

Die ambulante Notfallversorgung im Umbruch

Erfahrungen aus Holland und Dänemark

Der Ärztemangel im Bereich der schweizerischen Grundversorgung und der damit einhergehende Engpass in der ambulanten Notfallversorgung sind ein aktuelles Thema, zunehmend auch in der Tagespresse. Vor diesem Hintergrund erhält der vorliegende Artikel über die Veranstaltung «Models of out-of-hours and emergency care» vom Wonca-Kongress 2004 in Amsterdam eine grosse Aktualität.

Le manque de médecins de premier recours en Suisse et les difficultés croissantes qui en résultent aux urgences en médecine ambulatoire sont un sujet d'actualité dont la presse se fait de plus en plus souvent l'écho. L'article suivant qui rapporte la manifestation «Models of out-of-hours and emergency care» au congrès Wonca 2004 à Amsterdam est donc tout à fait d'actualité.

Andreas Meer¹

Einleitung

Die Gesundheitssysteme der Industriestaaten erfahren gegenwärtig grundsätzliche Veränderungen. Die demographischen Umstrukturierungen, die schnelle Weiterentwicklung der Medizin- und Biotechnologie sowie die grösseren Erwartungen der Bevölkerung an die Gesundheits- und Krankheitsversorgung führen gleichsam zu einem erweiterten Angebot und einer steigenden Nachfrage. Dieser Entwicklung wird mit einem erhöhten Einsatz an Mitteln, einer mehr oder weniger offengelegten Rationierung sowie einer verbesserten Ressourcenallokation durch Struktur- und Prozessoptimierung begegnet.

Problemstellung

Die optimale Ressourcenallokation kann dort problematisch werden, wo viel wenigen und wenig vielen angeboten werden soll. In der ambulanten Notfallversorgung wird ausserhalb der Sprechstundenzeiten mit einer beschränkten Anzahl an Fachkräften und einer reduzierten Infrastruktur ein grosser Bevölkerungskreis medizinisch versorgt. Gemäss den Referenten aus Holland und Dänemark führten die langen und häufigen Notfalldienstzeiten, die Beeinträchtigung des Privatlebens, die mangelhafte Unterstützung durch paramedizinisches Personal sowie die ungenügende Datenvernetzung der verschiedenen Sektoren (reguläre Grundversorgung – ambulante und stationäre Notfallversorgung) zu einem zunehmenden Unmut ihrer Kollegen. In ver-

schiedenen europäischen Ländern wurden deshalb in den letzten Jahren die bestehenden Strukturen und Prozesse der ambulanten Notfallversorgung überdacht und tief greifende Reformen durchgeführt.

Lösungsansätze in zwei verschiedenen europäischen Ländern

Holland² – Kooperativen von HausärztInnen betreiben Notfallzentren – bottom up

Vor ...

In Holland wird die ambulante Notfallversorgung seit ca. 5 Jahren umstrukturiert. Ausschlaggebend dafür war die hohe Arbeitsbelastung der holländischen Kollegen. Zu den 55 Stunden regulärer Sprechstundenzeit kamen durchschnittlich zusätzliche 20 Stunden Notfallpräsenz pro Woche. Bis dahin gab es für die Patienten ausserhalb der Sprechstundenzeiten drei verschiedene Möglichkeiten einer medizinischen Notfallbehandlung: Es konnte Kontakt mit dem Haus- oder Notarzt aufgenommen, über eine einheitliche Notfallnummer eine Ambulanz angefordert sowie die Notfallpforte eines Spitals aufgesucht werden. Die Patienten wurden in der Wahl der notwendigen Ressource nicht unterstützt. Dies führte zu einem Missbrauch des Notfalldispositivs. Mehr als 60% der Notfallkonsultationen an den Spitälern hätten ebenso gut oder besser durch den Grundversorger ambulant behandelt werden können.

¹ Ein Bericht vom Wonca Kongress 2004 in Amsterdam.

² Referent Dr. Paul Giesen, University of Nijmegen

... und nach der Reform

Im Zuge der Umstrukturierung fusionierten existierende Rotationssysteme mit einem Einzugsgebiet von ca. 100 000 Einwohnern zu verschiedenen Kooperativen mit einer Versorgungspopulation von 100 000–500 000 Einwohnern und einem Perimeter von bis zu 30 Kilometern. Jede Kooperative betreibt ein Notfallzentrum, dessen medizinische Leitung den Grundversorgern obliegt. Die Ärzte werden durch Pflegefachleute und Rettungssanitäter unterstützt. Die administrativen und technischen Belange liegen in der Verantwortung der entsprechenden Fachbereiche (Management, Sekretariat und Informatik). Die meisten Notfallzentren liegen in der Nähe von grösseren Spitälern, sie sind jedoch räumlich nicht integriert.

Die Notfallkooperativen sind nur ausserhalb der Sprechstundenzeiten (in der Regel von 17.00–8.00) und am Wochenende geöffnet. Die Schichtdauer beträgt für alle Mitarbeitenden 6–9 Stunden. Das Notfallzentrum kann über eine einheitliche, regionale Notfallnummer erreicht werden. Vorgängig zur Notfallkonsultation erfolgt eine computerassistierte Telefontriage.

