

Der Hausarzt als Koordinator im Notfallsystem

The Family Physician: a Coordinator in the Emergency System

Christina Adamczyk^{1,3,*}, Markus Huber^{1,2,*}, Christian Engelbrecht¹, Lena Kowalski¹, Linda Sanftenberg¹, Jörg Schelling¹, Oliver Abbushi³

Hintergrund: Aktuell gibt es landesweite Diskussionen über ein erhöhtes Aufkommen von Notfallpatienten in deutschen Notaufnahmen. Welche Rolle im Einzelnen der Hausarzt dabei spielen kann, steht im Mittelpunkt von Forschungsfragen. Ziel dieser Studie war es, den Effekt einer engen Hausarztanbindung in Bezug auf die Behandlungsrelevanz und Einweisungshäufigkeit in die Notaufnahmen zu analysieren. Zudem sollte die Rolle der Bereitschaftspraxen in Bezug auf die Hausarztanbindung und der Behandlungsrelevanz betrachtet werden.

Methoden: Mithilfe eines anonymisierten Fragebogens wurden soziodemografische Daten, das Vorhandensein eines festen Hausarztes, die Art der Vorstellung sowie die Behandlungsrelevanz und Einweisungsrate durch den Hausarzt erhoben. Die Patienten wurden in acht internistischen Notaufnahmen und vier Bereitschaftspraxen in Bayern persönlich befragt.

Ergebnisse: Von insgesamt 1911 befragten Patienten hatten 91 % einen festen Hausarzt. 47 % der befragten Patienten in den Notaufnahmen waren von Hausärzten/Spezialisten eingewiesen worden, 53 % waren Selbstvorsteller oder wurden über den Rettungsdienst vorgestellt. In der Bereitschaftspraxis waren 93 % Selbstvorsteller, 6 % Hausarztzuweisungen und 1 % Überweisungen aus Notaufnahmen. Die Behandlungsrelevanz lag durchschnittlich in den Notaufnahmen bei 70 % und in den Bereitschaftspraxen bei 81 %.

Schlussfolgerungen: Der Hausarzt spielt in der Versorgung von Notfallpatienten eine wichtige Rolle und kann gerade in Bezug auf die Gruppe der Selbstvorsteller einen wichtigen Beitrag durch Vorselektion und Steuerung der Patienten zur Entlastung der Notaufnahmen leisten. Bereitschaftspraxen behandeln effektiv Notfallpatienten ohne lebensbedrohliche Diagnosen und entlasten somit die Notaufnahmen.

Schlüsselwörter: Hausarzt; Notfallpatienten; Bereitschaftspraxis; Notaufnahme

Background: Currently there are nationwide discussions about an increased number of emergency patients in German emergency departments. Research questions focus on the respective individual role of family physicians (FP). The aim of this study was to analyse the effect of intimate FP involvement in terms of treatment relevance and frequency of referrals to emergency departments. In addition, FP involvement in out-of-hour practices (in hospitals) and treatment relevance should be considered.

Methods: With the help of an anonymous questionnaire, socio-demographic data, the presence of a permanent FP, the type of presentation as well as the treatment relevance and referral rate by FPs, were collected. The patients were interviewed personally in eight internal medicine emergency departments and in four out-of-hour practices in Bavaria, Southern Germany.

Results: Of a total of 1911 patients surveyed, 91 % had a permanent FP. 47 % of the interviewed patients in the emergency departments had been admitted by FPs/specialists, 53 % were self-presenters or were brought by the rescue service. In out-of-hour practices 93 % were self-presenters, 6 % FP referrals and 1 % back referrals from emergency departments. On average, the relevance of treatment in emergency departments was 70 % and in out-of-hour practices 81 %.

Conclusions: FPs play an important role in the care of emergency patients and can make an important contribution by preselecting and controlling patients, especially with regard to the group of self-presenters. Out-of-hour practices effectively treat emergency patients without life-threatening diagnoses and thus relieve emergency department admissions.

Keywords: family physician; emergency patients; out-of-hour practices; emergency departments

¹ Institut für Allgemeinmedizin der Ludwig-Maximilians-Universität München

² Innere Medizin am Klinikum Neuperlach

³ Facharztpraxis für Allgemeinmedizin, Deisenhofen

*Christina Adamczyk und Markus Huber teilen sich die Erstautorenschaft.

