Ralf Dralle Magdeburg, 13.11.2017

Thesenpapier
Ralf Dralle

zum Symposium „Zukünftige Gestaltung der sektorenübergreifenden Versorgung“
Vortrag: Patientensteuerung in der Notfallversorgung - aus Sicht der Krankenkassen

1. Eine klare Definition des Notfalls besteht nicht. Dies gilt insbesondere in Abgrenzung zu einem Akutfall. Häufig divergieren auch die subjektive Einschätzung und der nachträglich feststellbare tatsächliche Behandlungsbedarf. Dies erschwert eine optimale Steuerung und Versorgung der Patientinnen und Patienten.

2. Den einzelnen Arzt treffen bei Vorliegen eines Notfalles erhebliche, insbesondere berufsrechtliche Pflichten, dies gilt selbst den zufällig anwesenden ärztlichen Ersthelfern. Die rechtlichen Pflichten des Staates zur Organisation von Hilfesystemen im medizinischen Notfall sind dem gegenüber deutlich weiter gezogen. Im Wesentlichen dürfte die Ausgestaltung der Notfallversorgung den verfassungsrechtlichen und europarechtlichen Anforderungen genügen. An der Sachgerechtigkeit des derzeitigen Systems der Notfallversorgung bestehen jedoch Zweifel.

3. Für den Fall, dass eine Notfallpatientin oder ein Notfallpatient selbst Hilfe sucht, stehen im ambulanten und im stationären Bereich zwei Hilfesysteme nebeneinander. Eine proaktive Steuerung der Patientinnen und des Patienten ist kaum möglich, selbst wenn aufgrund des nachträglich feststellbaren Behandlungsbedarfs klar sein sollte, welches System das richtige gewesen wäre.

4. Für den Fall, dass eine Notfallpatientin oder ein Notfallpatient auf aufsuchende Notfallhilfe angewiesen ist, stehen mit dem vertragsärztlichen Bereitschaftsdienst und dem Rettungsdienst wiederum zwei Systeme zur Verfügung deren unterschiedliche "Zuständigkeit" komplex ist.

5. Eine sinnvolle Inanspruchnahme durch die Patientinnen und den Patienten ist nur möglich, wenn die Prozesse der Notfallversorgung konsequent aus Patientensicht organisiert werden.

6. Für Patientinnen und Patienten, die selbst die Notfallstrukturen aufsuchen, ist eine zentrale Anlaufstelle für das medizinische Behandlungsersuchen im Notfall zwingend. Eine solche Notfalleinheit kann durch niedergelassene Ärzte und Krankenhausärzte gemeinsam betrieben werden.

7. Für Patientinnen und Patienten, die nicht selbst die Notfallstrukturen aufsuchen können, ist eine sektorübergreifende Leitstelle mit einer einheitlichen Telefonnummer und einer Verfügbarkeit von 24 Sunden an sieben Tagen der Woche notwendig. Eine Erweiterung des Kompetenzbereiches der Rettungsdienste erscheint hier sinnvoll. Insbesondere im Hinblick auf die vorhandenen hochqualifizierten Notfallsanitäter.

8. Übergreifende Mechanismen zur Qualitätssicherung und einheitliche Rahmenbedingungen für die Bedarfsplanung sind in der Notfallversorgung nicht vorhanden, sollten aber etabliert werden. Voraussetzung hierfür ist jedoch eine klare Beschreibung der Prozesse in der Notfallversorgung.

9. Die derzeitigen Regelungen folgen häufig einer sektoralen Finanzierungslogik anstatt einer patientenbezogenen Versorgungslogik. Dies bedingt erhebliche Ineffizienzen; beispielsweise durch die unnötige Vorhaltung von Strukturen oder durch unnötige stationäre Behandlung im Einzelfall.

10. Die regional unterschiedlichen Versorgungsstrukturen erfordern regionale Ausgestaltungsmöglichkeiten auch hinsichtlich der Notfallstrukturen.

Ralf Dralle