

**Prof. Dr. med. Ferdinand Gerlach**, geboren 1961, ist Vorsitzender des Sachverständigenrates zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen. Der gebürtige Sauerländer studierte in Göttingen Medizin und in Hannover Public Health. Seine Karriere begann an der Medizinischen Hochschule Hannover. Dort leitete er von 1991 bis 2000 den Bereich Qualitätsförderung in der Allgemeinmedizin. 2001 wurde er Direktor des Instituts für Allgemeinmedizin des Universitätsklinikums Schleswig-Holstein in Kiel. 2004 ging er als Direktor an das Institut für Allgemeinmedizin der Universität Frankfurt am Main.

**Wolf-Dietrich Trenner**, geboren 1956, engagiert sich als Patientenvertreter im Gemeinsamen Bundesausschuss sowie den Fachgruppen der Bundesgeschäftsstelle Qualitätssicherung, des AQUA-Instituts und des Instituts für Transparenz und Qualität im Gesundheitswesen. Der Vater einer taubblinden Tochter gründete den Verband der Eltern taubblinder Menschen und war Mitbegründer des Deutschen Behindertenrates.



**Dr. med. Stefan Poloczak MPH**, geboren 1968, ist seit 2011 Ärztlicher Leiter Rettungsdienst in Berlin. Während seines Medizinstudiums an der Ludwig-Maximilians-Universität München engagierte er sich als Rettungsassistent, Leitstellenmitarbeiter und Ausbilder einer Hilfsorganisation. Nach dem Studium arbeitete er zunächst am Institut für Anästhesiologie des Westfal-Klinikums Kaiserslautern und ging 1997 an die Klinik für Anästhesiologie und operative Intensivmedizin des Universitätsklinikums Benjamin Franklin in Berlin. Zwischen 2000 und 2003 studierte er Gesundheitswissenschaften/Public Health an der Technischen Universität Berlin. Anschließend war er drei Jahre lang Fachbereichsleiter Medizin der ADAC-Luftrettung München. 2007 wechselte er als Referatsleiter in die Berliner Senatsverwaltung für Gesundheit, Umwelt und Verbraucherschutz und war dort unter anderem für die Notfallmedizin und den Katastrophenschutz zuständig.

**Martin Litsch**, geboren 1957, ist seit Anfang 2016 Vorstandsvorsitzender des AOK Bundesverbandes. Litsch studierte Soziologie und Ökonomie. 1989 startete er seine Karriere bei der Gesundheitskasse zunächst im Wissenschaftlichen Institut der AOK (WiDO), dessen Leitung er später übernahm. 2002 wechselte er zur AOK Westfalen-Lippe. Von 2010 bis 2015 war er Vorstandsvorsitzender der AOK NordWest, die aus der Fusion von AOK Westfalen-Lippe und AOK Schleswig-Holstein hervorgegangen ist.

# „Wir brauchen eine Notfallversorgung aus einem Guss“

Überfüllte Notaufnahmen, überlastete Mediziner, genervte Patienten: Die Notfallversorgung entwickelt sich mehr und mehr zum Notfall. Welche Gegenmittel helfen könnten, diskutierten Experten beim G+G-Gespräch.

**Zum Einstieg eine Frage an alle: In den Medien ist immer wieder zu lesen, dass Menschen mit Bagatellerkrankungen die Notaufnahmen der Krankenhäuser aufsuchen. Haben Patienten heute keine Geduld mehr, um auf den Kassenärztlichen Notdienst zu warten oder sich am nächsten Tag ins Wartezimmer zu setzen?**

**WOLF-DIETRICH TRENNER:** So einfach ist das nicht. Hier müssen wir unterscheiden, wer mit Patient gemeint ist. Der chronisch Kranke zum Beispiel kennt sich im Prinzip aus und weiß, wann er sich an wen wenden kann. Aber die Mutter, deren Kind plötzlich erkrankt, ist in einer ganz anderen Situation, hat Angst und sucht schnelle Hilfe. Und wenn die Hausarztpraxis geschlossen ist oder Ärzte keine Hausbesuche mehr machen – und das ist ja inzwischen fast durchgängig so –, dann muss ich als Patient sehen, wo ich behandelt werde. Und die Notaufnahme eines Krankenhauses ist dann das Naheliegendste.