Peer reviewed article eingereicht: 26.10.2018, akzeptiert: 07.12.2019

DOI 10.3238/zfa.2019.0203-0207

Hintergrund

Das regional zunehmende Patientenaufkommen in den Notaufnahmen in Deutschland gibt Anlass zur Diskussion in der ambulanten Versorgungsstruktur und an der Schnittstelle zum stationären Sektor [1]. Aktuelle Studien zeigen, dass Patienten mit geringem Behandlungsbedarf, nicht geöffnete Praxen und ein Mangel an zeitnahen Terminen von Teilgebietsärzten das hohe Patientenaufkommen in den Notaufnahmen verursachen [2, 3, 4, 5].

Die Gründe hierfür sind vielfältig. Neben einer bequemerem und schnelleren Behandlung im Krankenhaus wird auch das Unwissen von Strukturen und Möglichkeiten einer Behandlung außerhalb der Klinik als häufige Ursache beschrieben [6, 7].

Um dieser Lage entgegenzuwirken, versuchte der Gesetzgeber, regulierend einzugreifen. So trat Anfang 2016 das Krankenhausstrukturgesetz (KHSG) in Kraft, das u.a. die Einrichtung von Bereitschaftspraxen in Krankenhäusern zur Behandlung von ambulanten Notfallpatienten fordert, um die Notaufnahmen zu entlasten [7].

Der Begriff des „Notfalls“ ist definiert als „körperliche oder psychische Veränderungen im Gesundheitszustand, für welche der Patient selbst oder eine Drittperson unverzügliche medizinische und pflegerische Betreuung als notwendig erachtet“ [8]. Um diese Betreuung zu erhalten, stehen den Patienten drei Säulen in der Notfallversorgung zur Verfügung: erstens die niedergelassenen Hausärzte und Spezialisten mit Bereitschaftspraxen und dem kassenärztlichen Notdienst, zweitens die regionalen Notaufnahmen an Krankenhäusern und drittens das Rettungswesen mit Rettungshelfern, Rettungssanitätern, Rettungsassistenten, Notfallsanitätern und Notärzten.

Eine bessere intersektorale Verknüpfung zwischen Notaufnahmen, Bereitschaftspraxen und Rettungsdienst wird gefordert [7] und ist bei neu eingeführten Strukturen von besonderer Bedeutung. Über die Rolle des Hausarztes im Notfallsystem ist wenig bekannt. Aktuelle Studien zeigen überwiegend demografische Daten, Beweggründe der Inanspruchnahme und Diagnosen der Patienten einer Notaufnahme [2, 3, 6, 9]. Wie sehr ein Hausarzt zur Entlastung in

der Notfallversorgung beiträgt, wurde wissenschaftlich bislang noch nicht ausreichend belegt. Im Folgenden sollen die Hausarztanbindungen der Notfallpatienten, die Einweisungsrate der Hausärzte in die Notaufnahmen und die Behandlungsrelevanz der Fälle in Bereitschaftspraxis und Notaufnahmen untersucht werden.

Methoden

Studiendesign

Die Studie wurde am Institut für Allgemeinmedizin der Ludwig-Maximilians-Universität München, zusammen mit dem ärztlichen Kreisverband München und der Unterstützung des Bayerischen Hausärzterverbands durchgeführt. Alle Kliniken und Bereitschaftspraxen wurden schriftlich zur Teilnahme an den Studien eingeladen und die Standorte anschließend ausgewählt.

Die Daten wurden insgesamt an vier Versorgungsbereichen erhoben: Versorgungsbereich 1 entspricht den Notaufnahmen in Garmisch und Murnau (Klinikum Garmisch-Partenkirchen und Berufsgenossenschaftliche Unfallklinik Murnau) mit 503 befragten Patienten, Versorgungsbereich 2 entspricht den Notaufnahmen in Augsburg und Schwabmünchen (Klinikum Augsburg und Wertachklinik Schwabmünchen) mit 500 befragten Patienten, Versorgungsbereich 3 entspricht den Notaufnahmen in München (Klinikum Neuperlach, Klinikum Schwabing, Klinikum Dritten Orden, Klinikum rechts der Isar) mit 502 befragten Patienten, und Versorgungsbereich 4 entspricht den Bereitschaftspraxen in München (Bereitschaftspraxis München-Süd, Bereitschaftspraxis Schwabing, Bereitschaftspraxis im Klinikum rechts der Isar, Bereitschaftspraxis im Elisenhof) mit 406 befragten Patienten.

