

BEGRÜßUNG NOTFALLTAGUNG DER KBV

Berlin, 16. Januar 2019
Dr. Stephan Hofmeister

Ambulante Notfallversorgung und vertragsärztlicher Bereitschaftsdienst aus Sicht der KBV

Sehr geehrte Damen und Herren,

herzlich willkommen zur Notfalltagung der Kassenärztlichen Bundesvereinigung.

Besonders begrüße ich auch die Kollegen von Rettungsdienst und Katastrophenschutz.

Das Thema Bereitschaftsdienst und Notfallversorgung begleitet uns in intensiver Form nun schon seit einigen Jahren – es ist bei weitem nicht die erste Veranstaltung, die wir hierzu organisieren. Neu ist heute aber, dass wir erstmals in diesem Rahmen auch Vertreter der Rettungsleitstellen, der Feuerwehr, der Kommunen und des Katastrophenschutzes einbeziehen.

Warum tun wir das?

Weil wir es alle mit denselben Rahmenbedingungen zu tun haben, die sich in den vergangenen Jahren verändert oder zugespitzt haben. Da ist zum ersten die gestiegene Inanspruchnahme von Leistungen im Bereitschafts- und Notfalldienst. Sie kennen das alle: Da wird die 112 gerufen, weil die Oma einen Husten hat. Oder der vertragsärztliche Bereitschaftsdienst soll sich nachts 2 Uhr um einen eingewachsenen Zehennagel kümmern. Ganz zu schweigen von den Patienten, die mit 38 Grad Fieber die Notfallambulanz einer Klinik aufsuchen.

Ich brauche nicht zu betonen, dass es viele Hilfesuchende gibt, die wirklich ein ernstzunehmendes medizinisches Problem haben. Die Zahl derer, die den Bereitschafts- oder Rettungsdienst bzw. die

Notfallambulanzen der Kliniken aus Komfortgründen in Anspruch nehmen, steigt aber signifikant an.

Die zweite Rahmenbedingung ist der schon bestehende oder sich deutlich abzeichnende Fachkräftemangel. Die Ressource Arzt ist genauso knapp wie die Ressource erfahrener Dispatcher oder Rettungssanitäter – und sie werden in Zukunft noch knapper.

Und schließlich eint uns noch eine andere und unbequeme Bedingung, nämlich die absolute Unlust der Politik, sich des Themas Patientensteuerung anzunehmen. Dazu fehlt der Mut. Ich denke, wir sind uns alle einig, dass hierin der eigentliche Ansatz liegen müsste, um die knappen Ressourcen besser zu nutzen und sie zu bündeln. Und da habe ich von der Kostenfrage noch gar nicht gesprochen. Wobei ich mir sicher bin, dass diese bei der prognostizierten Konjunkturdelle in den kommenden Jahren noch viel wichtiger wird.

Die KBV selbst hat konstruktive Vorschläge zum Thema Patientensteuerung gemacht, zuletzt im Konzept KBV 2020, das im Mai 2017 von der Vertreterversammlung einstimmig verabschiedet wurde. Wir schlagen darin u.a. fakultative Wahltarife innerhalb der gesetzlichen Krankenversicherung vor, bei denen sich die Patienten für ein Primärarztssystem entscheiden und im Gegenzug von Beitragsermäßigung profitieren können. Die Betonung liegt hierbei auf können. Ich habe es schon bei mehreren Gelegenheiten gesagt: Nichts hindert den Gesetzgeber daran, einen schlichten Satz ins SGB V aufzunehmen, dass die gesetzlichen Krankenkassen einen Primärarzt- oder Steuerungstarif im Kollektivvertrag anbieten müssen. Es wäre so einfach, keiner muss, aber jeder kann dieses Angebot nutzen. Der Versicherte bekäme einen Teil des Beitrages als Incentive zurück. Niemand würde überfordert, niemand würde aus finanziellen Gründen von der Versorgung ferngehalten werden. Wir hätten dann ein Gesundheitssystem, das immer noch eines der besten der Welt ist, in dem aber auch das Prinzip Eigenverantwortung wirken würde.

