



Dr. med. Heike Höger-Schmidt

Gut gemeint ist nicht gleich gut gemacht

Nahezu heimlich, still und leise, zu Beginn von Sommerpause und Ferienzeit stimmte der G-BA über eine Richtlinie zur Ersteinschätzung des Versorgungsbedarfes in der Notfallversorgung ab.

Neben durchaus positiven Aspekten wie der Verantwortung des Ersteinschätzungsprozesses durch speziell qualifiziertes Notaufnahmepersonal, der verpflichtenden Ersteinschätzung aller Hilfesuchenden sowie der Nutzung validierter Ersteinschätzungsverfahren gibt es doch eine erhebliche Anzahl von Kritikpunkten. Zusätzlich zu realitätsfernen Anforderungen an Qualifikation und Verfügbarkeit von nichtärztlichem und ärztlichem Personal, an IT-Unterstützung, Dokumentation oder bürokratischem Mehraufwand ohne finanzielle Kompensation sowie der Ungleichbehandlung von Patientengruppen gibt es weniger beachtete, wenngleich aber ebenso wichtige Problemfelder, die diskutiert werden müssen.

Validierte Ersteinschätzungsverfahren dienen der Priorisierung der Behandlungsdringlichkeit in der Notaufnahme, nicht aber einer sofortigen Fachrichtungsdefinition mit direkter Weiterleitung an Versorgungsorte außerhalb der Zentralen Notaufnahme. Validierungen von Versorgungs-Dringlichkeitsstufen (1: <24 h; 2: >24 h) oder Zuordnungen zu Fachrichtungen fehlen bisher. Diese Problematik soll mit hohen Anforderungen an die Qualifikation von Ersteinschätzungs-kräften und an eine 24/7-Bereitschaft von speziell qualifizierten Ärzten kompensiert werden, das heißt Kosten und

Risiken auf Seiten der Notaufnahme, Erlös: Null. Unter dieser Prämisse werden nur wenige Patienten der Dringlichkeitsstufe 2 identifiziert werden können.

Das alles wissen auch die Mitglieder des G-BA und haben deshalb Übergangsfristen definiert, wohl auch in der Hoffnung, dass folgende Gesetze für die Notfall- und Krankenhausreform das wieder richten werden. Damit ist der G-BA seinem gesetzlichen Auftrag irgendwie nachgekommen, ob sinnvoll oder nicht.

Das wiederholt erklärte Ziel, Notaufnahmen zu entlasten, wird man mit dieser Richtlinie nicht erreichen. Helfen könnten hier andere Optionen. Ein Ansatz wäre die viel beschworene sektorenübergreifende Versorgung mit gemeinsamem Tresen vor Ort oder auch mit ambulanter telemedizinischer Vorstellungsmöglichkeit. Ein weiterer Ansatz ist die Einführung von effizientem, transparentem und kontrollierbarem Belegungsmanagement in jedem Krankenhaus, um Notfallpatienten nach Abschluss der Notfallversorgung zeitnah in den stationären Bereich verlegen zu können, sodass kein Exitblock in der Notaufnahme entsteht, der zur Abmeldung von Notfallversorgungskapazitäten führen kann.

Aber warum ist das so schwierig? Leider sind wir da wieder bei einem Kernproblem unseres Gesundheitssystems angekommen, einer kritischen Ökonomisierung mit Etablierung einer Gesundheits- oder besser Krankheitsindustrie durch Wegfall von Gewinnverbot und DRG-Einführung.

Krankenhäuser sollen der Daseinsvorsorge dienen und gleichzeitig „schwarze Zahlen“ erwirtschaften. Das ist ohne Anpassungsmöglichkeiten der Erlösstruktur bei festen Basisfallwerten, unterdeckten Investitionsförderungen, steigenden Personal-, Bürokratie-, Technik-, Bau- und Energiekosten die Quadratur des Kreises.

Also folgen die Kapazitäten dem Geld. Betten für lukrative Eingriffe mit effektiven, planbaren Prozessen nehmen zu, Betten für eher unlukrative Fachrichtungen mit unplanbarem und/oder aufwendigem Patientenkontext, aber dafür hohen Vorhaltekosten, nehmen ab. Die ungenügende Finanzierung von IMC-Aufwand kommt hinzu.

Damit sind Notfallpatienten, Kinder und andere „personalintensive“ Kranke die Verlierer des nunmehr seit 20 Jahren bestehenden Systems. Hier ist meines Erachtens der Hauptansatz für Veränderungen. Herr Lauterbach war an der Einführung des wohl weltweit umfassendsten Fallpauschalensystems federführend beteiligt, welches Patienten gefährdet und Personal demotiviert. Jetzt könnte er für eine gute Änderung sorgen – allerdings nur gemeinsam mit den Praktikern. Doch die werden gerade nicht gefragt. Also doch wieder nur gut gemeint? Wir werden sehen. ■

Dr. med. Heike Höger-Schmidt
Vorstandsmitglied