Bei der Auswahl der Bereitschaftspraxen und Notaufnahmen im Raum München wurde darauf geachtet, dass eine gleich große Anzahl von Kliniken mit Bereitschaftspraxen und Kliniken ohne Bereitschaftspraxen ausgewählt wurde.

Es folgte eine getrennt voneinander durchgeführte Erhebung der Daten. Die Ergebnisse wurden metaanalytisch zusammengeführt und ausgewertet.

Nach mündlichem Einverständnis der Patienten wurden die Fragebögen persönlich durch den Untersucher mit den Studienteilnehmern ausgefüllt. Die Auswertung der Fragebögen erfolgte manuell mit IBM® SPSS® Statistics. Es erfolgte eine reine Häufigkeitszählung.

Die Durchführung der Studien wurde von der Ethikkommission der Ludwig-Maximilians-Universität München genehmigt.

Fragebogen

Ein anonymer Fragebogen wurde interdisziplinär von Fachärzten für Allgemeinmedizin, Studierenden und Statistikern entwickelt. Dieser bestand aus einem patientenbezogenen Teil, der die soziodemografischen Faktoren, Art der Vorstellung, das Beschwerdebild, Dauer und Behandlung der Patienten und die Rolle des Hausarztes beinhaltete. Ein zweiter Teil, der die Behandlungsnotwendigkeit darstellte, wurde durch den behandelnden Arzt der jeweiligen Notaufnahme oder Bereitschaftspraxis ausgefüllt. Hier wurde aus der Konstellation von Diagnosen, Behandlungsdauer und aufgewendeten Ressourcen festgelegt, ob die Behandlung in der aufgesuchten Einrichtung notwendig war oder von einem niedergelassenen Haus- und Teilgebietsarzt hätte erfolgen können.

Ergebnisse

Insgesamt wurden $n = 1911$ Patienten in acht internistischen Nothilfen und vier Bereitschaftspraxen mit dem Fragebogen untersucht.

Hausarztanbindung

92 % aller Patienten gaben an, einen festen Hausarzt zu haben. Die höchste Hausarztanbindung zeigte sich bei den Patienten in der Notaufnahme in Garmisch und Murnau mit 97 %. Die niedrigste Hausarztanbindung lag bei den Patienten in den Bereitschaftspraxen in München mit 78 % vor (Abb. 1).

Einweisungshäufigkeiten

In allen Notaufnahmen wurden insgesamt 47 % der Patienten von Hausärzten/Teilgebietsärzten eingewiesen. Der restliche Teil mit 53 % setzte sich aus