**FERDINAND GERLACH:** Da gebe ich Ihnen recht, Herr Trenner. Wir können Patienten nicht über einen Kamm scheren. Dass wir hier differenzieren müssen, wissen wir aus Erhebungen von Notfallaufnahmen in Berlin, Schleswig-Holstein und Hamburg. Chronisch Kranke gehen noch die herkömmlichen Wege. Jün-

gere sowie Menschen, die aus anderen Gesundheitssystemen zu uns gekommen sind und die hiesigen Versorgungsstrukturen nicht kennen, gehen vermehrt in die Notaufnahmen der Krankenhäuser. Außerdem gibt es Patienten, die überhaupt keinen Hausarzt haben. Hinzu kommt, dass viele Patienten gar nicht wissen, dass es einen ärztlichen Bereitschaftsdienst gibt. Das haben beispielsweise Befragungen in zwei Berliner Notfallaufnahmen ergeben. Auch aus Befragungen der Kassenärztlichen Bundesvereinigung wissen wir, dass heute weniger Menschen ihren Hausarzt ansprechen, weniger in die Praxen und mehr in die Klinikambulanzen gehen oder den Rettungsdienst rufen.

**Welche Gründe hat das?**

**STEFAN POLOCZEK:** Der Rettungsdienst wird nicht erst seit Kurzem stärker in Anspruch genommen. Das beobachten wir schon seit einigen Jahren. Die Ursachen liegen zum einen im demografischen und medizinischen Wandel. Die Menschen werden älter und leben länger zu Hause. Zugleich hat der medizinisch-technische Fortschritt dazu geführt, dass schwerkranke Patienten nicht mehr unbedingt stationär, sondern auch ambu-

lant betreut werden können. Keiner von uns hat zum Beispiel vor zehn oder 15 Jahren Menschen im Elektrorollstuhl und mit einer Heimbeatmungsmaschine im Supermarkt gesehen. Kommt es zu einer kleinen Störung, etwa zum Ausfall des Elektrorollstuhls, wird der Rettungsdienst gerufen. Zum anderen hat sich das Anspruchsverhalten infolge der elektronischen Medien geändert. Wenn ich via Smartphone zu jeder Zeit Essen, Akkuschauber oder sonstiges ordern kann, gehe ich eben auch ohne Umschweife in die Notaufnahme.

**MARTIN LITSCH:** Das ist richtig. Aber es kommt noch ein Aspekt hinzu: die unzureichende Gesundheitskompetenz der Versicher-



ten. Viele kennen den Bereitschaftsdienst der Kassenärztlichen Vereinigungen nicht, wohl aber die Klinik-Notaufnahmen und den Rettungsdienst.

**Erklären denn die Kassen das System der Notfallversorgung nicht gut genug?**

**LITSCH:** Das Problem der gestiegenen Inanspruchnahme lässt sich nicht einfach dadurch lösen, dass wir als Kasse ein Programm für mehr Gesundheitskompetenz auflegen. Natürlich müssen wir das System der Notfallversorgung für die Versicherten transparent machen. Das allein reicht aber nicht. Wir müssen an die Strukturen ran. Wir brauchen eine klare und einfach strukturierte Versorgung für die Menschen im Notfall. Wir müssen weg von der komplizierten Multistruktur mit ambulanten Akutpraxen, ärztlichem Bereitschaftsdienst und Not-

fallambulanzen der Kliniken und hin zu einer klaren, sozusagen in der Linie organisierten Versorgung. Zwischen ambulanter und stationärer Notfallversorgung gibt es zu wenig Zusammenarbeit und Transparenz, oft herrscht Ineffizienz. Deshalb brauchen wir eine zentrale Anlaufstelle.

**Aber derzeit haben wir für den Notfall die 112 des Rettungsdienstes und die 116117 des ärztlichen Bereitschaftsdienstes – zwei Telefonnummern und zwei Leitstellen. Ist das sinnvoll?**

**POLOCZEK:** Ehrlich gesagt, ja. Denn es gibt viele Patienten, die sagen: Ich traue mich nicht, die 112 anzurufen. Auch andere Länder wie Dänemark und Großbritannien haben zwei Telefonnummern. Der Unterschied zu uns besteht aber darin, dass deren Leitstellen eng vernetzt sind. Und genau hier hat Deutschland ein Problem: Es fehlt an Vernetzung und Zusammenarbeit.

