



©Exnoi (generiert mit KI) - stock.adobe.com

Der Kollaps ist absehbar

Interview mit Prof. Dr. Lars Timm

Die letzte Bundesregierung konnte das lange geplante – und dringend notwendige – Gesetz zur Reform der Notfallversorgung nicht mehr auf den Weg bringen. Überfüllte Krankenhaus-Notaufnahmen und ein Rettungsdienst am Limit zeigen den Handlungsbedarf. Wir sprachen mit Prof. Dr. Lars Timm, Professor für Gesundheitsmanagement, Vorstand bei der HC&S AG und selbst seit 25 Jahren aktiv im Rettungsdienst tätig, darüber, wie groß der Druck im System ist und wie realistische Lösungen zur Verbesserung des Status quo aussehen können.

Keywords: Notfallversorgung, Strategie, Patientenversorgung



Prof. Dr. Lars Timm, MBA M.A.
Professor für Gesundheitsmanagement
Hochschulen Fresenius
Vorstand bei HC&S AG
Rettungssanitäter bei der Rettungsdienst-Kooperation
Schleswig-Holstein (RKISH)

Das System der Notfallversorgung steht unter Druck. Eine Reform ist dringend notwendig, um die Patientenversorgung auch weiterhin auf hohem Niveau garantieren zu können.

KU Gesundheitsmanagement: Herr Prof. Dr. Timm, wo sehen Sie derzeit die größten Problemfelder in der Notfallversorgung?

Prof. Dr. Lars Timm: Es gibt leider mehrere Problemfelder. Die Patientinnen und Patienten entscheiden derzeit in Deutschland quasi selbst, ob sie ein Notfall sind bzw. sie bekommen ungefilterten Zugang zur höchsten Versorgungsstufe, dem Rettungsdienst und dem Krankenhaus. Sie rufen die 116 117 und je nach ambulanter Verfügbarkeit findet eine Versorgung in der Häuslichkeit statt oder diese entfällt gänzlich. Findet diese nicht in der Häuslichkeit statt und es wird auf das Krankenhaus verwiesen, wird viel zu häufig der Rettungsdienst als reines Beförderungsmittel, nicht aber als wichtiges Versorgungselement mit begrenzter Ressourcenverfügung in Anspruch genommen. In vielen Fällen gehen die Patienten zum RTW und werden dann auch sitzend befördert. So werden zwei Ressourcen in vollkommener Überversorgung gebunden, die zumeist gar nicht notwendig sind: der Rettungsdienst und das Krankenhaus! In meiner früheren Zeit als Mitarbeiter des Rettungsdienstes war prinzipiell immer ein niedergelassener Arzt im Rahmen des KV-Notfalldienstes am Einsatzort, wenn es sich um einen Akutfall, nicht aber um einen Notfall handelte. Es kam leider zu einem Sys-

tembruch in den Folgejahren. Heutzutage wird das Rettungswesen vollkommen inflationär ausgenutzt und die Notfallaufnahmen auch – mit systembedingten Folgewirkungen.

Das Gesetz zur Reform der Notfallversorgung konnte von der alten Regierung nicht mehr auf den Weg gebracht werden. Wird es jetzt möglicherweise noch einmal grundsätzlich überarbeitet und so noch länger auf sich warten lassen?

Es muss kommen, sonst brechen der Rettungsdienst und sämtliche Strukturen der Notfallaufnahmen zusammen. Die demografische Entwicklung wird zudem einen Beitrag dazu leisten, dass es zu einem Anstieg tatsächlicher einsatzbedingt berechtigter Notfälle und auch Verlegungen in andere Kliniken kommen wird. Die Klinikreform wird hier ebenfalls einen Beitrag leisten, weil längere Beförderungswege zum Zielkrankenhaus entstehen und Rettungsmittel im Einsatzgebiet dann nicht zur Verfügung stehen. Duplizitäten werden daher zunehmen. Es muss daher zukünftig eine klare Trennung zwischen Akutfall und Notfall geben. Der Akutfall muss aufsuchend in der Häuslichkeit oder in einer Notdienstpraxis am Krankenhaus behandelt werden – und das zunächst fallabschließend. Die Beförderungen können auch per Taxi ins Krankenhaus er-

folgen und nicht immer mit dem Rettungsdienst. Der Notfall wird natürlich im Krankenhaus behandelt und vom Rettungsdienst prästationär vorversorgt – daran darf sich nichts ändern.