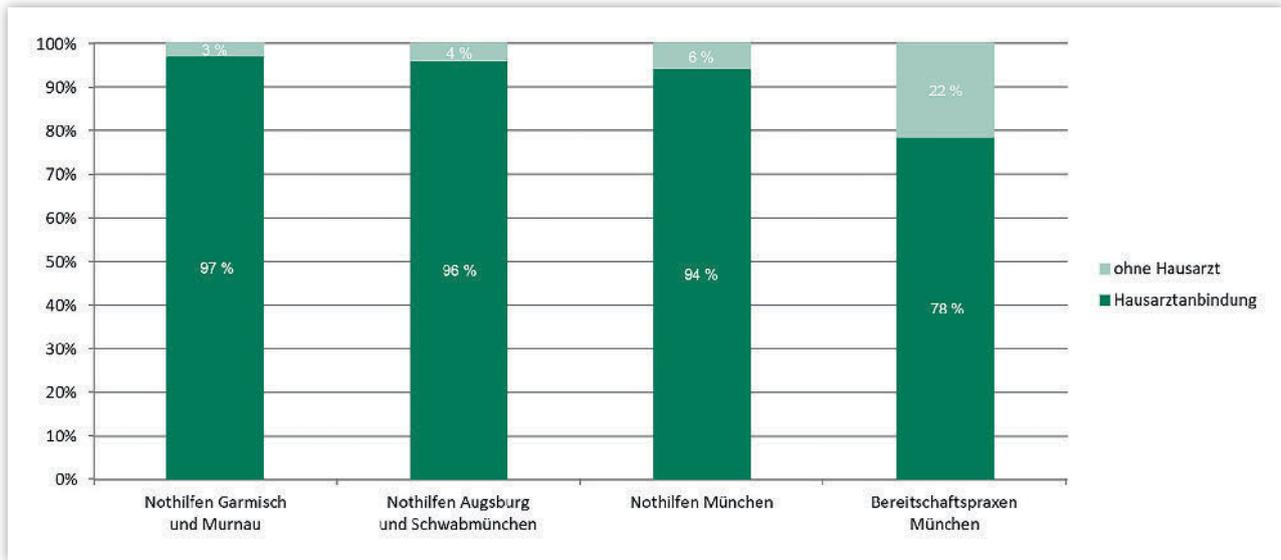


Abbildung 1 Hausarztanbindung in den vier Versorgungsbereichen

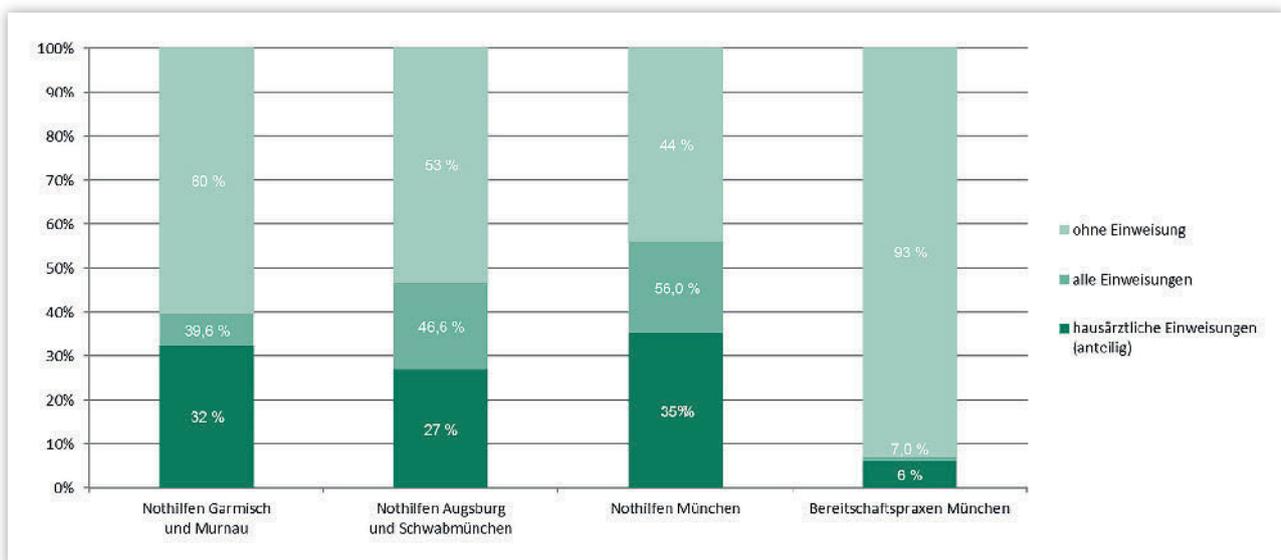


Abbildung 2 Gegenüberstellung von Selbstvorstellern ohne Einweisung und allen eingewiesenen Patienten. Zusätzlich eine anteilige Darstellung der hausärztlichen Einweisungen in den drei Notaufnahmen

Selbstvorstellern und Patienten, die über den Rettungsdienst zugewiesen wurden, zusammen. Der Anteil der Hausarzt-einweisungen unter allen gewerteten Einweisungen betrug 66 % (Abb. 2).

Der Anteil der Selbstvorsteller in der Bereitschaftspraxis lag bei 93 %. Mit einer Hausarzt- oder Facharzteinweisung kamen 6 % und über die Notaufnahme 1 % in die Bereitschaftspraxis.

