

01.03.2019 Politik

Interdisziplinäre Notfallambulanz und Portalpraxis – Erfahrungen aus Schleswig-Holstein

R. W. Schmitz



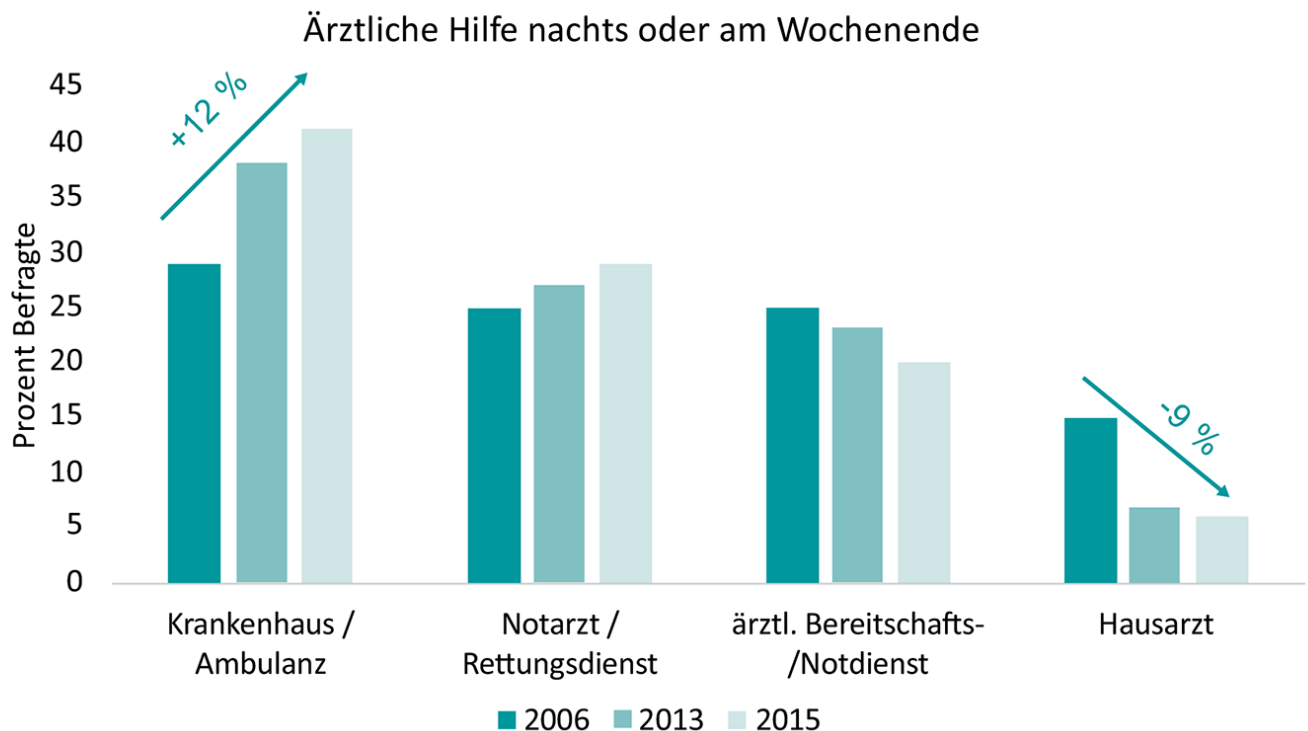
„Die Notaufnahmen der Krankenhäuser sind überlastet – auch, weil sich dort Patienten ohne dringenden Notfall behandeln lassen. Gesundheitsminister Jens Spahn (CDU) will die Notfallversorgung jetzt umbauen.“ So oder ähnlich lauteten die Schlagzeilen der großen deutschen Tageszeitungen vom 20. Dezember 2018, einen Tag nachdem vom Bundesgesundheitsminister öffentlichkeitswirksam ein Konzept für den Umbau der Notfallversorgung vorgestellt wurde.

Die kompetente Versorgung von Notfällen, sei es ambulant oder unter stationären Bedingungen, stellt einen zentralen Anteil der chirurgischen Tätigkeit dar. Daher ist es in unserem ureigenen Interesse an einer Neustrukturierung der Notfallversorgung mitzuarbeiten. Dabei stellt sich zunächst einmal die Frage nach den Ursachen für die aktuell beklagten Probleme in der Notfallambulanz.