Sehr geehrte Damen und Herren, wir wissen alle, dass wir angesichts der politischen Gemengelage auf diese Art der Patientensteuerung nicht zu hoffen brauchen. Also müssen wir selbst aktiv werden.

Wie sieht das auf Seiten der KBV aus?

Das KV-System hat sich auf drei zentrale Maßnahmen verständigt, um die ungesteuerte Inanspruchnahme der Notaufnahmen und deren teure Infrastruktur der Akutversorgung einzudämmen.

Maßnahme Nummer 1:

Wir holen unsere Patienten mit moderner Kommunikationstechnologie ab, bevor sie in die Notaufnahmen gehen oder den Rettungsdienst rufen, und leiten sie in die jeweils adäquate Versorgungsebene. Das tun wir mit dem konsequenten Ausbau und dem Bewerben der bundesweiten Bereitschaftsdienstnummer Elf 6 Elf 7 als 24-Stundenangebot. Dazu wird es einiger flankierender Regelungen im Terminservice- und Versorgungsgesetz (TSVG) bedürfen.

Der Deutsche Ärztetag hat im vergangenen Jahr die Möglichkeit eröffnet, Patienten unter gewissen Umständen per Telefon oder per Videoschaltung zu versorgen. Das ist die Grundlage dafür, die Elf6 Elf7 als Instrument der Fern-“Behandlung“ zu nutzen. Ich spreche hier eigentlich lieber von Fern-Konsultation, denn eine tatsächliche Behandlung eines unbekanntes Patienten am Telefon ist kaum möglich, wenn man die gängigen medizinischen und juristischen Standards einhalten möchte. Aber selbst die Fern-Konsultation bringt bereits große Entlastung. Wir wissen aus Studien, dass bis zu 20 Prozent der Anrufer im Bereitschaftsdienst lediglich eine Beratung am Telefon benötigen.

Das A und O für eine solche Fernkonsultation ist ein bundesweit einheitliches Ersteinschätzungsverfahren. Ein solches erproben wir derzeit, es beruht auf einer in der Schweiz erfolgreich angewandten Software. Als Software SmED wurde sie auf die Bedingungen in Deutschland angepasst und wird von speziell ausgebildeten medizinischen Fachkräften sowohl in den Callcentern der Elf6 Elf7 wie auch an den gemeinsamen Tresen der Portalpraxen genutzt. Zu letzteren komme ich gleich noch ausführlicher. Auch große Leitstellen der Feuerwehren sind in die Erprobung involviert, unter anderem mit Geldern des Innovationsfonds.

Sehr geehrte Damen und Herren, das Ersteinschätzungsverfahren SmED ersetzt keine Triage-systeme bei evident akut lebensbedrohlichen Ereignissen oder einem Massen-anfall von Patienten. Es steht dazu auch nicht in Konkurrenz. Viele von Ihnen hier im Saal wissen, dass es seit langem etablierte und bewährte Systeme für diese speziellen Lagen gibt. Das Ersteinschätzungsverfahren SmED ist ausschließlich für den regulären ambulanten Versorgungsalltag gedacht und übergibt via Red-Flag-System sofort an den Rettungsdienst, wenn es erforderlich ist.

Maßnahme Nummer 2:

Wir werden die Elf 6 Elf 7 zu einem 24/7-Dienst ausbauen. So können wir die Fehlinanspruchnahme von Notfallambulanzen auch zu den Sprechstundenzeiten abzufangen. Dabei werden wir vorhandene Kapazitäten der Haus- und Fachärzte und Psychotherapeuten nutzen, aber eben nach telefonischer Triage mit SmED und unter dem Label der Elf 6 Elf 7. Das Projekt der Partnerpraxen, das die KV Hessen im vergangenen Jahr gestartet hat, setzt das in geradezu vorbildlicher Weise um. Die Vertreterversammlung der KBV hat deshalb eine großangelegte, millionenschwere Werbekampagne beschlossen, um die Elf 6 Elf 7 in der Bevölkerung noch bekannter zu machen.