**TRENNER:** Das ist doch der Knackpunkt. Und die Patienten können nicht für das, was im Gesundheitswesen durcheinander, nebeneinander oder gar gegeneinander läuft, verantwortlich

“ Fast die Hälfte der Notaufnahme-Patienten wird stationär aufgenommen. Das ist im internationalen Vergleich eine außergewöhnlich hohe Quote.

*Prof. Dr. Ferdinand Gerlach*



gemacht werden. Ärzte und Kliniken haben ihre ökonomischen Interessen im Blick und Angst vor finanziellen Einbußen. Darum geht es ihnen und weniger darum, ob der Patient an die richtige Stelle kommt.

**GERLACH:** Und das liegt an den bestehenden Fehlanreizen. Beispielsweise ist der Rettungsdienst kein Leistungserbringer im Sinne des Sozialgesetzbuches V (SGB V). Er bekommt nur dann seine Transportleistung bezahlt, wenn sie mit einer SGB-V-Leistung zusammen erbracht wird. Dadurch entsteht ein starker Anreiz, Patienten zur medizinischen Behandlung ins Krankenhaus zu bringen.

**Und welche Fehlanreize sehen Sie bei den Krankenhäusern? Gibt es dazu Daten?**

**GERLACH:** Ja. Nach dem Krankenhaus-Report 2016 wird rund die Hälfte der Patienten, die in die Notaufnahmen kommen, stationär aufgenommen. Das ist im internationalen Vergleich eine außergewöhnlich hohe Quote. Wir wissen, dass nicht wenige Patienten Kurzlieger und Ein-Tages-Fälle sind und wahrscheinlich nicht im Krankenhaus hätten bleiben müssen. Es gibt offenbar Versuche, auf diese Weise die Deckungsbeiträge bei vermeintlich unterfinanzierten ambulanten Einheiten zu erhöhen. Zum Schutz der Krankenhäuser ist aber auch zu sagen, dass eine Klinik einen Patienten, der über Brustschmerzen klagt,





Als Patient nehme ich längere Wege in Kauf, wenn ich weiß, dass ich in der entfernten Klinik besser versorgt bin als in der nächsten.

*Wolf-Dietrich Trenner*



nicht einfach nach Hause schicken kann. Sie muss abklären, ob eventuell ein Herzinfarkt dahintersteckt. Das geht in den jetzigen Versorgungsstrukturen nur mit einer stationären Aufnahme. Und kommt der Patient in ein kleines Krankenhaus und hat gerade ein Assistenzarzt Dienst, dann bleibt der Patient, bis am nächsten Morgen der Oberarzt kommt und die Diagnostik einleitet.

**Sind für manche Kliniken die Notaufnahmen quasi zu Einweissstaubsaugern geworden?**

**GERLACH:** Es gibt Hinweise darauf, dass eine Reihe stationärer Aufnahmen unnötig sind. Dies sagen übrigens auch viele, die in den Notaufnahmen arbeiten. Sie sind unzufrieden und überlastet. Und die Patienten sind frustriert, weil sie lange warten müssen.

**Die Kassen beklagen die Kostensteigerungen in der Notfallversorgung. Wenn schon die Preise steigen, stimmt denn auch die Qualität?**

**LITSCH:** Die Notfallversorgung ist nicht schlecht. Wir können sie aber besser und effizienter machen. Dafür brauchen wir eine Konzentration der Leitstellen und eine Vernetzung der Informationen. Wir müssen die Schnittstellen zwischen Rettungsdienst und Krankenhaus verbessern, einheitliche Struktur- und Anforderungen definieren und nach dem tatsächlichen Versorgungsbedarf differenzieren. Dazu gehört eine einheitliche Definition des Begriffs Notfall. Ist der Patient in Lebensgefahr und drohen schwere gesundheitliche Schäden? Ist es ein stationärer Akutfall, bei dem sich der Gesundheitszustand plötzlich verschlechtert hat und stationärer Behandlungsbedarf besteht, aber keine Lebensgefahr? Oder haben wir es mit einem Fall zu tun, der in den vertragsärztlichen Bereich überwiesen werden kann? Solch eine Einordnung ist erforderlich, um die hilfeschuchenden Patienten in die für sie richtige Versorgungseinheit zu bringen – je nach Fall ambulant oder stationär.

