalb bei der Inanspruchnahme eher ihren Ängsten, Sorgen und Erfahrungen. Man kann dabei annehmen, dass mit größerer Unkenntnis des Gesundheitssystems die Entscheidungen der PatientInnen immer irrationaler, ineffizienter und indifferenter werden.
2. Jahrelang haben sich PatientInnen mit einem unzureichenden Notfallversorgungssystem abfinden müssen. Sie haben mehrere Notfallnummern erlebt, keine klaren Zuordnungen und im Zweifel sogar selbst die Kosten für eine unnötige Krankenhausfahrt übernehmen müssen. Wenn das Profi-System schon so unübersichtlich und patientenunfreundlich ist, muss man sich nicht wundern, dass PatientInnen dieses System nicht verstehen oder falsch nutzen. Letztlich können PatientInnen und BürgerInnen vom Gesundheitssystem erwarten, dass sie für ihre Beiträge und Steuern eine gut funktionierende und übersichtliche Notfallversorgung erhalten, die auch Fehlsteuerungsrisiken aufgrund des Leidens der PatientInnen toleriert.
3. Der Konflikt der Beteiligten in der Gemeinsamen Selbstverwaltung geht vor allem um die Frage, wer im Notfall wann zuständig ist und wie viel Geld bekommen oder zahlen soll. Aus PatientInnen-Sicht stellen sich die Anforderungen an die Notfallversorgung anders dar: Die Qualität müsste von dem Anliegen der PatientInnen her beschrieben werden. Sie wollen dann, wenn sie sich nicht mehr selbst helfen können, möglichst schnell eine kompetente Antwort auf die Frage, welches gesundheitliche Problem sie haben und ob es dringend zu behandeln ist. Dabei wird schon der Begriff „Notfall“ völlig unterschiedlich interpretiert. Die medizinischen Aussagen müssen dabei in eine verständliche Sprache übersetzt werden.
4. Notfallbehandlungen kommen derzeit in verschiedenen Settings vor. PatientInnen gehen in die Arztpraxis und hoffen, ohne Termin schnell diagnostiziert und behandelt zu werden. In der Arztpraxis wird zusammen mit den PatientInnen über das weitere Vorgehen gesprochen. Außerhalb der Öffnungszeiten der Arztpraxen können PatientInnen den Bereitschaftsdienst aufsuchen oder um einen Hausbesuch nachfragen. In etlichen Kommunen gibt es bereits Notfallpraxen der niedergelassenen Ärzte, oftmals in räumlicher Nähe zu Krankenhäusern. Die telefonische Erreichbarkeit des ärztlichen Bereitschaftsdienstes über die wenig bekannte Nummer 116117 ist in NRW nur außerhalb der Öffnungszeiten der Arztpraxen gegeben, Notfallpraxen sind oft nur bis 20 oder 22 Uhr geöffnet. Spätestens dann, meist aber direkt und zeitlich unbegrenzt werden im „Notfall“ auch die Notfallambulanzen der Kliniken



aufgesucht wegen der sicheren und verlässlichen Erreichbarkeit. Und im Zweifel wird der Rettungsdienst gerufen, ein zusätzliches Element in kommunaler Verantwortung im wenig abgestimmten Notfallsystem. Problematische Abrechnungskriterien führen dabei häufiger als vielleicht nötig zum Transport in das nächste Krankenhaus und zur stationären Aufnahme.

5. Auch lange Wartezeiten in der Notfallambulanz des Krankenhauses schrecken nicht ab, hier Hilfe zu suchen. Opportunitätsaspekte können diese Entscheidung durchaus fördern, PatientInnen können so evtl. Wartezeiten im ambulanten System umgehen, umständliche Diagnosewege vermeiden und schnelle Ergebnisse und Behandlungsvorteile erzielen. Viele PatientInnen oder Angehörige kennen aber auch aus ihrer Heimat kein ambulantes System. Neben der bewusst herbeigeführten missbräuchlichen Nutzung des Notfallsystems spielt die unwissentliche Fehleinschätzung der eigenen gesundheitlichen Situation eine große Rolle. Dafür wäre eine schnelle und kompetente Ersteinschätzung nötig, um die richtige und angemessene Entscheidung über das weitere Vorgehen zu treffen und nicht unnötig Ressourcen zu nutzen, die den wirklichen Notfällen zur Verfügung stehen müssen.

6. Wie können PatientInnen im Notfall adäquat versorgt werden, ohne dass es zu Über-, Unter- oder Fehlversorgung kommt? Was wäre ein qualitativ gutes angemessenes System aus PatientInnen-Sicht, das auf die jeweiligen Opportunitätskosten verzichten kann? Ausgehend vom Wunsch der PatientInnen, im Notfall schnell die bestmögliche Hilfe zu bekommen, muss ein System zur Verfügung stehen, das nicht anderweitige Mängel kompensieren muss, wie z.B. überlange Wartezeiten von GKV-Versicherten auf einen Facharzttermin oder Probleme bei der Auslastung von Krankenhauskapazitäten. Wenn von PatientInnen eine adäquate Nutzung der begrenzten Ressourcen verlangt wird, dann dürfen nicht inadäquate Angebote in der Versorgung vorherrschen.

