



Berlin, 21. Juni 2019

Gemeinsame Pressekonferenz von Marburger Bund und Kassenärztlicher
Bundesvereinigung

Intersektorale Zusammenarbeit: Gütekriterien zur Reform der Notfallversorgung

Statement von Dr. Susanne Johna

Mitglied im Bundesvorstand des Marburger Bundes

(Es gilt das gesprochene Wort.)

Sehr geehrte Damen und Herren,

die standardisierte Ersteinschätzung von Notfallpatienten soll auf allen Versorgungsebenen zum Einsatz kommen. Vor allem in der von uns konzipierten gemeinsamen Anlaufstelle am Krankenhaus kommt es darauf an, Patientinnen und Patienten nach klaren und transparenten Kriterien in die für sie erforderliche medizinische Versorgungsebene weiterzuleiten. Gleichzeitig bleibt es oberste Priorität, diejenigen rasch zu erkennen, deren Behandlung und Therapie zeitkritisch ist.

Derzeit werden die Notaufnahmen der Krankenhäuser auch tagsüber stark frequentiert. Viele Patientinnen und Patienten haben selbst schon erlebt, wie hoch die Arbeitsbelastung der Beschäftigten in den Notaufnahmen und Rettungsstellen ist, seien es Pflegende oder Ärztinnen und Ärzte. Und die meisten der Patienten wissen, dass auch eine Fehlbeanspruchung der Notaufnahme im Krankenhaus stattfindet.

Wir wollen, dass in den Notaufnahmen die Patienten behandelt werden, die einer akut- oder notfallmedizinischen Behandlung durch das Krankenhaus bedürfen. Wir verfolgen dabei ganz bewusst einen integrativen Ansatz, der auf ärztlicher Kooperation beruht. Es geht darum, die vertragsärztliche und stationäre Akut- und Notfallversorgung strukturell miteinander zu verzahnen.

In unserem Papier zur gemeinsamen Anlaufstelle unterscheiden wir zwischen „ambulanter Akutversorgung“ und „klinischer Notfallversorgung“. Die „ambulante Akutversorgung“ erstreckt sich auf alle Patientinnen und Patienten, bei denen eine Behandlung akut notwendig ist und die erforderlichen diagnostischen und therapeutischen Maßnahmen mit den Mitteln der Versorgung des ärztlichen Bereitschaftsdienstes an der Anlaufstelle erbracht werden können.

Einer „klinischen Notfallversorgung“ bedürfen alle Patientinnen und Patienten mit akutem Behandlungsbedarf, deren Behandlung wegen des Umfangs der erforderlichen

diagnostischen und therapeutischen Maßnahmen nur mit den Mitteln des Krankenhauses erbracht werden kann, dazu gehört auch eine ggf. notwendige Überwachung des Patienten. Dies umfasst sowohl Patienten, die nachfolgend im Krankenhaus bleiben als auch diejenigen, die nach Diagnostik und eingeleiteter Therapie nicht stationär aufgenommen werden müssen.

Eine wichtige Rolle spielen in diesem Konzept auch die Terminservicestellen der Kassenärztlichen Vereinigungen. Wir möchten, dass Patientinnen und Patienten, die keine Akutbehandlung benötigen, aber eine Weiterbehandlung im vertragsärztlichen Bereich, schnell und unkompliziert in die Regelversorgung weitergeleitet werden können. Konkret heißt das: Patienten sollen konkrete Weiterversorgungsangebote mit Termin erhalten.

Die gemeinsame Anlaufstelle muss als solche klar gekennzeichnet und barrierefrei zugänglich sein. Am gemeinsamen Tresen, der zentralen Kontaktstelle von Vertrags- und Krankenhausärzten, findet die Ersteinschätzung statt, die von einer entsprechend geschulten, erfahrenen medizinische Fachkraft durchgeführt und dokumentiert wird. Die medizinische Fachkraft ist in einem ärztlich geleiteten Team integriert und zieht bei Unklarheiten der Ersteinschätzung eine Ärztin/einen Arzt hinzu. Das Ergebnis der Ersteinschätzung kann niemals eine Behandlungsvorgabe implizieren, sondern stellt lediglich einen Baustein in der ärztlichen Beurteilung dar. Idealerweise liegt bereits das Ergebnis der zuvor erfolgten Ersteinschätzung über das Telefon unter der 116117 oder 112 durch die Anlaufstelle abrufbar vor.

Nach der Ersteinschätzung findet die weitere Versorgung entweder in den Räumlichkeiten des Krankenhauses oder der vertragsärztlichen Bereitschaftsdienstpraxis statt. Die Behandlungszimmer bedürfen – alleine schon aus rechtlichen Gründen – einer klaren räumlichen Trennung. Gleichwohl sollten sich die Räumlichkeiten in unmittelbarer Nähe zueinander befinden, um im Falle von Überleitungen in die jeweils andere Versorgungsstruktur die Wege für die Patientinnen und Patienten so kurz wie möglich zu halten und um im Falle einer akuten Verschlechterung des Gesundheitszustandes zeitnah Hilfestellung geben zu können.

In vielen Regionen gibt es bereits gute Beispiele für Kooperationen in der Notfallversorgung. In dem Kooperationsvertrag zwischen Krankenhaus und Kassenärztlicher Vereinigung sollten deshalb lokale Besonderheiten auch entsprechend berücksichtigt werden.

Aus unserer Sicht kann eine Zusammenarbeit auf diesem Gebiet nur gelingen, wenn die akut- und notfallmedizinische Versorgung auf allen Ebenen auch zeitlich stärker angepasst wird. Es sollten Möglichkeiten zur Ausweitung des ambulanten Notdienstes im KV-Bereich auch tagsüber geschaffen werden, sofern ein regionaler Bedarf besteht. Idealerweise ist eine Besetzung bzw. Vermittlung sieben Tage in der Woche über 24 Stunden anzustreben.

Abschließend noch ein Wort zur Standortbestimmung von gemeinsamen Anlaufstellen. Diese Aufgabe steht noch aus. Wir wollen Kriterien entwickeln, die einer flächendeckenden Versorgung mit gemeinsamen medizinischen Anlaufstellen dienen. Die Standortauswahl selbst hat regional unter Einbeziehung von Vertrags- und Krankenhausärzten zu erfolgen. Als Kriterien für die Standortbestimmung eignen sich aus unserer Sicht zum Beispiel die Bevölkerungsdichte, Fallzahlen der Notaufnahme, die Entfernung sowie strukturelle und personelle Voraussetzungen im vertragsärztlichen und stationären Versorgungsbereich.

Wir haben uns bereits verabredet, auch diese Aufgabe wieder gemeinsam anzugehen.