

Husten, Schnupfen, Herzinfarkt – künftig eine Triage für KV-Notdienst und Klinikambulanz?

Die Debatte um den Notdienst in den KV-Bereitschaftsdienstpraxen und den Notaufnahmen der Akutkrankenhäuser in der Republik hat das Zeug zum gesundheitspolitischen Mega-Thema des Jahres 2017: Niedergelassene, Klinikärzte und Krankenhausmanager ringen um eine nachhaltige Reform – die bis hin zu einer zentralen Erstanamnese am Telefon führen könnte.

von **Bülent Erdogan**

Husten, Schnupfen, Heiserkeit: Diese Worte hört man dieser Tage öfter, wenn es um die Wartezimmer der Zentralen Notaufnahmen (ZNA) der Krankenhäuser geht. Wie viele Patienten die Ambulanzen jährlich aufsuchen, darüber existieren divergierende Schätzungen und Erhebungen von bis zu 25 Millionen Menschen, die sich (auch zu Sprechstundenzeiten) nicht an Niedergelassene oder in den sprechstundenfreien Zeiten an die Bereitschaftspraxen der Kassenärztlichen Vereinigungen wenden, sondern gleich Hilfe in einer Klinik-Notaufnahme suchen.

Bei vielen dieser Menschen handelt es sich, so der allgemeine Tenor, streng genommen nicht um echte Notfälle, bei etwa zehn Millionen Patienten kommt es nicht zu einer stationären Aufnahme. Die Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) kam kürzlich zu folgender Einschätzung: „Sowohl nach den bundesweiten Abrechnungsdaten, als auch nach nationalen und internationalen Studien benötigen etwa zehn Prozent der Patienten, die eine Notfallambulanz im Krankenhaus aufsuchen, keine dringliche Diagnostik und Therapie.“ Die Zahl der im KV-Bereitschaftsdienst behandelten Patienten lag 2015 bei etwa 10,5 Millionen, so das Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung in der Bundesrepublik Deutschland (Zi). Während der Öffnungszeiten ihrer Praxen rechneten Niedergelassene zudem noch einmal zehn Millionen Fälle ab. Anders als die landläufig genannten 25 Millionen Fälle kommt das Zi für die Kliniken lediglich auf 8,5 Millionen.

Glaubt man Klinikvertretern, so reißen die ambulanten Patienten ein gravierendes



Seit fünf Jahren gibt es eine bundesweit einheitliche Hotline für den KV-Notdienst. Werden Anrufer bald an eine zentrale Stelle weitergeleitet, in der dann auch Rettungsdienst, Leitstellen und Klinik-Notaufnahmen zusammengefasst sind?

Loch in die Kasse der Krankenhäuser: Während die Erlöse bei etwa 30 Euro lägen, müsse man mit Kosten von circa 120 Euro kalkulieren – denn ein Patient, der einmal in der Notaufnahme sitze, könne nicht einfach so wieder nach Hause geschickt werden, sondern müsse eben doch untersucht werden, heißt es. Auf eine Milliarde Euro beziffern die Krankenhäuser aktuell ihr Defizit mit den Patienten mit nicht lebensbedrohlichen Erkrankungen. Hinzu komme die Belastung für Ärzte und Pflegende, die eigentlich andere Dinge zu tun hätten, als sich über Bagatellerkrankungen wie den „Mückenstich am Wochenende“ zu beugen.

Notaufnahmen als Bettenfüller?

KBV-Chef Dr. Andreas Gassen ließ sich kürzlich von *Spiegel Online* zitieren, wonach für manche Krankenhäuser „die Notfallambulanz der Staubsauger für eine stationäre Bettenfüllung“ sei. „Die Hälfte aller Belegung kommt über die Notaufnahme. Und wir wissen, jeder vierte Krankenhausfall ist eine Fehlbelegung.“

Auch auf dem diesjährigen Gesundheitskongress des Westens im März in Köln war der Notdienst ein zentrales Thema, dort wurden Forderungen nach einem eigenen Versorgungssektor laut, der mit frischen Finanzmitteln ausgestattet werden solle. Und nach Wiedereinführung der Praxisge-

bühr für „Selbstvorsteller“ in der Notfallambulanz, deren Anteil die Deutsche Gesellschaft für Interdisziplinäre Notfall- und Akutmedizin (DGINA) auf mehr als ein Drittel beziffert. Dabei gerieten auch Niedergelassene ins Visier, deren Mitarbeiterinnen anrufenden Patienten angesichts voller Sprechstunden angeblich dazu rieten, „dann eben in die Notaufnahme zu gehen“, wenn denn unbedingt noch heute ein Arzt konsultiert werden müsse.