Eine Entlastung der überfüllten Notaufnahmen soll u.a. durch bessere Patientensteuerung erreicht werden. Die Einführung von integrierten Notfallzentren (INZ), in der eine Notaufnahme mit einer Notdienstpraxis der Kassenärztlichen Vereinigung kombiniert wird, soll die Situation verbessern. Wie sehen Sie diese Strategie?

Sehr vernünftig! Es zeigt sich sehr häufig, dass es dann nur zu wenigen stationären Aufnahmen kommt, weil der diensthabende KV-Arzt den Akutfall suffizient und fallabschließend behandeln kann. Ist sich der KV-Arzt nicht sicher, kann er immer noch mit der diensthabenden Ärztin im Krankenhaus gemeinsam beraten und entscheiden, ob eine stationäre Aufnahme indiziert ist. Damit ist das Beförderungsproblem von der Häuslichkeit in die Notdienstpraxis aber noch nicht gelöst. Die Taxiunternehmen müssen verpflichtet werden, sitzende Akuttransporte ins Krankenhaus zu fahren. Als Anreiz auch mit einem Akutzuschlag von 20 Euro. Es darf zukünftig nicht mehr die Aufgabe des Rettungsdienstes sein, sitzende oder laufende Patienten zu befördern.

Die Kassenärztliche Bundesvereinigung sieht das Konzept jedoch auch kritisch, da man befürchtet, dies könne zu Lasten der niedergelassenen Ärzteschaft gehen. Ist diese Befürchtung berechtigt?

Das verstehe ich nicht. Die ambulante Versorgung ist doch Aufgabe der Kassenärztlichen Vereinigung. Ich verstehe aber, dass mehr Arbeit auf den ambulanten Bereich zukommen wird. Wie wäre es, wenn wir einmal in die Versorgungsstruktur anderer Länder schauen? Muss eine Ärztin oder ein Arzt die komplette Untersuchung durchführen? Das kann doch auch von einer versierten Gesundheits- und Krankenpflegerin in Form einer Physician Assistant oder einer Notfallsanitäterin mit Zusatzqualifikation erfolgen. Damit wären die niedergelassenen Ärzte doch auch entlastet. Es klingt natürlich recht einfach, was ich hier beschreibe. Es kommt aber doch auf einen Modellversuch an: Die KV-Notdienstpraxis besteht in der Behandlung zukünftig aus einem KV-Arzt und einem Physician Assistant oder einer Notfallsanitäterin. Beide agieren als Team und versuchen in kürzester Zeit

möglichst viele Patienten in Akutfällen zu versorgen. Es klappt in anderen hoch entwickelten Ländern wie beispielsweise in Skandinavien doch auch! Dann doch auch sicher bei uns, wenn sich die Ärzteschaft Neuerungen nicht verschließt.

Die Notrufnummer 112 und die Nummer des ärztlichen Bereitschaftsdienstes 116 117 sollen verknüpft werden und eine digitale Fallübergabe bereits erhobener Daten soll wechselseitig möglich sein. Außerdem sollen telemedizinische Versorgung und Terminvergaben über Telefon oder Internet die Notaufnahmen entlasten. Wie kann dieses neue Konzept den Patienten nahegebracht werden?

