

Bad Nauheimer Gespräch

Notfallversorgung in Not oder: Wohin soll ich mich wenden?



Dr. med. Ingrid Hasselblatt-Diedrich begrüßte das gut besetzte Auditorium und ebnete mit ihrer Einführung den Weg zu den Fachvorträgen



Die Vortragenden des Abends: Dr. med. Susanne Johna und Dr. med. Eckhard Starke

„Wohin soll ich mich wenden, wenn Gram und Schmerz mich drücken“ heißt es im Eingangsgesang der Deutschen Messe des Komponisten Franz Schubert, und dem Anschein nach stellen sich auch viele Patientinnen und Patienten diese Frage. Um (richtige) Antwort verlegen oder schlicht aus Unkenntnis und Desinteresse, wählen viele den Weg, der ihnen am einfachsten erscheint: zum nächstgelegenen Krankenhaus und mangels Überweisung in die dortige Notaufnahme. Diese (über)lebenswichtigen Anlaufstellen für akut Erkrankte oder Unfallopfer kommen ob des stetig wachsenden Zustroms an ihre Grenzen. Wie dem abgeholfen werden könnte, war Thema des jüngsten Vortragsabends der Reihe Bad Nauheimer Gespräche.

Mit Dr. med. Susanne Johna, Internistin, Oberärztin, Gesundheitsökonomin, Mitglied im Vorstand der Bundesärztekammer, Mitglied des Bundesvorstandes und Landesvorsitzende des Marburger Bundes in Hessen und Präsidiumsmitglied der Landesärztekammer Hessen sowie Dr. med. Eckhard Starke, Allgemeinarzt mit Fachkunde Rettungsdienst und Notfallmedizin und stellvertre-

tender Vorstandsvorsitzender der Kassenärztlichen Vereinigung Hessen, hatten die Mitglieder des Förderkreises Bad Nauheimer Gespräche e. V. erneut ausgewiesene Experten zum Thema als Referenten gewonnen.

Dass die Notfallversorgung in Deutschland zunehmend selbst in eine Notlage gerät, zeigen nicht nur die Schlagzeilen in der Presse, wo immer wieder von Patienten berichtet wird, die nach stundenlangem Warten pöbeln oder gar gewalttätig werden. Auch aktuelle Studien und Statistiken belegen, dass es so, wie es derzeit läuft, nicht mehr lange weitergehen kann: Pro Jahr ist bei den Patientinnen und Patienten, die in die Notaufnahmen der Krankenhäuser kommen, ein Zuwachs von vier bis neun Prozent zu verzeichnen. Im Jahr kommen rund 20 Millionen Menschen in die Notaufnahmen, von denen 43 Prozent und mithin knapp die Hälfte auch durch den ärztlichen Bereitschaftsdienst hätten behandelt werden können. Auch die Bereitschaft, den Rettungswagen zu rufen, steigt nachweislich, wobei hier durch die Notärztinnen und -ärzte zumindest eine Auswahl derer stattfindet, die wirklich akute Notfälle darstellen und in eine Notaufnahme verbracht

werden müssen. Von den Patienten, die nicht mit dem Rettungswagen eingeliefert werden, kamen drei Viertel unter der Woche und die wenigsten in den Nachtstunden, d. h. zwischen Mitternacht und acht Uhr morgens. Bei vielen dauerten die geschilderten Beschwerden bereits einen ganzen Tag oder sogar länger an. Die Mehrheit gibt bei Umfragen an, einen Hausarzt zu haben; die Inanspruchnahme der Notfallversorgung erscheint mithin keineswegs alternativlos.

Warum aber wenden sich nachweislich immer mehr Patientinnen und Patienten an die Notaufnahmen der Krankenhäuser? Hier kommen mehrere Faktoren zusammen. Einer ist die schlichte Unkenntnis der Nummer des ärztlichen Bereitschaftsdienstes. Wenngleich die 116 117 schon lange existiert und mittels Kampagnen der Ärzteschaft propagiert wurde, haben nur wenige Menschen die Nummer auf dem sprichwörtlichen „Schirm“. Die 112 ist in den meisten Köpfen schlicht präsenter.

Diesem Problem des „Primärkontakts“ ist nicht allein durch Info-Kampagnen zu begegnen. Die Lösungskonzepte, die unter anderem vom Marburger Bund und der Kassenärztlichen Bundesvereinigung erarbeitet und von beiden Experten im Anschluss an die Schilderung des Problems aufgezeigt wurden, sehen vielmehr eine stärkere Vernetzung der beteiligten Akteure vor. So sieht das Modell der Integrativen Notfallversorgung u. a. eine gemeinsame medizinische Anlaufstelle am Krankenhaus, die gerechte Beteiligung aller Ärztinnen und Ärzte an der Notfallversorgung und nicht zuletzt eine personelle und digitale Verknüpfung aller „Sektoren“ vor, damit doppelte Inanspruchnahmen nach Möglichkeit vermieden werden können. Von großer Bedeutung ist auch die an allen Stellen einheitliche Einschätzung der Behandlungsdringlichkeit, die idealerweise schon im Zuge des Primärkontakts erfolgen

sollte. Orientiert am aus der Wehrmedizin bekannten Modell der Triage, soll durch medizinisch geschultes Personal an den Notrufnummern oder am „Tresen“ der Anlaufstelle, zusätzlich gestützt durch IT, ein Urteil gefällt werden, ob der Patient sofort versorgt werden muss oder ob sein Fall den Kategorien „sehr dringend“, „dringend“, „normal“ oder „nicht dringend“ zuzuordnen ist.

Wie diese Lösungsmodelle in der Praxis umgesetzt werden können, verdeutlichte Dr. Starke anhand zweier Beispiele aus Hessen, nämlich der bedarfsgerechten Patientensteuerung durch die Triage am Klinikum Höchst und dem preisgekrönten Modell der Partnerpraxen in unmittelbarer Nähe zu den Notaufnahmen, in welche die Patientinnen und Patienten niedrigerer Dringlichkeitsstufe geschickt werden können, was neben einer Entlastung der Notaufnahmen mittelfristig auch zu einem Lerneffekt seitens der Patienten führen soll. Der Erfolg der Triage in Höchst wurde bereits statistisch ausgewertet. So konnte die zentrale Notaufnahme des Klinikums allein im letzten Quartal des Jahres 2017 um rund 2.000 Fälle entlastet werden, was einem Rückgang von mehr als 30 Prozent im Vergleich mit dem Vorjahr entspricht.

Das Fazit am Ende eines thematisch dichten und überaus detaillierten Vortragsabends: Auch wenn die Panikmache seitens der Medien, wenn nicht unbegründet, so doch überzogen erscheint, ist unabdingbar, der unkoordinierten und unkontrollierten Inanspruchnahme der Notfallversorgung und einer „Medizinkonsum 24/7“-Mentalität vieler Patientinnen und Patienten durch Aufklärung und geeignete Konzepte entschieden entgegen zu wirken. Dass die bereits existierenden Lösungsansätze erfolgversprechend sind, hatten die Vorträge eindrucksvoll zu zeigen vermocht.

– VJR –