Im Schnitt habe die Auslastung der Notfallambulanzen im Jahr 2015 bei etwa einem Patienten pro Stunde gelegen, so Dr. Dominik von Stillfried, Geschäftsführer des Zi. „In Bayern etwa ergaben die Abrechnungen der Krankenhäuser bei der Kassenärztlichen Vereinigung eine mittlere Auslastung von 0,8 Fällen pro Krankenhaus und Stunde.“ Etwa jeder dritte Patient, so auch das Zi, geht auf Eigeninitiative in die Klinik, obwohl die Praxen geöffnet haben.

Die an der Notfallversorgung teilnehmenden Krankenhäuser erhielten derweil jährlich einen hohen dreistelligen Millionenbetrag für die mit der Notfallbehandlung verbundenen Gemeinkosten: Je nach Berechnungsgrundlage summiere sich der Betrag auf 600 Millionen bis 791 Millionen Euro; insofern kann man beim Zi das von den Kliniken beklagte Milliardendefizit nicht nachvollziehen, sondern geht man davon aus, dass vermeidbare, über die Notaufnah-

men ausgelöste Krankenhausaufenthalte den Kliniken zwischen sieben und zwölf Milliarden Euro Umsatz einbringen.

Unter Qualitäts- und Wirtschaftlichkeitsgesichtspunkten sei eine Reduzierung der Anzahl der Notfallambulanzen unumgänglich, so Zi-Geschäftsführer von Stillfried. Die von der Großen Koalition mit dem Krankenhausstrukturgesetz gewünschte flächendeckende Etablierung sogenannter Portalpraxen an Kliniken, an denen Niedergelassene beispielsweise im Zweischicht-Betrieb zu jeweils acht Stunden arbeiten könnten, sei selbst dann für viele Arztgruppen nicht darstellbar, wenn man die Zahl der teilnehmenden Häuser auf 500 und weniger reduziere. So müsste jeder Anästhesist 93 und jeder Mund-Kiefer-Gesichtschirurg in Deutschland gar 301 Dienste jährlich absolvieren, um ein solches Portalpraxen-Modell mit ärztlichem Leben zu füllen. Hierfür wären indes mehr als 3.000 beziehungsweise 6.000 vertragsärztliche Neuzulassungen notwendig – und das allein, um Notdienste zu leisten.

Auch in Nordrhein bleibt der Notdienst auf der Agenda: „Schon heute befinden sich 90 Prozent unserer rund 80 Notdienstpraxen im Rheinland an oder in Kliniken“, so Nordrhein KV-Chef Dr. Frank Bergmann. An allen 170 Krankenhäusern im Landesteil eine Praxis einzurichten, sei erstens nicht bezahlbar und zweitens auch nicht notwendig. Kürzlich hat die Vertreterversammlung (VV) der KV Nordrhein beschlossen, die Reform des Bereitschaftsdienstes im Rheinland wieder aufzunehmen. Einstimmig votierten die Delegierten dafür, ein neues Lenkungsgremium zu bilden, das Eckpunkte zur Weiterentwicklung des Notdienstes erarbeiten soll (*wir berichteten*). „Es geht darum, Leitplanken zu erstellen, die sowohl die begrenzten personellen und finanziellen Ressourcen als auch die sehr unterschiedlichen Notdienstbelastungen der Mitglieder berücksichtigen“, sagte Bergmann. Dabei, so betonte der Vorstandsvorsitzende, „wollen wir nicht mit einem ‚Rundum glücklich-Paket‘ an die Kreisstellen herantreten“, sondern den Kollegen vor Ort „die erforderliche Beinfreiheit lassen“.

Von den VV-Mitgliedern angenommen wurde auch ein Antrag, der wesentliche Bestandteile einer Notdienststruktur umfasst. Darin ist von einem sektorenübergreifenden integrativen Notdienstkonzept unter Einschluss der vertragsärztlichen und klinischen Notfallversorgung sowie der Rettungsleitstellen die Rede – und einer eigenständigen Finanzierung. Bei der Zu-

sammenarbeit mit Kliniken sollen nach dem Willen der KV sektorenübergreifende „Triagierungssysteme“ nach internationalem Vorbild eingeführt werden. Heute vorherrschend sind auf Dringlichkeit ausgelegte Kodexe wie das Manchester Triage System oder der Emergency Severity Index.

KBV-Chef Gassen schlug kürzlich vor, die bundesweite Bereitschaftsdienstnummer 116 117 zur allerersten Anlaufstelle für Patienten zu machen und die Ersteinschätzung, in welchen Sektor der Patient zu leiten ist, durch qualifiziertes Personal treffen zu lassen. Auf längere Sicht sollte dieses Angebot dann verknüpft werden mit dem allgemeinen Notruf 112. Das Problem sei allerdings, dass die KVen ihren Bereitschaftsdienst gesetzlich nicht rund um die Uhr anbieten dürfen, sondern nur nach Schluss der üblichen Sprechstundenzeiten.