Ganz einfach. Es muss ohne Umwege akzeptiert werden, aber auch handhabbar sein. Vor allem für die ältere Bevölkerung. Wir haben leider nicht mehr die Zeit, jedes mögliche Versorgungsproblem, zu dem bereits eine pragmatische Lösung aufgezeigt wurde, immer noch in epischer Länge basisdemokratisch zu diskutieren. Die Lösung der wechselseitigen digitalen Fallübergabe ist zukunftsorientiert. Zudem können auch aufsuchende Tätigkeiten der KV in der Häuslichkeit vermieden werden, wenn eine telemedizinische Anamnese möglich ist. Vielfach kann auch die Notfallapotheke die nächste Therapiestufe in Form der Verordnung einer Medikation sein und eben nicht immer der Rettungsdienst sowie das Krankenhaus bzw. die Notdienstpraxis am Krankenhaus.

Die Bundesärztekammer fordert, dass ein Besuch der Notaufnahme ohne eine telefonische Ersteinschätzung vorab nicht mehr möglich sein soll. Aber wie soll man Menschen davon abhalten, in einer Notaufnahme Hilfe zu suchen? Müssen die Kliniken dann Türsteher einstellen, die den Patienten sagen: „Du kommst hier nicht rein!“?

Das sicher nicht. Die Bundesärztekammer hat aber vollkommen recht. Es kann nicht sein, dass in der Versorgungskette immer „in das höchste Regal“ gegriffen werden muss und aus Überversorgungen systembedingte Unterversorgungen entstehen. Der Patient kann die Notfallaufnahme ja ohne Ersteinschätzung aufsuchen; dann muss er aber die Behandlung nach der gültigen GOÄ selbst zahlen. Hält sich der Patient an die telefonische Ersteinschätzung, dann wird die Behandlung natürlich zu einer Kassenleistung und die Versorgungskaskade beginnt.

In ländlichen Gebieten, in denen es oft nicht einmal eine flächendeckende hausärztliche Versorgung gibt, sind wir von einer ausreichenden Versorgung mit ärztlichen Bereitschafts- oder Notfallpraxen weit entfernt. Da bleibt oft nur das nächste Krankenhaus, das im Notfall aufgesucht wird. Und im Zuge der Krankenhausreform wird gerade in diesen Regionen die Zahl der Kliniken, die im Notfall zur Verfügung stehen, weiter abnehmen. Wie muss die Notfallversorgung auf dem Land aussehen verglichen mit den Ballungszentren?

Auch hier müssen wir nicht so viel selbst erfinden. In vielen anderen Ländern kommen Notfallsanitäterinnen oder Physician Assistants zur Anwendung. Diese können bei einem Zweifel immer telemedizinisch mit einem Arzt Kontakt aufnehmen, wenn sie sich bei der Diagnose nicht sicher sind. Die Ressource Ärztin, die natürlich begrenzt ist, wird dabei geschont. Entpuppt sich die Lage hier als Notfall oder als zwingend liegend zu befördernder Akutfall, muss der Rettungsdienst gerufen werden. Ich kann mir vorstellen, dass dadurch das zum Einsatz Kommen des Rettungsdienstes reduziert wird und die Hilfsfristen für echte Notfälle bessere Werte darstellen werden. Ich persönlich halte sehr viel von den Level-I-Kliniken. Sofern ein Krankenhaus der Grund- und Regelversorgung zukünftig nicht wirtschaftlich betrieben werden kann, bietet sich ein Level-I-Krankenhaus mit einem MVZ und ggf. einer KV-Notdienstpraxis förmlich an.

Geplant ist auch eine Überarbeitung der gesetzlichen Grundlage für die Rettungsdienste. Vorgesehen ist unter anderem eine Trennung der medizinischen Leistung und des Transports. Halten Sie das für sinnvoll?

Ja, unbedingt. Mein Arbeitgeber, die Rettungsdienst-Kooperation in Schleswig-Holstein (RKISH), etabliert in Kürze sogenannte Akut-Einsatzfahrzeuge. Eine Notfallsanitäterin mit Zusatzausbildung fährt zum Einsatzort und beurteilt die Lage. In vielen Fällen haben die Patienten dann die 116 117 gerufen oder gar den Notruf 112. Weil sich die Disponentin nicht sicher ist, und natürlich nur durch eine telefonische Beschreibung der Symptome am Telefon auch nicht sicher sein kann, entsendet sie das sogenannte Akut-Einsatzfahrzeug (AEF). Der hilfeschende Patient bekommt auf jeden Fall Hilfe. Sofern der Akutfall dann doch wirklich ein Notfall ist, fordert die Notfallsanitäterin ihre Kollegen per RTW nach. Es kann

aber auch sein, dass die Notfallsanitäterin dem Patienten mitteilt, dass Angehörige, Nachbarn oder ein Taxi diesen zum Hausarzt oder zur KV-Notdienstpraxis verbringen möge. Das wäre dann der Akutfall.