Seit Jahren hören wir Berichte über durch selbsterklärte Notfallpatienten überschwemmte Notfallambulanzen der Kliniken – und dies vor dem Hintergrund, dass die Versorgung der ambulanten Notfallpatienten dem Vertragsarztsystem, namentlich den Kassenärztlichen Vereinigungen, obliegt. Mancherorts wurde in der Vergangenheit darauf reagiert mit von den KVen betriebener Anlaufpraxen an oder auch in den Krankenhäusern, dies aber oft nur mit mäßigem Erfolg. Nicht selten sind diese kassenärztlichen Bereitschaftsambulanzen nämlich in räumlicher Entfernung von der eigentlichen Notfallambulanz der Klinik lokalisiert und ohne fremde Hilfe nur schwer zu finden. So wird die Triage in diesen Fällen nicht vom medizinischen Fachpersonal, sondern vom Pförtner des Krankenhauses vorgenommen.

Weitere Gründe für Fehlallokationen in der Notfallversorgung sind ungenügende Informationen der breiten Öffentlichkeit über die Zuständigkeiten des streng nach Sektoren aufgeteilten Gesundheitssystems in Deutschland. So deckte eine 2017 im Deutschen Ärzteblatt veröffentlichte Untersuchung (1) an norddeutschen Kliniken auf, dass mehr als die Hälfte der in der Notfallambulanz wartenden Patienten sich selbst gar nicht als Notfall einschätzten und davon ausgingen, dass eine Behandlung ihres Gesundheitsproblems außerhalb von Sprechstundenöffnungszeiten generell im Krankenhaus erlaubt ist. Unter den anderen, selbsteingeschätzten Notfällen wiederum waren die Bereitschaftsdienstambulanzen der zuständigen KV und deren zentrale bundeseinheitliche Notfallrufnummer 116 117 nicht bekannt.

Vor diesem Hintergrund ist es somit verständlich, dass die Zahlen bezüglich der Inanspruchnahmen von Notfallambulanz und kassenärztlichem Bereitschaftsdienst seit Jahren auseinanderlaufen. Während der kassenärztliche Bereitschaftsdienst immer weniger in Anspruch genommen wird steigt in gleichem Ausmaß die Belastung in den Krankenhausambulanzen (Abb. 1).



„Wenn Sie oder ein naher Angehöriger nachts oder am Wochenende ärztliche Hilfe brauchen, wohin wenden Sie sich dann?“ Versichertenbefragung (19-79 Jahre) der KBV 2006, 2013 und 2015

Abb. 1: Inanspruchnahme von Krankenhaus Notfallambulanz und ärztlicher Bereitschaftsdienst der KV [2]

In Schleswig-Holstein wurde diese Problematik durch die zuständige kassenärztliche Vereinigung (KVSH) bereits 2007 identifiziert und führte zu einer kompletten Neustrukturierung des Notdienstes. Zentrale Pfeiler waren dabei die Einrichtung von sogenannten Anlaufpraxen an den Krankenhäusern sowie das Einrichten einer gemeinsamen überregionalen Leitstelle.

Bei den Anlaufpraxen wurde von Beginn an Wert daraufgelegt, dass nach Möglichkeit eine sogenannte „Ein-Tresen-Lösung“ implementiert wurde, d. h. die KV-Ambulanz ist zentraler Bestandteil der interdisziplinären Notfallambulanz und nicht in räumlicher Entfernung derselben untergebracht. Die Triage erfolgt durch das medizinische Fachpersonal und der Patient wird so dem für ihn passenden Sektor zugewiesen. Weder der Pförtner noch der Patient selbst entscheiden also über die Dringlichkeit, dies obliegt einzig und ausschließlich dem Arzt.

Hierzu bedurfte es baulicher Maßnahmen, die gerade in kleineren Krankenhäusern oftmals nicht trivial und nur schwierig umzusetzen waren. Stand Dezember 2018 sind nun in allen 30 an der Notfallversorgung teilnehmenden Kliniken Anlaufpraxen eingerichtet worden. In einem Drittel der Krankenhäuser wurde dabei die klassische Portalpraxis mit gemeinsamer Ambulanz (1-Tresen-Lösung) implementiert, weitere sollen folgen.

Die quartalsweise von der KVSH erhobenen Zahlen über die Inanspruchnahme von KV-Notfalldienst und Krankenhausambulanz [3] geben diesem Vorgehen recht und können durchaus als Blaupause für den Rest der Republik gelten. So ist es zwar über die Jahre zu einem leichten Anstieg der Notfallpatienten gekommen, dies aber in beiden Sektoren in ähnlicher Auswirkung und damit offensichtlich allein der Demografie bedingten Morbiditätsentwicklung geschuldet. Eine überproportionale Beanspruchung der Notfallambulanzen in den Krankenhäusern konnte zuverlässig verhindert werden (Abb. 2).

