

NOTFALLVERSORGUNG

Neuordnung ohne Denkverbote



VON BJÖRN STAHLHUT

Björn Stahlhut ist Diplom-Politologe. Im Generalsekretariat des Deutschen Roten Kreuzes ist er stellvertretender Teamleiter Rettungsdienst.
www.drk.de

Die Sicherstellung der Notfallversorgung auf dem Lande ist eine bedeutsame Aufgabe von Politik und Gesundheitswesen. Gefordert ist die Entwicklung ergänzender und gleichzeitig wirtschaftlich tragfähiger Angebote, die zu neuen Qualitäten des Zusammenlebens in dörflichen Strukturen führen können.

Ländliche Räume sind ein Wesensmerkmal unseres Landes. Unser föderales System ist ein Ausdruck starker Länder und Regionen. Gleichzeitig sind ländliche Räume heute aber auch so etwas wie ein Synonym für die Konzentration von zukünftigen Herausforderungen. Daher stellen die Sicherung der Daseinsvorsorge und die Gewährleistung einer hochwertigen Gesundheitsversorgung schon heute vielerorts wesentliche planerische Handlungsfelder dar.

Den Planern vor Ort ist offenbar längst klar geworden, dass Gesundheitsversorgung in Zukunft mehr sein muss, als die reine Frage nach Ärzten und Krankenhäusern. Sie unterstreichen dabei bereits an vielen Stellen, dass bürgerschaftliches Engagement und Ehrenamt eine zentrale Rolle beim Umgang mit den Folgen des demografischen Wandels im Gesundheitswesen spielen können, wenn diese Potentiale rechtzeitig eingebunden und gefördert werden. Hier können ergänzende und gleichzeitig wirtschaftlich tragfähige Angebote entstehen, die auch zu neuen Qualitäten des Zusammenlebens führen können.

Die Grundlage für dieses Zusammenleben ist dabei automatisch in den meisten Fällen an die eigenen vier Wände geknüpft. Die Mehrzahl der Menschen will die Frage nach ihrem Lebensort möglichst lange selbst bestimmen.

Damit kommt der altersgerechten Ausstattung von Wohnungen und Häusern, gerade im ländlichen Raum, zukünftig eine besondere Rolle zu. As-

sistenzsysteme, die einen Beitrag dazu leisten, mögliche Unfälle oder Gefahrensituationen frühzeitig zu erkennen, müssen hierbei unser besonderes Augenmerk haben. Hierzu können ein Bestell- und Lieferservice, der auch medizinische Produkte umfasst oder die Anbindung an eine Medizin-Hotline zur Abdeckung der Randzeiten medizinischer Versorgung (außerhalb der Sprechstunden und an Wochenenden) genauso gehören, wie angepasste Quartierkonzepte und Alarmierungssysteme beispielsweise bei einem Sturz.

Insgesamt erscheint es angezeigt, die Versorgungsforschung in diesem Bereich zu intensivieren und neue Formen der Familien- und Seniorenbegleitung zur Praxisreife zu bringen.

Neben der Tatsache, dass die Menschen in Deutschland älter werden und die Fälle von Multimorbidität zunehmen, gehen durch die Bank alle Fachkräfteprognosen davon aus, dass in den nächsten Jahrzehnten Ärzte und nicht-ärztliches Personal in erheblicher Zahl fehlen werden. Beispielhaft geht eine PWC-Studie davon aus, dass im Jahr 2020 – also in fünf Jahren – zur Aufrechterhaltung der heute gewohnten Versorgungsqualität 224.000 Vollzeitkräfte fehlen werden, wenn wir weitermachen wie bisher. Bis 2030 würde sich dieser Fehlbestand auf mehr als 404.000 Vollzeitkräfte erhöhen. Dieser zusätzliche Effekt liegt insbesondere an sinkenden Absolventenzahlen und der dann ebenfalls verstärkten Renteneintritte der sogenannten Baby-Boomer.