Behandlungsrelevanz

Die durch den behandelnden Arzt eingeschätzte Behandlungsrelevanz, d.h., wie effektiv der Patient in der jeweiligen Ver-

sorgungsebene behandelt wurde, lag insgesamt bei 72 %. In den einzelnen Bereichen verteilte sich diese wie folgt: In den Notaufnahmen in Garmisch und Murnau lag sie bei 62 %, in Augsburg und Schwabmünchen bei 66 %, in den Notaufnahmen in München bei 79 % und in den Bereitschaftspraxen in München bei 82 % (Abb. 3). Betrachtet man die Daten der Bereitschaftspraxis, so zeigte sich, dass die Behandlungsrelevanz mit 82 %, also um 13 Prozentpunkte höher war als der Durchschnitt in Notaufnahmen mit 69 %. Der Anteil der Patienten, die aus der Bereitschaftspraxis in die Nothilfe verwiesen wurden, lag bei 4 %.

In Augsburg und Schwabmünchen ergab sich, dass Patienten mit hausärztlicher Einweisung zu 86 % als krankenhausrelevant eingeschätzt wurden und alle anderen Patienten (diejenigen, die entweder ohne oder mit einer Einweisung von einem anderen Arzt die Notaufnahme aufsuchen) lediglich mit 59 % als krankenhausrelevant eingeschätzt wurden. In den Notaufnahmen in München hingegen zeigte sich, dass die Patienten, die vom Hausarzt eingewiesen wurden, zu 82 % krankenhausrelevant waren. Dem gegenüber stand ein Kollektiv von Selbstvorstellern ohne Einweisung, die lediglich zu 59 % kran-

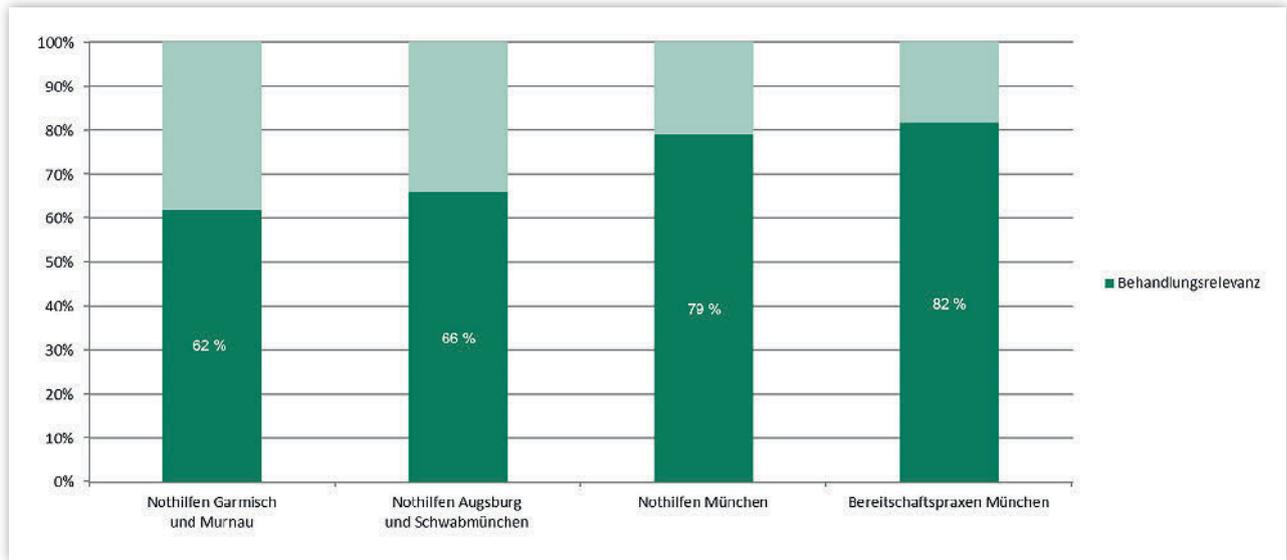


Abbildung 3 Anteil der behandlungsrelevanten Patienten in den vier Versorgungsbereichen

kenhausrelevant eingeschätzt wurden. In den Notaufnahmen in Garmisch und Murnau wurden diesbezüglich keine Daten erhoben.

Diskussion

Hausarztanbindung

Insgesamt zeigt sich ein durchwegs hoher Anteil an Patienten mit festem Hausarzt (92 %). In allen Notaufnahmen kann eine Hausarztanbindung der Notfallpatienten von über 90 % nachgewiesen werden. Vergleicht man dies mit anderen Studien, lässt sich insgesamt eine ähnlich hohe Hausarztanbindung im ärztlichen Bereitschaftsdienst zeigen [9]. In den Bereitschaftspraxen in München hingegen war der Anteil der Hausarztanbindung mit einem Wert von 78 % geringer. Die hier gezeigten Daten sollten jedoch vorsichtig bewertet werden, da bis jetzt nur wenig hochwertige quantitative Studien zu diesem Thema existieren.