„Den Kollegen die Beinfreiheit belassen

Auch die Klinikärztegewerkschaft Marburger Bund spricht sich für ein einheitliches Triage-Modell von Rettungsdienst, Notdienstpraxen, Notaufnahmen und Rettungsleitstellen aus. „Notdienstpraxis und Notaufnahme dürfen nicht einfach nur nebeneinander am gleichen Ort existieren, sondern müssen personell und digital miteinander verknüpft werden, um eine patientengerechte Versorgung zu erreichen“, heißt es in einem kürzlich vorgelegten Eckpunktepapier des MB, in dem sich dieser für die Definition von Zielgrößen ausspricht, „ab der eine durch Vertragsärzte betriebene Notdienstpraxis am Krankenhaus sinnvoll ist“.

Für Debatten gesorgt hat in den vergangenen Wochen die zum 1. April eingeführte „Abklärungspauschale“ in Höhe von 4,74 Euro, die auch in den Notaufnahmen der Kliniken abgerechnet werden kann, wenn ein Arzt binnen zweier Minuten zum Ergebnis kommt, dass der Patient doch kein Notfall, sondern einer für den niedergelassenen Kollegen oder den KV-Bereitschaftsdienst ist – und den Patienten dorthin verweist. Grundlage ist § 87 Abs. 2a Satz 23 SGB V. Die Deutsche Krankenhausgesellschaft ist offenbar wenig erbaut und hat die KBV aufgefordert, sich im sogenannten erweiterten ergänzten Bewertungsausschuss der Selbstverwaltung wieder für eine Abschaffung dieser Regelung einzusetzen.

Dr. Bernadett Erdmann, Chefärztin am Klinikum Wolfsburg und Leiterin der dor-

tigen Notaufnahme, schlug unterdessen auf der MCC-Konferenz „Zentrale Notaufnahme im Fokus“ in Köln auch ob der vielerorts zu vernehmenden Klagen über den „Schnupfen-Patienten“ nachdenkliche Töne an. So habe eine Ex-Post-Analyse in ihrer ZNA ergeben, dass 17 von 105 Patienten mit Diagnose Sepsis beim Erstkontakt eher unspezifisch über ein gesundheitliches Problem klagten.

Einen profunden Überblick über wesentliche Kennzahlen zu haben, sei für die Steuerung der Prozesse in einer ZNA sehr wichtig, sagte Erdmann. Zum Beispiel analysiere man in Wolfsburg, zu welcher Uhrzeit wie viele Patienten im Durchschnitt in die Notaufnahme kommen (von 0,7 Patienten zwischen vier und fünf Uhr am Mittwoch bis zu 8,23 an Sonntagen zwischen elf und zwölf Uhr) und richte anhand dieser Daten jährlich die Dienstpläne und Personalstärken während der Schichten aus. Inzwischen sei der Krankenstand des Personals der ZNA von 25 auf 16 Prozent gesunken, schilderte Erdmann ihre Erfahrungen an einer Notaufnahme mit jährlich circa 23.000 ambulanten Fällen.

Martin Pin, Chefarzt der Zentralen Interdisziplinären Notaufnahme (ZINA) am Florence-Nightingale-Krankenhaus in Düsseldorf (circa 50.000 ambulante Fälle), stellte das Modell der Koordinierenden Pflegekraft (Koord) an seinem Haus vor. Dabei handelt es sich um eine geschulte Pflegekraft, die als Scharnier zwischen Ärzten und übrigen Pflegekräften fungiert und folgende Aufgaben übernimmt: Auftragsannahme, Raumbellegung, Koordination der ärztlichen wie pflegenden Kollegen, Organisation der Betten, Übergabeprozesse mit dem Rettungsdienst. Als einzige Mitarbeiterin führt sie ein Telefon mit sich, und als einzige arbeitet sie nicht direkt am Patienten.

Grund für die Umstellung sei die Unzufriedenheit sowohl der Ärzte als auch der Pflegenden mit dem Status quo gewesen: So hätten die Ärzte moniert, dass ihren Anordnungen zu spät Folge geleistet würde oder niemand verfügbar sei oder dass Räume zu lange belegt seien oder nicht frei, wenn man einen Patienten aufrufe. Pflegekräfte wiederum beklagten, dass ihre ärztlichen Kollegen Anordnungen mehrfach und an die gerade „verfügbare“ Kollegin erteilten, dass die Arbeitsbelastung der einzelnen Pflegekraft zu hoch sei, dass Ärzte ohne Rücksprache Behandlungsräume belegten und dass man vor lauter Telefonieren und Kontakt mit dem Rettungsdienst nicht mehr zur pflegerischen Arbeit komme. **RA**