Für die ärztlichen Berufe würde dies im Bundesdurchschnitt einen Anteil von 23,7 Prozent unbesetzter Vollzeitstellen bedeuten, wobei die Einzelzahlen nach dieser Studie zwischen 43,3 Prozent unbesetzter Vollzeitstellen in Rheinland-Pfalz und 1,2 Prozent in Berlin variieren.

Trotz dieser für einige Regionen bedrückenden Zahlen muss die Maxime für die gesundheitliche Versorgung lauten, dass weder die Qualität, noch die etablierte Versorgungsdichte in Deutschland reduziert werden. Da aufgrund der feh-

lenden Fachkräfte wahrscheinlich bereits in wenigen Jahren nicht mehr jede Arztpraxis und jedes Krankenhaus personell zu halten sein wird, muss hier auf einen erreichbarkeitsorientierten Ansatz hin umgesteuert werden. Die Politik geht hier erste vielversprechende Schritte.

Zur Absicherung dieses Prozesses ist auch wieder stärker auf die besonderen Fähigkeiten des Öffentlichen Gesundheitsdienstes abzustellen, der die Auswirkungen der sozialen Lebens- und Umweltbedingungen auf die Gesundheit

beobachtet und bewertet und sich dabei an den aktuellen Erfordernissen mit besonderem Blick auf bevölkerungsmedizinische Fragestellungen orientiert. Bedürftige und sozial Benachteiligte könnten auf diese Weise adäquat unterstützt werden.

Dies ist auch deshalb von Bedeutung, weil das deutsche Gesundheitswesen einen Problemknoten lösen muss, der aus dem Fachkräftemangel, der nachhaltigen Finanzierbarkeit der Leistungen und den Auswirkungen des medizinisch-technischen Fortschritts besteht.

Beispiel: Kommunale Gesundheitszentren in Finnland



Der Aufbau der Gesundheitszentren in Finnland begann in den 1960er Jahren, damals mit dem Ziel, Engpässe in der ambulanten Versorgung zu überwinden. Besonders betroffen waren die ländlichen Regionen, in denen auch heute noch, trotz fortschreitender Abwanderung junger Erwachsener in die Metropolregionen, 62 % der finnischen Bevölkerung lebt. Nach der Verabschiedung des Primary Health Care Act von 1972 erfolgte in den 1970er und 1980er Jahren ein flächendeckender Ausbau von kommunalen Gesundheitszentren, die bis heute eine tragende Säule der Gesundheitsversorgung in Finnland sind.

Ziel der Gesundheitszentren ist es, eine umfassende und gut erreichbare Primärversorgung zu leisten, die allen Bürgern Finnlands unabhängig von Alter oder sozialem Status zugänglich ist. Die Gesundheitszentren sind populationsorientiert ausgerichtet; ihr Aufgabenspektrum ist breit gefächert. Im Einzelnen umfasst es (allgemein-) medizinische Behandlung, Prävention, Familienplanung, Mutter- und Kindergesundheit, Schulgesundheit, Mundgesundheit und zahnärztliche Versorgung, ambulante Pflege, Physiotherapie und betriebliche Gesundheit, sowie Teile der Notfallversorgung.

Seit den 1990er Jahren richten die Zentren ihre Versorgung verstärkt auf (ältere) Menschen mit chronischen Krankheiten aus.

Zu den Besonderheiten der finnischen Gesundheitszentren gehört, dass sie üblicherweise auch über eine stationäre Abteilung verfügen, die der Akut- wie auch der Langzeitversorgung dient und besonders für die Versorgung der älteren ländlichen Bevölkerung mit chronischen Erkrankungen wichtig ist.