Einweisungshäufigkeit und Behandlungsrelevanz

Dass die Hausärzte an der Schnittstelle von ambulanter Behandlung zu stationärer Behandlung eine große Rolle spielen, zeigte die Summe der Hausarztweisungen. Circa zwei Drittel aller Patienten mit Einweisungsschein werden von einem hausärztlich tätigen Arzt ge-

schickt. In den Notaufnahmen war ein positiver Einfluss auf die Krankenhausrelevanz durch den Hausarzt zusehen. Anzunehmen ist, dass die initial beim Hausarzt vorstelligen Patienten durch eine richtige Diagnosestellung und Einschätzung der krankhausrelevanten Behandlung durch den Hausarzt gut geleitet werden.

Es ist zu vermuten, dass diese ärztliche Vorselektion hilfreich sein kann. Dies zeigt die Gruppe der Patienten, die selbsttätig ohne Einweisung die Notaufnahmen aufsuchen. Beispielsweise in den Notaufnahmen in München waren die krankhausrelevanten Diagnosen bei Selbstvorstellern um ca 20 % niedriger. Gerade für diese Patienten, wie schon oft beschrieben [2], bedarf es besserer Leitung und Führung, um ein übermäßiges Patientenaufkommen in der Notaufnahme zu vermeiden. Vermutlich wären diese Patienten in der Bereitschaftspraxis effektiver behandelt worden. Diese Vermutung wird dadurch bestärkt, dass die Bereitschaftspraxis insgesamt im Vergleich zu den Notaufnahmen eine höhere Behandlungsrelevanz aufweist. Man könnte also annehmen, dass die Patienten ohne ärztliche Zuweisung besser in einer Bereitschaftspraxis als in einer Notaufnahme versorgt worden wären. Andererseits mussten nur 4 % der in einer Bereitschaftspraxis behandelten Fälle an eine Notaufnahme verwiesen werden. Dies spricht für eine effektive Leistung der Bereitschaftspraxen in der Notfallversorgung.

Bedeutung für die Praxis

Wenn mehr Patienten mit akuten Beschwerden zuerst den Hausarzt aufsuchen würden, ließe sich eine effektivere Leitung von Notfällen etablieren. Dies würde eine direkte Auswirkung auf eine Ressourcen-gerechte Behandlung in den Notaufnahmen haben. Lebensbedrohliche Krankheitsbilder sollen weiter über das bestehende System der Rettungsleitstellen direkt in die Notaufnahmen geleitet werden.

Eine Vereinheitlichung von Zuständigkeiten würde für die Patienten mehr Transparenz schaffen, einheitliche Öffnungszeiten die Zugänglichkeit zur Versorgung erleichtern. Zu den normalen Praxissprechzeiten wären die niedergelassenen Vertragsärzte die primären Ansprechpartner für Notfallpatienten. Außerhalb dieser Zeiten würden die Notdienstpraxen bzw. Bereitschaftspraxen die Versorgung übernehmen.

Auch die Patienteninformation ist wesentlich. Generationsspezifisch müssen verschiedene Medien in Einsatz gebracht werden. Aufklärungskampagnen, Flyer und moderne Medien (Internet, Apps) sollten über Verantwortlichkeiten der verschiedenen Akteure, Rufnummern, Adressen und Öffnungszeiten informieren.

Stärken und Schwächen der Arbeit

Gegenüber großen Auswertungen der Notfallversorgung mit noch größeren

Christina Adamczyk ...



... ist Fachärztin für Allgemeinmedizin und in der hausärztlichen Praxis Dr. Abbushi in Deisenhofen tätig. Seit 2015 ist sie Doktorandin am Institut für Allgemeinmedizin der Ludwig-Maximilians-Universität München.

Markus Huber ...



... ist Assistenzarzt für Innere Medizin am Klinikum Neuperlach. Seit 2015 ist er als Doktorand am Institut für Allgemeinmedizin der Ludwig-Maximilians-Universität München tätig.