7. Die Versuche, eine minimale Zusammenführung von ambulanten und stationären Zuständigkeiten in der Notfallversorgung durch einen sog. gemeinsamen Tresen in sog. Portalpraxen zu bestimmten Zeiten im/am Krankenhaus zu realisieren, greifen viel zu kurz. Sie berücksichtigen weder die Aufgaben der Rettungsdienste in der Notfallversorgung noch die bisherigen Fahrdienste im ärztlichen Bereitschaftsdienst oder die Notfallapotheken und sehen auch keine Beteiligung von PatientenvertreterInnen vor, um die Belange der PatientInnen bei der Neuorganisation der Notfallversorgung besser zu berücksichtigen und Fehlsteuerungen weitgehend zu vermeiden.

8. Anforderungen und Umsetzung in NRW:

Für ein integriertes Konzept der Notfallversorgung (wie es z.B. vom Sachverständigenrat vorgeschlagen wird) sind sowohl bundesgesetzgeberische Maßnahmen notwendig als auch landespolitische Maßnahmen der Aufgaben- und Zuständigkeitsregelungen für die beteiligten Akteure an der Notfallversorgung. Im SGB V, im ÖGD-Gesetz, im Rettungsdienstgesetz NRW und im Krankenhausplan NRW müssen Kooperationsvorgaben getroffen werden. Die Sicherstellung der Notfallversorgung sollte neu geregelt werden. Für die Ersteinschätzung (Triage) sind über alle Notfalldienste hinweg gemeinsame Standards zu entwickeln und unverzüglich anzuwenden. Die Notfallversorgung sollte in die Liste der Beteiligungsaufgaben der Patientenvertretung nach § 140f SGB V aufgenommen werden. Das 90a-Gremium in NRW sollte der LGK einen Vorschlag für eine integrierte Notfallversorgung in NRW vorlegen, um breite Unterstützung im Gesundheitsversorgungssystem zu bekommen.



Grundzüge eines neuen integrierten Konzepts der Notfallversorgung in NRW:

a) Die Notfall-Versorgung sollte für alle BürgerInnen/EinwohnerInnen in gleicher Qualität und Zugänglichkeit angeboten werden unabhängig vom Versichertenstatus und Wohnort. Das erfordert von den Leistungserbringern intelligente und innovative Lösungen, aber auch von den Kommunen eine organisatorische Unterstützung im Rahmen ihrer Daseinsvorsorge.

b) Die telefonische Erreichbarkeit der Notfall-Nummern 112 und 116117 ist täglich rund um die Uhr mit qualifizierter Besetzung in vernetzten Leitstellen anzubieten, um PatientInnen bei einem empfundenen Notfall eine geeignete und verständliche erste Klärung zu ermöglichen. Bei Bedarf sind mobile Notfalldienste (Rettungsdienst, Fahrbereitschaft) einzusetzen.

c) Aufsuchbare Notfallversorgung findet in sog. Notfall-Stellen statt, in denen täglich rund um die Uhr Notfälle behandelt werden können. Sie sind in ausreichender Zahl in räumlicher Nähe zu oder in einem Krankenhaus einzurichten als erste Anlaufstellen im Notfall und ersetzen bisher unübersichtliche Zugänge zu Notfallpraxen und Notfallambulanzen.

d) Die Notfall-Stellen werden von ambulanten ÄrztInnen, Krankenhaus-ÄrztInnen und Pflegekräften intersektoral organisiert und besetzt. Sie entscheiden mit den PatientInnen über die geeignete angemessene Versorgung anhand gemeinsamer Standards für die Notfall-Ersteinschätzung, wobei Über-, Unter- und Fehlversorgung vermieden werden soll.

e) Die Finanzierung der Notfall-Stellen erfolgt sektorenübergreifend z.B. mit Verträgen zur integrierten Versorgung mit einem gerechteren Abrechnungssystem bzw. mit Anstellung. Durch den IV-Vertrag oder gesetzliche Regelung steht ein eigenes Budget zur Verfügung und die Umsetzung erfolgt unter aktiver Beteiligung der Kommunen und PatientenvertreterInnen.

f) Der Rettungsdienst ist in die integrierte Notfallversorgung so einzubinden, dass die patientengerechten Notfall-Strukturen verlässlich gewährleistet werden können und für PatientInnen keine Sonderkosten bei der Inanspruchnahme entstehen. Eine Notdienst-Apotheke ist am Ort der Notfall-Stellen regulär eingerichtet und rund-um-die-Uhr verfügbar.

g) Die Notfall-Versorgung ist in vielfältiger und verständlicher Form öffentlich und medial zu vermitteln, sie ist Informations-Bestandteil von Erste-Hilfe-Kursen, Schulunterricht etc. Eine Evaluation sollte in zweijährigen Abständen die Entwicklung der Notfallversorgung und ihre Nutzung überprüfen und so zu möglichst schnellen Verbesserungen kommen.

h) PatientenvertreterInnen sind an der Planung und Steuerung der Notfallversorgung beteiligt. Sie bringen auf Landesebene und regional ihr Wissen und die Belange der PatientInnen in die Entwicklung und Steuerung ein und sorgen so für eine Optimierung der Notfallversorgung aus Nutzersicht. Hierfür wird eine Aufwandsentschädigung aus dem Notfall-Budget gezahlt.

i) Ziele der neu organisierten Notfallversorgung sind vorrangig patientenorientiert, komplexe Strukturen und Prozesse müssen sich an den Bedarf der PatientInnen anpassen. Unnötige oder überzogene Forderungen einzelner PatientInnen können aber auch mit dem Hinweis auf eine angemessene Versorgungsmöglichkeit zurückgewiesen werden.