Die finnischen Gesundheitszentren sind multiprofessionell ausgerichtet. Neben Allgemeinärzten und Ärzten anderer Fach-

richtungen sind dort vor allem Pflegende, Physiotherapeuten, Sozialarbeiter und Psychologen tätig. Pflegende sind die größte Beschäftigtengruppe. Die Pflege spielt in der Primärversorgung in Finnland traditionell eine wichtige Rolle und hat im Zuge des Ärztemangels und der verstärkten Ausrichtung der Zentren auf chronisch Kranke einen weiteren Aufgabenzuwachs erfahren. Inzwischen führen Pflegende bei chronisch Kranken auch eigenverantwortlich Kontrolluntersuchungen durch, überwachen das ärztlich verordnete Medikamentenregime und verschreiben in definiertem Rahmen sogar selbst Medikamente etc. Darüber hinaus behandeln sie eigenständig leichte akute Gesundheitsbeschwerden und nehmen eine Reihe von umgrenzten Aufgaben wahr, die früher ausschließlich Ärzten vorbehalten waren, so beispielsweise Diagnosestellung und Durchführung therapeutischer Maßnahmen oder Nähen von Wunden. Flankiert wurde der Aufgabenzuwachs durch eine deutliche Anhebung der Qualifizierung auf akademisches Niveau, fachliche Spezialisierungen z. B. Public Health Nursing und eine entsprechende Erweiterung des Berufsrechts (Kokko 2009; MSAH 1994).

Die Gesundheitszentren sind steuerfinanziert, primär aus kommunalen Steuern sowie einem staatlichen Zuschuss. Die Kommunen können zudem Gebühren von den Nutzern erheben. Die Zentren werden kommunal betrieben und arbeiten auf dem Land oft in einem regionalen Verbund. In jüngerer Zeit beauftragen manche Kommunen auch privatgewinnorientierte oder gemeinnützige Anbieter mit der Trägerschaft der Zentren.

Die Gesundheitszentren genießen ein hohes Ansehen in der Bevölkerung und stellen auf dem Land oft die gesamte Versorgung sicher. Das Qualitätsniveau gilt als gut und soll durch den zunehmenden Ausbau national einheitlicher Standards garantiert werden, ebenso durch Implementation unterschiedlicher klinischer Leitlinien. Die Qualität wird außerdem durch kontinuierliche Weiterbildung und nicht zuletzt durch die multiprofessionelle Kooperation gestärkt (MSAH 2013; Kuronen et al. 2010; Sumanen et al. 2008). Erwähnenswert ist in diesem Zusammenhang, dass in Finnland für die Pflege und die therapeutischen Gesundheitsberufe seit den 1990er Jahren ein Bachelor-Abschluss bindend ist. Auch damit soll ein hohes Qualitätsniveau gewährleistet werden.

Literatur: (Hämel/Schaeffer 2014a; Hämel/Schaeffer 2014b)

Quelle: Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen: Bedarfsgerechte Versorgung ffPerspektiven für ländliche Regionen und ausgewählte Leistungsbereiche. Gutachten 2014. Eine Kurzfassung (189 Seiten) sowie die Langfassung (626 Seiten) des Gutachtens stehen kostenlos auf der Webseite des Sachverständigenrats zum Herunterladen zur Verfügung: www.svr-gesundheit.de/index.php?id=465.

Was ist also zu tun? Das Gutachten 2014 des Sachverständigenrates zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen (SVR Gesundheit) gibt hier einige wichtige Impulse insbesondere zur Notfallversorgung. Dort wird beispielsweise eine Neuordnung der Notfallversorgung empfohlen, die idealerweise alle drei Bereiche – ärztlicher Bereitschaftsdienst, Rettungsdienst und Notaufnahme der Krankenhäuser – umfasst und zusammenführt. Besonders im ländlichen Raum wäre dies mit Blick auf die Vorhaltekosten und die Belastung der knappen Arbeitskräfte nicht nur aus qualitativen, sondern auch aus ökonomischen Gründen geboten. Diese Diskussion sollte zeitnah und ohne Denkverbote geführt werden.

Neben dieser Zusammenführung sollte nach Auffassung des Sachverständigenrates Gesundheit ein weiteres Ziel darin bestehen, verbreitete Überversorgung, vor allem aber unnötig hohe Inanspruchnahmen einer zu hohen und zu spezialisierten Versorgungsebene, wie beispielsweise des Rettungsdienstes, zu vermeiden.

Ein Weg zur Erreichung dieses Ziel könnte die Etablierung einer zentralen Leitstelle mit einer einheitlichen Telefonnummer für den Patienten in regionalem Kontext sein. Dort würde der Anruf von

den ärztlichen Bereitschaftsdienst und den Rettungsdienst in einer den örtlichen Versorgungsbedürfnissen entsprechenden Weise zusammenzulegen.