Fallzahlen [2, 10], in denen jedoch meist nur Abrechnungsdaten oder Daten des Rettungsdienstes ausgewertet wurden, konnte in dieser Studie mit jedem Patienten persönlich gesprochen werden. Somit ergeben sich valide Aussagen zu Beweggründen der Patienten, eine gewisse Behandlung in Anspruch zu nehmen, und nähere Informationen, z.B. zur Anbindung an den Hausarzt. Das persönliche Interview ergänzt um wichtige weiche Faktoren und zeigt individu-

elle Entscheidungen auf, die in größer angelegten Studien nur gemutmaßt werden können.

Eine Limitation stellt sicherlich die geringe Anzahl der Patienten und die ungleichen Fallzahlen in den einzelnen Stichproben dar. In den Notaufnahmen wurden ausnahmslos internistische Notfallpatienten befragt. Ausgeschlossen waren ebenso behandlungsrelevante Fälle, die initial über einen internistischen Schockraum oder die Intensivsta-

tion aufgenommen wurden. Die in dieser Arbeit beschriebenen Tendenzen müssten für strukturelevante Entscheidungen mit größeren Kohorten reevaluiert werden.

Schlussfolgerung

Der Hausarzt spielt in der Notfallversorgung eine wichtige Rolle. Eine feste hausärztliche Betreuung könnte zu einer ressourcengerechteren Inanspruchnahme der Notaufnahmen führen. Die Bereitschaftspraxen behandeln effektiv einen großen Anteil der Notfallpatienten und können zur Entlastung der Notaufnahmen beitragen. Für eine gelungene Versorgung von Notfallpatienten ist neben der Leitung in die richtige Versorgungsstruktur auch die hausärztliche Versorgung entscheidend.

Interessenkonflikte: keine angegeben.

Korrespondenzadresse

Christina Adamczyk
Institut für Allgemeinmedizin
Pettenkoferstrasse 8a
80336 München
christina.adamczyk@web.de

Literatur

1. Carter EJ, Pouch SM, Larson EL. The relationship between emergency department crowding and patient outcomes: a systematic review. *J Nurs Scholarsh* 2014; 46: 106–15
2. Scherer M, Lühmann D, Kazek A, Hansen H, Schäfer I. Patients attending emergency departments a cross-sectional study of subjectively perceived treatment urgency and motivation for attending. *Dtsch Arztebl Int* 2017; 114: 645–52
3. Schmiedhofer M, Mockel M, Slagman A, Frick J, Ruhla S, Searle J. Inanspruchnahme zentraler Notaufnahmen: Qualitative Erhebung der Motivation von Patientinnen und Patienten mit nicht-dringlichem Behandlungsbedarf. *Gesundheitswesen*. 2017; 79: 835–44
4. Gill JM, Riley AW. Nonurgent use of hospital emergency departments: urgency from the patient's perspective. *J Fam Pract* 1996; 42: 491–6
5. Durant AC, Palazzolo S, Tanti-Hardouin N, Gerbeaux P, Sambuc R, Gentile S. Nonurgent patients in emergency departments: rational or irresponsible consumers? Perceptions of professionals and patients. *BMC Res Notes* 2012; 5: 525
6. Uscher-Pines L, Pines J, Kellermann A, Gillen E, Mehrotra A. Deciding to visit the emergency department for non-urgent conditions: a systematic review of the literature. *Am J Manag Care* 2013; 19: 47–59
7. Köster C, Wrede S, Herrmann T. Ambulante Notfallversorgung. Analyse und Handlungsempfehlungen. Göttingen: AQUA-Institut 2016
8. Behringer W, Buergi U, Christ M, Dodt C, Hogan B: Fünf Thesen zur Weiterentwicklung der Notfallmedizin in Deutschland, Österreich und der Schweiz. *Notfall Rettungsmed* 2013; 16: 625–6
9. Briers C: Der Patient im ärztlichen Bereitschaftsdienst: Analyse von Bereitschaftsdienstesätzen im Ballungsgebiet München von Mai 2011 bis Dezember 2011. Dissertation zum Erwerb des Doktorgrades der Medizin an der Medizinischen Fakultät der Ludwig-Maximilians-Universität zu München
10. Stillfried D, Czihal T, Erhart M. Rolle der Krankenhäuser in der Notfallversorgung in Deutschland: Daten belegen massiven Reformbedarf. Berlin, Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung in der Bundesrepublik Deutschland, 2017