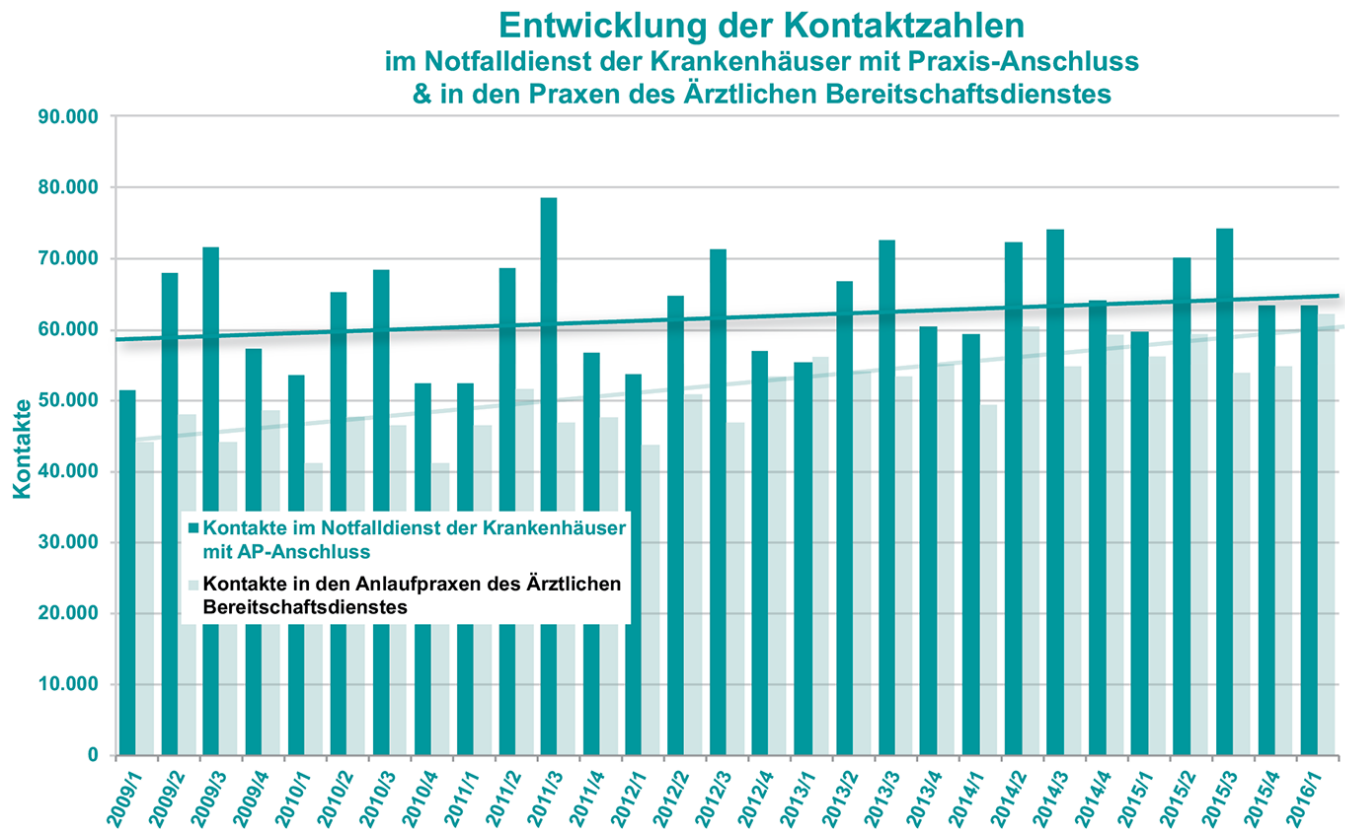


Abb. 2: Quartalsweise Darstellung der Kontakte im ärztlichen Bereitschaftsdienst der KV und der Notfallambulanzen der Krankenhäuser in Schleswig-Holstein (AP = Anlaufpraxis)

Interessant ist auch ein Vergleich der Relation ambulante/stationäre Fälle in der Notfallambulanz eines Krankenhauses in Abhängigkeit davon, ob an dem betreffenden Standort eine Portalpraxis der KV funktioniert. So wurden vom UKE in Hamburg 70 % ambulante Fälle berichtet, ähnlich wie in anderen Bereichen in Deutschland. Von der interdisziplinäre Notfallaufnahme am UKSH in Lübeck werden im Vergleichszeitraum nur 45 % ambulante und 55 % stationär endende Notfälle vermeldet [6]. Der einzige Unterschied zwischen beiden Standorten ist, dass am Universitätsklinikum in Lübeck eine KV-Notfallpraxis in der Notfallambulanz implementiert wurde. Dies wiederum bedeutet, dass niedergelassene KV-Ärzte in Lübeck es schaffen, die Notfallambulanz eines Maximalversorgers von nicht in diesen Versorgungsbereich gehörenden leichten ambulanten Fällen zu entlasten.