Im Ende letzten Jahres veröffentlichten Positionspapier der DIVI zur Zukunft der Notfallversorgung wird angegeben, dass Notärzte selbst schätzen, nur in gut zehn Prozent der Einsätze wirklich erforderlich zu sein. Wie kann es denn zu solch einer Zahl kommen?

Das ist absolut richtig und logisch. Früher war die Notärztin voll in die klinische Tätigkeit eingebunden und wurde sodann zu Notfällen gerufen. Heutzutage müssen Notärztinnen vielfach 24-Stunden-Dienste leisten und werden zum Teil zu mehr als zehn Einsätzen pro Schicht gerufen. Darunter viele Abbrüche, ärztlich bestätigte Transportverweigerungen mit rechtlicher Absicherung des Rettungsteams sowie Akutfälle, die keiner notärztlichen Versorgung bedürfen. Das Dispositionsverhalten bzw. der Anforderungskatalog der Leitstellen sollte daher dringend überarbeitet werden, die Disponentin bei einer Fehleinschätzung aber auch rechtlich geschützt werden. Das Berufsbild der Notfallsanitäterin benötigt prinzipiell nur bei einer Reanimation, einem Polytrauma, einer Bewusstlosigkeit oder einem A- bzw. B-Problem primär eine Notärztin. Kommt das Rettungsteam zu der Entscheidung, dass sie eine Notärztin benötigen, können sie diese immer noch nachfordern. Oder eben eine Telenotärztin hinzuziehen, wenn beispielsweise die Gabe von Schmerzmedikamenten in Erwägung gezogen wird. Bei begrenzten und zukünftig sogar abnehmenden Ressourcen ist das Prinzip „Viel hilft viel“ leider nicht der korrekte Ansatz der Leitstellen. Vielmehr sollte die Leitstelle eine Art Gatekeeper-Funktion wahrnehmen und mit den begrenzten Ressourcen haushalten. Wie gesagt, dafür braucht es aber auch die rechtliche Absicherung für die Disponentinnen.

Notfallsanitäter sollten konsequenterweise also mit mehr Verantwortung und Kompetenzen ausgestattet werden?

Unbedingt, es ist eine hochkomplexe Ausbildung. Vielfach werden diese aber als Krankenwagenfahrer abgestempelt, obwohl sie die höchste nicht-medizinische Ausbildung erhalten. Wer sonst darf intravenöse Zugänge legen, intubieren oder eine Analgesie einleiten? Vielfach fahren die Notfallsanitäter aber Einweisungen

oder Entlassungsfahrten, die sehr wohl von einem Krankentransportwagen übernommen werden könnten. Die von den Kostenträgern favorisierte Mehrzweckstrategie durch eine avisierte hohe prozentuale Auslastung wird in den nächsten Jahren nicht mehr funktionieren und ist betriebswirtschaftlich so nicht mehr haltbar. Die Hilfsfristen von Rettungswagen werden zu häufig überschritten, so dass das System der Mehrzweckstrategie ausgedient hat.

Müsste auch die Ausbildung zum Notfallsanitäter reformiert werden?

Die Ausbildung eigentlich nicht, aber die qualifizierte Weiterbildung. Notfallsanitäter sollen die Ärztin im Notfall eigenverantwortlich entlasten. Das wird gelingen, in dem sie noch mehr Kompetenzen durch Trainings erhalten.

Wie kann man den Beruf des Notfallsanitäters attraktiver machen bzw. die Beschäftigten auch langfristig im Beruf zu halten?