**Wer soll diese Einteilung vornehmen?**

**LITSCH:** Wir als AOK schlagen vor, die Versorgung in integrierte Notfalleinheiten zu überführen. Die Patienten haben dann eine zentrale Anlaufstelle für ihr medizinisches Behandlungssuchen im Notfall. Diese integrierten Notfalleinheiten sollen niedergelassene Ärzte und Klinikärzte gemeinsam betrei-



ben. In der Notfalleinheit wird dann entschieden, ob der Patient ambulant versorgt werden kann oder stationär aufgenommen werden muss. Die integrierten Notfalleinheiten müssen natürlich flächendeckend verfügbar sein. Im Idealfall erfolgt die Einrichtung an einem regionalen Krankenhaus, das an der stationären Notfallversorgung teilnimmt. In dünner besiedelten Regionen sollten diese Notfalleinheiten in zentralen Orten geplant und zugelassen werden.

**Das hört sich ähnlich an wie das vom Sachverständigenrat kürzlich bei seinem Werkstattgespräch vorgestellte Konzept zur Neuordnung der Notfallversorgung.**

**GERLACH:** Ja, ähnlich. Wir empfehlen voll integrierte, regionale Leitstellen, die über eine bundeseinheitliche Rufnummer erreichbar sind und je nach Patientenanliegen die individuell beste Versorgungsoption wählen. Das für viele Patienten unverständliche Nebeneinander verschiedener Rufnummern – die 112 für den Rettungsdienst und die 116117 für den ärztlichen Bereitschaftsdienst – soll entfallen. Die integrierten Leitstellen sollen eine telefonische Beratung durch geschultes Personal sowie durch erfahrene Ärzte anbieten. Je nach Bedarf erfolgt eine Terminvergabe in Praxen niedergelassener Ärzte oder in integrierten Notfallzentren. Auch Hausbesuche des ärztlichen Bereitschaftsdienstes und Rettungsdienstesätze werden hier koordiniert. Wichtig ist die nahtlose Verzahnung der bislang drei getrennten Bereiche. Wir brauchen eine Notfallversorgung aus einem Guss, und müssen sie sektorenübergreifend ausgestalten. Die Notfallzentren sollen möglichst auch ambulante kinder- und augenärztliche Angebote sowie psychiatrische Kriseninterventionsdienste haben, idealerweise auch mit Zugang zu spezialisierten stationären Kapazitäten, etwa zur Behandlung von Schlaganfällen, Herzinfarkten oder Polytraumata.



Wir müssen weg von der komplizierten Multistruktur mit Akutpraxen, ärztlichem Bereitschaftsdienst und Klinik-Notfallambulanzen.



*Martin Litsch*

Also nicht jedes Krankenhaus soll alles machen. Herr Trenner, was sagen Sie als Patientenvertreter dazu?

**TRENNER:** Eine Spezialisierung halte ich für vernünftig. Es kann nicht sein, dass an jeder Ecke ein Wald- und Wiesenkrankenhaus steht, das aber eben nicht das kann, was nun gerade gebraucht wird. Wir haben viel zu viele Kleinstkrankenhäuser und eine zu hohe Klinikdichte. Und ich bin mir gar nicht mal so sicher, dass Leitstellen tatsächlich wissen, wie die Häuser ausgestattet sind.

**POLOCZEK:** Strukturqualität kann ich abfragen. Kann fragen: Habt ihr einen Herzkatheterplatz? Ja, habe ich. Dann kann ich den Rettungskräften sagen: Da könnt ihr hinfahren. Wir in Berlin, aber auch in den anderen Ländern, haben die Regel, das nächste geeignete Krankenhaus anzufahren. Aber nicht nur die Entfernung ist entscheidend, beispielsweise bei einem Herzinfarkt-Patienten. Schaut man wirklich auf Qualität und Prozesse, ist wichtig zu wissen: Wie lang ist die Door-to-Balloon-Time eines Hauses für eine Herzkatheter-Untersuchung. Dann hätte ich als Rettungsdienst kein Problem zu sagen: Ich fahre zehn Minuten länger, weiß aber, der Patient kommt eine halbe Stunde früher dran. Dafür brauchen wir aber Prozessdaten. Und die zu bekommen, ist außerordentlich schwierig.