Wenn es dann noch gelänge, eine gute Kooperation und Verknüpfung mit den regionalen Krankenhäusern zu erreichen, könnten sehr wahrscheinlich viele unnötige Hausbesuche und Krankenhauseinweisungen vermieden werden.

Damit dies aber aus einem Guss funktionieren kann, wäre es zuvor notwendig, den falschen Anreiz zur Krankenhauseinweisung, der alle präklinisch erbrachten Leistungen erst abrechnungsfähig macht, zu beseitigen. Dazu müssen die Leistungen des Rettungsdienstes aus dem Bereich »Versorgung mit Krankentransport« herausgenommen und als eigenständige medizinische Leistung neu im Sozialgesetzbuch V geregelt werden.

Der Fachkräftemangel im ärztlichen Bereich und seine diesbezüglichen Auswirkungen auf das arztbasierte Rettungsdienstsystem werden diese Notwendigkeit verstärken. Daher war es ein richtiger Schritt, den neuen Beruf des Notfallsanitäters zu schaffen. Durch eine dreijährige Ausbildung soll das Personal schon heute besser befähigt werden, den Gesundheitszustand der Kranken oder Verletzten zu beurteilen, über die Notwendigkeit eines Notarzteeinsatzes zu

freiwilliger Basis und nicht an hauptberuflichen Standards gemessen aktiv sind. Die Herausforderung für alle Entscheider in Politik und Gesundheitswesen besteht dann vor allem darin, die Voraussetzungen dafür zu schaffen, dass das qualifizierte Personal unabhängig vom Status so eingesetzt werden kann, dass es den komplexer werdenden Versorgungserfordernissen gerecht wird. ■

»Die Zusammenführung der drei Elemente einer Notfallversorgung auf dem Lande sollte bedacht werden: ärztlicher Bereitschaftsdienst, Rettungsdienst und Notaufnahme der Krankenhäuser«

erfahrenen Ärzten entgegengenommen, die sich die Beschwerden anhören und den Patient beraten, eine Anlaufstelle (Notfall- oder Bereitschaftsdienstpraxis, Notaufnahme im Krankenhaus) vermitteln, oder einen Hausbesuch oder einen Transport ins nächste Krankenhaus mit oder ohne Notarzt organisieren. Auch dieser Ansatz sollte zeitnah und ohne Denkverbote geführt werden.

Ein guter Einstieg wäre hierbei sicherlich, die ohnehin vorhandenen Gestaltungsspielräume der Länder zu nutzen,

entscheiden und in der Erstversorgung auch invasive Maßnahmen durchzuführen, wenn der Patient gefährdet ist und ein Notarzt nicht rechtzeitig vor Ort sein kann.

Die Zukunft der sicheren und hochwertigen gesundheitlichen Versorgung liegt aber nicht allein in der Optimierung und Vernetzung bestehender Ressourcen. Die dargestellten Entwicklungen machen es gerade im ländlichen Raum erforderlich, zukünftig auch Menschen in die Versorgung einzubeziehen, die nur auf



Studienführer Sozialmanagement

Studienangebote in Deutschland, Österreich und der Schweiz: Befunde – Analysen – Perspektiven

Von Prof. Dr. Karl-Heinz Boeßenecker und Prof. Dr. Andreas Markert

3., vollständig überarbeitete und aktualisierte Auflage 2014, 221 S., brosch., 24,– €

ISBN 978-3-8487-0956-4

(Edition Sozialwirtschaft, Bd. 19)

www.nomos-shop.de/21806

Die Autoren rekonstruieren in der 3. Auflage des Studienführers die an Hochschulen Deutschlands, der Schweiz und Österreichs bestehenden Studiengänge im Bereich Sozialmanagement/Sozialwirtschaft und ordnen diese fachlich ein. Studierende, Lehrende und Praktiker/Praktikerinnen erhalten so eine systematische Übersicht über ein expandierendes Studien- und Handlungsfeld.



Nomos