Ganz einfach! Notfallsanitäterinnen wollen Notfälle behandeln. Sie werden aber zu häufig zu Bagatellfällen gerufen und sind meistens völlig unterfordert und auf Zeit frustriert. Zudem wird es bei einer adäquaten Arbeitszeit von maximal 40 Stunden die Woche und einer Beibehaltung des Gehaltsniveaus gelingen, die meisten im Beruf zu halten.

Was sind Ihre Lösungsvorschläge, Herr Prof. Timm?

Es muss zukünftig zwischen Akutfall und Notfall strikt getrennt werden. Der Akutfall muss durch die KV behandelt werden. Entweder aufsuchend oder in einer KV-Notdienstpraxis am Krankenhaus mit einer Ein-Tresen-Lösung. Die ersten Modellprojekte sind hier schon sehr gut. Das bedeutet aber nicht, dass die KV einfach den Rettungsdienst als Beförderungsmittel ordern darf und einer eigenen möglichen fallabschließenden Behandlung vorzieht. Vorher müssen zudem Barrieren installiert werden (z.B. Fahrt durch Angehörige, Nachbarn oder Taxi mit Akutzuschlag). Erst, wenn dies nicht möglich erscheint, kommt der Krankentransportwagen ohne Alarmfahrt und ggf. mit Wartezeit zur Inanspruchnahme. Wenn dieses System so eingeführt wird, kommt es zu einer deutlichen Entlastung und einer Verbesserung der Hilfsfristen für die richtigen Notfälle. Nochmals: Durch die demografische Entwicklung wird es zu einer Verdoppelung der Einsatzzahlen in den nächsten zwanzig Jahren kommen. Rechtzeitiges Handeln ist daher zwingend und jetzt angezeigt.

Was erleben Sie, wenn Sie bei Ihren Nachtschichten auf dem Rettungswagen sitzen, Herr Prof. Timm?

Meine Schilderungen stammen aus erster Hand, weil ich immer noch im Einsatzdienst tätig bin – und das seit mehr als 25 Jahren. Ich erlebe in den Diensten eine vollkommen inflationäre Ausnutzung des Rettungswesens, die mich selbst manchmal fassungslos macht und frustriert. Patienten werden sitzend befördert, gehen dann in die Notfallaufnahmen und wissen, dass sie nur zehn Euro für die Rettungsfahrt zu zahlen müssen. Der RTW ist derzeit also billiger als ein Taxi ohne Verordnung.

Viele sind aber auch hilflos und wissen nicht, wie sie behandelt werden können und rufen dann den Rettungsdienst. Sehr häufig sind Patienten völlig überrascht, dass ein Rettungswagen kommt, obwohl sie über Übelkeit, Erbrechen oder Durchfall klagen und lediglich eine Ärztin sprechen wollten. Hierfür ist sicher nicht immer eine Behandlung im Krankenhaus notwendig. In meiner ländlichen Region bilden sich zunehmend First-Responder-Einheiten, die überbrücken, wenn es zu lebensbedrohlichen Notfällen oder einer Reanimation kommt. Hier sind die Alarmierungen stark zunehmend, weil die Rettungsmittel einfach zu lange brauchen, um am Einsatzort zu sein. Warum? Weil sie vielfach mit Bagatellfällen belegt sind und für die eigentlichen Notfälle im Rahmen der gesetzlichen Hilfsfrist dann nicht zur Verfügung stehen können. Ein Teufelskreis, der aber aufgebrochen werden kann, wenn die von mir aufgezeigten Elemente, gepaart mit den bereits initiierten Änderungen, diskutiert, verbessert und rasch eingeführt werden. Verändert sich nichts und alles bleibt so wie es ist, wird es in kürzester Zeit zu einem Kollaps kommen. Mit Folgen für jeden Einzelnen ohne jegliche Überreibungen!

Herr Prof. Dr. Timm, vielen Dank für das Gespräch.

*Das Interview führte
KU Fachredakteurin Birgit Sander.*