**TRENNER:** Und dann nutzt es auch wenig, die Rettungskette qualitativ zu verbessern, wenn diese vielen Kleinstkrankenhäuser die Versorgungsqualität nicht gewährleisten können. Und schon sind wir beim Thema Mindestmenge. Der Rettungsdienst fährt den Patienten sozusagen ins schwarze Loch. Und das ist höchst ärgerlich. Als Patient nehme ich längere Fahrzeiten gerne

in Kauf, wenn ich weiß, dass ich im weiter entfernten Krankenhaus besser versorgt werde als in dem nahegelegeneren.

**GERLACH:** Dazu gibt es auch Studien. Diese sagen ganz klar, dass bei Schlaganfall, Herzinfarkt, Polytrauma längere Transportwege in Kauf zu nehmen sind, wenn die Patienten dann gut versorgt werden.

**LITSCH:** Das Paradoxe in Deutschland ist ja, dass wir Herzinfarktverdachtsfälle in Krankenhäuser bringen, die keinen Herzkatheterplatz haben. Wo gibt es denn so was? Und damit Patienten nicht, wie Herr Trenner sagte, ins schwarze Loch gefahren werden, müssen die Kapazitäten der Leistungserbringer auch in der Leitstelle sozusagen aufblinken. Technisch ist das kein Problem.

**GERLACH:** Das ist der Vorschlag des Sachverständigenrates.

In einigen Staaten haben Rettungskräfte im Notfall mehr Entscheidungsspielraum. Zugleich haben wir hierzulande eine innerärztliche Diskussion um den Facharzt für Notfallmedizin. Brauchen wir eine andere Arbeitsteilung?

**POLOCZEK:** Von Seiten des Rettungsdienstes ein ganz klares Ja. Darauf zielt auch das Gesetz über den Beruf der Notfallsanitäter, das seit drei Jahren in Kraft ist und die Ausbildung bundeseinheitlich regelt – ein erster Schritt in die richtige Richtung. Wir müssen für nichtärztliches Personal mehr Kompetenzen einführen. Berlin geht diesen Weg mit dem neuen Rettungsdienstgesetz und der Delegation durch den Ärztlichen Leiter Rettungsdienst. Einen Facharzt für Notfallmedizin halte ich ebenfalls für sinnvoll. Dieser muss sich sowohl in der Intensivnotfallmedizin als auch der Allgemeinmedizin auskennen.

**LITSCH:** Der Rettungsdienst spielt eine wichtige Rolle bei der Erstversorgung von Notfallpatienten sowie beim Transport in ein geeignetes Krankenhaus. Daher ist eine Erweiterung des Kompetenzbereichs der Rettungsdienste erforderlich. Hochqualifizierte Notfallsanitäter sollten mittelfristig umfassendere Rechte für die unmittelbare Versorgung von Patienten erhalten. Dies umfasst auch Tätigkeiten, die derzeit noch Notärzten vorbehalten sind. Und via telemedizinischer Vernetzung ließe sich die Kommunikation zur Übermittlung von Anweisungen oder Absprachen für die Behandlung sichern.

**GERLACH:** Auch der Rat ist dafür, die Kompetenzen der Notfallsanitäter zu stärken. Diese müssen aber bundeseinheitlich sein. Was ein Notfallsanitäter darf oder nicht – zum Beispiel einen Zugang legen oder mit bestimmten invasiven Maßnahmen

eine Reanimation einleiten – ist derzeit von Bundesland zu Bundesland unterschiedlich geregelt. Das gilt es zu überwinden. Denn der Transport eines Notfalls geht auch schon mal über Ländergrenzen hinweg. In den USA zum Beispiel ist die Notfallrettung auf die Paramedics abgestellt. Dort dürfen Rettungskräfte beispielsweise intubieren. Den mit einem Notarzt besetzten Rettungswagen gibt es dort nicht.

