

Kassenärztlicher Bereitschaftsdienst oder Notaufnahme – Betrachtung zur Patientenverteilung

Sekundärdatenanalyse von einer im Rahmen vom Qualitätsmanagements eines Klinikum durchgeführten Patientenbefragung

Seeger I, Naziyok T, Rölker-Denker L, Röhrig R, Hein A

Department für Versorgungsforschung, Carl von Ossietzky Universität Oldenburg

Einleitung

Die Frage der Notfallversorgung durch eine Kassenärztliche Bereitschaftsdienstpraxis (BDP) oder einer Zentralen Notaufnahme (ZNA) ist im Fokus aktueller Diskussionen [1,2]. Ziel dieser Studie ist es, die ambulanten Fälle mit geringer Behandlungsdringlichkeit in einer ZNA in ländlicher Struktur zu ermitteln und die Gründe für das Aufsuchen einer Notaufnahme darzustellen.

Methodik

Die vorliegende Arbeit ist eine deskriptive Sekundärdatenanalyse. Es wurde ein anonymisierter Datensatz einer Klinik inkl. der Daten einer Stichprobe mit ESI (Emergency Severity Index) Stufen 4 & 5 triagierten Patienten mit Angaben zur Einweisungsart ausgewertet und die Ankunftszeiten der Patienten mit den Praxisöffnungszeiten der angegebenen Hausärzte bzw. der Bereitschaftsdienstpraxis abgeglichen. Weiterhin wurde die Inanspruchnahme radiologischer Leistungen für diese Patienten erfasst.

Ergebnisse

In einem 4-Wochenzeitraum wurden in der ZNA 1.351 Fälle behandelt. Daten der Stichprobe waren bei 160 Fällen der ESI-Stufen 4 & 5 verfügbar. 133 (83%) Fälle wurden ambulant behandelt, 12 (8%) Fälle stationär aufgenommen, 15 (9%) hatten eine unzureichende Dokumentation. 138 (86%) Fälle gaben an, ohne vorherigen Arztkontakt die ZNA aufgesucht zu haben, 17 (11%) auf Einweisung durch einen Arzt, fünf (3%) Fälle machten keine Angaben (Abb. 1). 32 Fälle suchten die ZNA während der Praxisöffnungszeiten ihres Hausarztes auf, davon wurden 31 (97%) ambulant und 1 Fall stationär behandelt. 28 Fälle suchten die ZNA trotz geöffneter BDP auf, davon wurden 25 (89%) Fälle ambulant und drei (11%) stationär behandelt (Abb. 2). Eine Röntgenleistung in der ZNA erhielten 82 (51%) Fälle, davon 36 (23%) Fälle bei geöffneter Hausarzt- oder Bereitschaftsdienstpraxis (Abb. 3). Als Grund für das direkte Aufsuchen der ZNA gaben 86 (62%) Fälle an, dass es sich um einen Notfall handelt, 17 (12%) Fälle, dass die BDP geschlossen war und 16 (12%) Fälle, dass sie keine Zeit für einen Praxisbesuch während der Öffnungszeiten haben (Abb. 4).

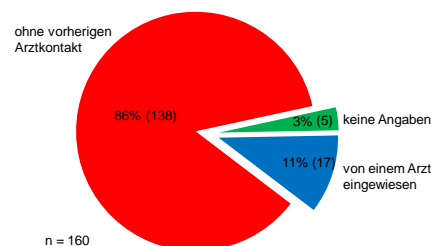


Abb. 1: Aufsuchen der ZNA – Art der Einweisung

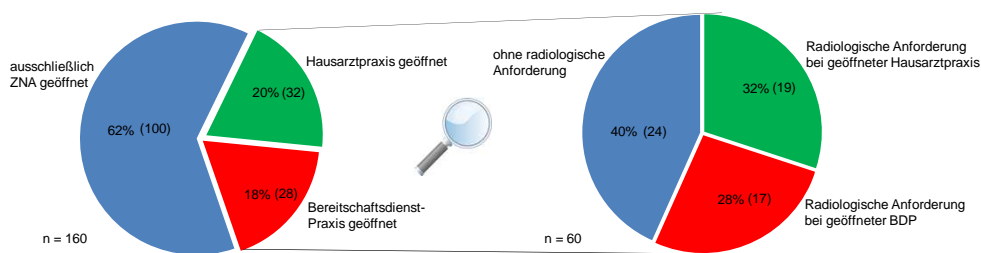


Abb 2: Inanspruchnahme ZNA in Abhängigkeit von kassenärztl. Versorgung

Abb 3: Radiologische Anforderungen bei geöffneter Hausarzt- oder Bereitschaftsdienstpraxis

Gründe für das Aufsuchen der ZNA ohne vorherigen Arztkontakt (Mehrfachnennungen möglich, n = 138)	n	%
„Es ist ein Notfall“	86	62%
„Die Bereitschaftsdienstpraxis war geschlossen“	17	12%
„keine Zeit für einen Praxisbesuch während der Öffnungszeiten“	16	12%
„weiß nicht, welche Praxis Bereitschaftsdienst hat“	13	9%
„weiß nicht, wie ich die Bereitschaftsdienstpraxis erreichen soll“	2	1%
„habe keinen Termin bekommen“	8	6%
„zweite ärztliche Meinung“	6	4%
„mit der bisherigen ärztlichen Behandlung nicht zufrieden“	2	1%
sonstiges	16	12%

Abb 4: Gründe für das Aufsuchen der ZNA ohne vorherigen Arztkontakt

Schlussfolgerung:

Die meisten Patienten (86%) suchen die ZNA ohne vorherigen Arztkontakt auf. Als Grund für die Inanspruchnahme ohne ärztliche Einweisung war „Es ist ein Notfall“ die häufigste Antwort. Dies kann sowohl auf den hohen Anteil an Patienten zu Zeiten, in denen Hausarzt und BDP nicht verfügbar waren geschlossen werden. Es verbleibt allerdings auch eine Gruppe, bei der Unkenntnis des Angebots der kassenärztlichen Notfallversorgung und / oder deren Kompetenzen maßgeblich ist. Insgesamt zeigt sich eine regelmäßige Inanspruchnahme der ZNA durch Patienten, die durch niedergelassene Ärzte adäquat versorgt werden könnten. Durch verschiedene Faktoren scheint es eine transsektorale Leistungsverchiebung in der ambulanten Notfallversorgung von den kassenärztlichen Strukturen zur Zentralen Notaufnahme zu geben. Dies geschieht ohne Anpassung der Finanzierung. Es ist eine politische Entscheidung notwendig, um Strukturen zu schaffen, die die alte Verteilung in der Leistungserbringung wieder herstellen oder die Mittelverteilung an die Gegebenheiten anpasst. Möglicherweise kann dies durch die Nutzung von Synergien bei einer örtlich zusammenhängende Notfallversorgung erreicht werden [3].

Die Autoren bedanken sich bei der Ubbo-Emmius-Klinik Aurich für die Bereitstellung der Daten.

Förderhinweis:
Dieses Projekt wird gefördert durch die Metropolregion Bremen-Oldenburg
Aktzeichen: 23-03-13

Literatur

- [1] DGINA www.dgina.de/pages/posts/fallkostenkalkulation-und-strukturanalyse-gutachten-zur-ambulanten-notfallversorgung-im-krankenhaus-veroeffentlicht-534.php (07.04.2015)
[2] Korzilius H et. Al. Deutsch Ärzteblatt 2015; 112 (9): A353-A356
[3] SVR-Gesundheit (2014). www.svr-gesundheit.de/index.php?id=465 (09.04.2015)