Die im TSVG vorgesehene Verbindung von Elf 6 Elf 7 mit den Terminservicestellen begrüßen wir. Sie wird es ermöglichen, den akuten Behandlungsbedarf so zu kanalisieren, dass die ambulant zu versorgenden Patienten auch von den Vertragsärzten versorgt werden. Eine physikalische Zusammenlegung der beiden Systeme ist möglich, aber nicht nötig. Eine gemeinsame Leistelle an einem Ort kann dort, wo es unter finanzieller und organisatorischer Betrachtungen sinnvoll ist, erwogen werden. Ansonsten ist heutzutage eine technische Verschaltung mit Standleitung völlig unproblematisch.

Maßnahme Nummer 3:

Wir richten an geeigneten Klinikstandorten Portalpraxen ein, die über das Prinzip des gemeinsamen Tresens organisiert werden. Dort arbeiten KV-Ärzte mit Klinikärzten kooperativ zusammen. Diesen gemeinsamen Tresen müssen alle Walk-In-Patienten passieren, von wo aus sie in die für sie geeignete Versorgung geführt werden – auf der einen Seite in die Bereitschaftsdienstpraxis oder auf die andere Seite in die Notfallambulanz bzw. in die stationäre Aufnahme. Solche Kooperationen werden längst gelebt: In Schleswig-Holstein, in Thüringen, in Rheinland-Pfalz ... um nur einige zu nennen.

Auch die Portalpraxen können an geeigneten Standorten als 24/7-Modell geführt werden. Wichtig ist hierbei, dass die Triage nach dem genannten einheitlichen Ersteinschätzungssystem und ausschließlich nach medizinischen Kriterien durchgeführt wird. Jedwede Einflüsse aus der dahinter liegenden stationären Versorgung müssen ausgeschlossen sein.

Ganz entscheidend ist immer wieder der Hinweis, dass solche Portalpraxen oder INZ nicht die Schockräume bzw. die Liegend-Notaufnahmen der Krankenhäuser für Patienten, die mit RTW,

NAW oder RTH und potentiell lebensbedrohlichen Erkrankungen eingeliefert werden, ersetzen können und sollen.

Auch der Sachverständigenrat spricht sich in seinem Gutachten für ein System dieser Art aus.

Sehr geehrte Damen und Herren, bis hierhin habe ich die Vorstellungen und Vorhaben der KBV skizziert. Das ist unsere Antwort auf die eingangs beschriebenen Probleme. Die Rettungsleitstellen in den Kommunen, die Feuerwehr und der Katastrophenschutz haben in diesem großen Zusammenhang ihre ganz eigenen Anforderungen und Antworten.

Um es runterzubrechen: SIE sind die Leute mit dem Blaulicht und für die Versorgung von echten und potentiell lebensbedrohlichen Notfällen zuständig. WIR im ambulanten System sind die für alles andere und die Langzeitversorgung zuständig.

Ich halte es für absolut relevant, dass die Bevölkerung diesen Unterschied weiterhin begreift und beachtet. Im Notfall gelten andere Regeln als in der Routineversorgung. Da geht es um Leben retten – teils unter Extrembedingungen. Da fragt niemand nach einem Termin, ja nicht mal nach einem Notfalldatensatz. Für diese Arbeit sind ganz besondere Strukturen nötig, die mit der regulären ambulanten Versorgung nichts zu tun haben. Deshalb kann man sie auch nicht vermischen, davon bin ich überzeugt. Aus meiner ärztlichen Funktion als Notarzt und im Sanitätsdienst der Bundeswehr habe ich noch gut aus eigener Erfahrung die komplexen Bedingungen vor Ort und die komplexen Szenarien in der Versorgung bei Katastrophenfällen vor Augen. Deshalb würde ich mich freuen, wenn wir auf der heutigen Veranstaltung Ihre vielfältigen Erfahrungen von Rettungsdienst und Katastrophenschutz diskutieren und wir gemeinsam besser verstehen können, wo die Ansatzpunkte für Kooperationen bestehen und wo sich die beiden Bereiche in jeweils eigenen Strukturen weiterentwickeln sollten.

Im besten Falle ist der heutige Tag ein Auftakt für einen weiteren Dialog dieser Art. Darauf freue ich mich und wünsche einen erkenntnisreichen Tag.

Vielen Dank

--- Es gilt das gesprochene Wort. ---