**Und was hält der Sachverständigenrat davon, einen Facharzt für Notfallmedizin einzuführen?**

**GERLACH:** Nicht empfehlenswert. Es gibt schon 82 Facharzt- und Zusatzbezeichnungen. Noch mehr brauchen wir nicht.

**Um eine qualitativ hochwertige und zugleich effiziente Notfallversorgung zu erreichen, spielt die Bedarfsplanung eine große Rolle. Wer soll da zum Zuge kommen?**

**GERLACH:** Aus Sicht des Sachverständigenrates sollen die Länder Standorte für die Integrierten Notfallzentren (INZ) festlegen, gegebenenfalls auch ausschreiben. So lässt sich die Balance zwischen Zentralisierung und Flächendeckung gewährleisten. Die INZ sollen durch einen extrabudgetären, aus ambulanten und stationären Budgets bereinigten, separaten Topf für sektorenübergreifende Notfallversorgung finanziert werden.

**LITSCH:** Dass allein die Länder einen Bedarfsplan für die Notfallversorgung erstellen sollen, sehe ich kritisch. Wichtige

“ Sanitäter brauchen mehr Kompetenzen. Und ich halte es für sinnvoll, den Facharzt für Notfallmedizin einzuführen. “

*Dr. Stefan Poloczek*

Fragen zur Sicherstellung und Steuerung blieben damit offen. Unser Vorschlag: ein gemeinsames Gremium aus Krankenkassen, Kassenärztlichen Vereinigungen und Krankenhausgesellschaften auf Landesebene. Um zu gewährleisten, dass die Patienten an die richtige Versorgungseinheit gelangen, sollte der Gemeinsame Bundesausschuss Planungs-Richtlinien erlassen, beispielsweise Strukturen, Qualifikation und Ausbildung des Personals vorgeben. Im Idealfall erfolgt die Einrichtung der integrierten Zentren, oder wie wir sie nennen, integrierten Notfalleinheiten, an ausgewählten und qualifizierten Standorten, möglichst an einem Krankenhaus vor Ort.

**Föderale Eigenheiten, Intransparenz und mächtige Interessengruppen – kann eine Reform der Notfallversorgung überhaupt gelingen? Oder anders gefragt: Wo stehen wir in einem Jahr?**

**POLOCZEK:** Es ist schon ein dickes Brett zu bohren. Und die vielen Player machen das Ganze nicht gerade leicht. Dass das Thema nicht nur von Insidern diskutiert wird, sondern inzwischen auch die Öffentlichkeit beschäftigt, ist schon ein großer Erfolg und lässt hoffen.

**GERLACH:** Politik, Krankenkassen und Praktiker haben erkannt, dass eine Reform der Notfallversorgung dringend geboten ist. Deshalb gehe ich davon aus, dass wir bereits im nächsten Koalitionsvertrag Einiges darüber lesen können. Und ich bin optimistisch, dass zumindest ein Teil der vom Sachverständigenrat präsentierten Empfehlungen umgesetzt wird. Schon 50 Prozent wären eine gute Quote. Mehr kann man als wissenschaftlicher Politikberater nicht erwarten. Die Notfallversorgung



könnte das erste, wirklich funktionierende Pilotprojekt für die sektorenübergreifende Versorgung werden.

**LITSCH:** Da stimme ich Professor Gerlach zu. Um eine sektorenübergreifende Notfallversorgung zu erreichen, muss die nächste Bundesregierung klare Kante zeigen und darf gegenüber Interessenvertretern nicht einknicken, weder auf regionaler noch auf Bundesebene.

**TRENNER:** In einem Jahr – das ist überaus ambitioniert. Ich würde mir wünschen, dass die Bundesregierung die gemeinsame Selbstverwaltung der Ärzte, Kliniken und Krankenkassen dazu verpflichtet, die Notfallversorgung sektorenübergreifend zu strukturieren – und das innerhalb einer vorgegebenen Frist. Denn meine Erfahrung ist: Ohne Frist passiert nichts. ■

Die Fragen stellten Gabriele Hilger und Hans-Bernhard Henkel-Hoving.