Ausgesprochen von Vorteil war auch die Einrichtung einer landesweiten Leitstelle. Diese übernimmt zwischenzeitlich sogar vertretungsweise die Versorgung von anderen KVen, der Digitalisierung sei Dank. Im Rahmen der Notdienstreform 2007 wurde auch die zentrale Rufnummer 116 117 implementiert. Trotz einer groß angelegten und auch weiterhin geführten Informationskampagne konnte der Bekanntheitsgrad dieser Nummer aber noch nicht zufriedenstellend gesteigert werden. Damit verbleibt trotz der insgesamt positiven Entwicklung in Schleswig-Holstein weiterhin die Notwendigkeit über die Einführung einer zentralen Notrufnummer zu diskutieren.

Die einzige, allgemein bekannte Rufnummer ist und bleibt die 112. Diese Nummer wird im Notfall und auch zunehmend bei Unsicherheiten gewählt und führt aktuell zu ganz erheblichen Problemen. So nehmen die Kontakte zum Rettungsdienst kontinuierlich zu. Ist dieser einmal ausgerückt und vor Ort, so darf er keine ambulante Behandlung abrechnen und deshalb wird der Patient eben aufgenommen und ins nächste Krankenhaus gebracht. Da dies nicht selten zur stationären Aufnahme führt, nicht aus medizinischen sondern ökonomischen Gründen, werden also auch hier Patienten auf einer höheren Strukturebene versorgt, was unweigerlich zu erhöhten, medizinisch nicht gerechtfertigten Kosten führt.

Diese Problematik wurde vom Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen (SVR Gesundheit) identifiziert [4]. Empfohlen wird der Politik das Sozialgesetzbuch dahingehend zu ergänzen, dass zukünftig auch ambulante Behandlungen durch kompetentes Rettungspersonal abgerechnet werden können.

Dem können wir uns in Schleswig-Holstein nur anschließen. Verbunden werden muss dies noch mit rechtlichen Änderungen insbesondere zur Telemedizin, so dass auch Beratungen am Telefon erfolgen können. Untersuchungen aus der Schweiz und einem Modellbereich in Baden-Württemberg [5] legen nahe, dass allein durch eine solche Möglichkeit bis zu 30 Prozent der Selbsteinweisungen in Notfallambulanzen verhindert werden können.

Die Erfahrungen aus Schleswig-Holstein zeigen, dass die aktuell vom Sachverständigenrat empfohlenen und vom BMG auch zum Teil schon konkretisierten Empfehlungen zum Umbau der Notfallversorgung es wert sind, umgesetzt zu werden. Flankiert werden müssen all diese Maßnahmen durch eine multimediale Informationskampagne und auch durch eine verbesserte gesundheitliche Bildung, idealerweise beginnend in der Schule.

Literatur

[1] Scherer, M., Lühmann, D., Kazek, A., Hansen, H., Schäfer, I.: Patienten in Notfallambulanzen. Querschnittsstudie zur subjektiv empfundenen Behandlungsdringlichkeit und zu den Motiven, die Notfallambulanzen von Krankenhäusern aufzusuchen. Deutsches Ärzteblatt 2017; 114; 645-52

[2] Versichertenbefragung der Kassenärztlichen Bundesvereinigung 2015
https://www.kbv.de/media/sp/Berichtband_KBV_Versichertenbefragung_2015.pdf

[3] Schliffke, M.: Notfallambulanz und Portalpraxen. Jahrestreffen BDC Schleswig-Holstein 28.11.2018, Kiel

[4] Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen: Bedarfsgerechte Steuerung der Gesundheitsversorgung. Gutachten 2018. https://www.svr-gesundheit.de/fileadmin/user_upload/Gutachten/2018/SVR-Gutachten_2018_WEBSEITE.pdf

[5] Downes, M.J., Mervin, M.C., Byrnes, J.H., Scuffham, P.A.: Telephone consultations for general practice: a systematic review. Systematic Reviews 2017; 6; 128

[6] Wolfrum, S.: Das Stufenkonzept der klinischen Notfallversorgung – Erfahrungen aus der interdisziplinären Notaufnahme eines Maximalversorgers. Jahrestreffen BDC Schleswig-Holstein 28.11.2018, Kiel

Autor des Artikels



Dr. med. Ralf Wilhelm Schmitz

Referatsleiter Niedergelassene Chirurgen

MVZ Chirurgie Kiel

Schönberger Str. 11

24148 Kiel

[> kontaktieren](#)