Die Triage wird durch spezialisierte Gesundheitsberaterinnen durchgeführt. Das Medizinische Call Center ist in der Regel dem Notfallzentrum angegliedert. Bei einfachen Beschwerden werden die Patienten durch die erfahrenen Pflegefachleute am Telefon in der Selbstbehandlung unterwiesen. Für Patienten mit Beschwerden, welche einer ärztlichen Betreuung bedürfen, wird entweder eine Konsultation am Notfallzentrum, ein Hausbesuch oder gegebenenfalls eine notfallmässige Spitaleinweisung durch einen Rettungswagen organisiert. Die Telefontrienagen werden elektronisch erfasst. Die entsprechenden Berichte werden von den Ärzten visiert. Gegebenenfalls werden die Gesundheitsberaterinnen durch die Ärzte unterstützt, komplexe Telefongespräche können von den Gesundheitsberaterinnen an die Ärzte weitergeleitet werden.

Die Notfallzentren verfügen über Fahrzeuge, welche fachgerecht mit Notfallausrüstung, Sauerstoff und automatischen Defibrillatoren ausgerüstet sind. Die Rettungssanitäter sind für den Unterhalt der Fahrzeuge und der Notfallausrüstung zuständig. Zudem unterstützen sie den Arzt bei medizinischen Verrichtungen und bei Bedarf in Sicherheitsbelangen. Die Fahrzeuge stehen mit dem Notfallzentrum über Telefon und Telefax in Verbindung. Sämtliche Konsultationen werden elektronisch erfasst, der Hausarzt erhält per E-Mail oder Fax unverzüglich einen Bericht.

Dänemark³– Kooperativen von HausärztInnen betreiben Notfallzentren – top down

Im Zuge einer gross angelegten Gesundheitsreform im Jahre 1992 wurde in Dänemark auch der ambulante Notfalldienst neu organisiert. Die Reorganisation hatte zum Ziel, die Konsultationen der Notfallzeiten, soweit möglich, in die regulären Sprechstundenzeiten zu verlagern.

Vor ...

Vor der Reform wurde die Dienstleistung vor allem in ländlichen Regionen durch den einzelnen Grundversorger für seine Patienten angeboten. Einige Kollegen organisierten sich in kleinen Rotationssystemen (2–20 Kollegen). In städtischen Agglomerationen wurde der ambulante Notfalldienst über eine medizinische Telefonzentrale durch einen oder mehrere Notärzte geleistet.

... und nach der Reform

Im Zuge der Reform wurden in ganz Dänemark ambulante Notfallregionen mit einem Einzugsgebiet von 50 000–600 000 Einwohnern und einem Perimeter von 20–40 km geschaffen, wobei sich die Grundversorger der verschiedenen Notfallregionen zu grösseren Kooperativen zusammengeschlossen haben. In einem Schichtbetrieb werden die Ambulatorien von 4 Uhr nachmittags bis 8 Uhr morgens betrieben. In der Notfallregion von Aarhus beispielsweise werden fünf Ambulatorien durch ein Medizinisches Call Center versorgt. Je nach Tageszeit arbeiten im Call Center 1–7 Ärzte, welche ohne Computerexpertensystem eine medizinische Telefontriage durchführen. Je nach Bedarf veranlassen diese Ärzte eine ambulante Notfallkonsultation im nächstgelegenen Ambulatorium, einen Hausbesuch, eine Konsultation zu regulären Sprechstundenzeiten beim zuständigen Hausarzt oder erteilen Selbstbehandlungsanweisungen. Die Honorierung der Triageärzte unterliegt einem Bonus-Malus-System: Die Bonuskomponente steigt, je mehr Patienten rein telefonisch betreut werden können.

Im Zuge der obgenannten Gesundheitsreform wurde landesweit ein elektronisches Gesundheitsdaten-Netzwerk geschaffen. Alle Ärzte der gleichen Notfallregion verfügen über dasselbe Computersystem, die Datenablage erfolgt auf einem zentralen Server. Die Führung der Krankengeschichte und die Medikamentenverschreibung erfolgt in Dänemark zu 78% elektronisch. Dies ermöglicht einen schnellen und sicheren Informationsfluss zwischen dem Medizinischen Call Center, den verschiedenen Am-

³ Referent Dr. Morten Bondo Christensen, University of Aarhus

bulatorien, den Praxen sowie den weiteren relevanten Institutionen (Spitäler, Apotheken).

Erfahrungen mit den beiden Modellen

Holland

Bei mehr als 80% der Anrufe handelt es sich aus medizinischer Sicht um Beschwerden, welche keiner notfallmässigen Konsultation bedürfen. 50% der Anrufe können telefonisch durch die Gesundheitsberaterinnen bearbeitet und abgeschlossen werden. 35% der Anrufe münden in einer Konsultation am Notfallzentrum und 15% benötigen einen Hausbesuch. Bei 7% der letztgenannten erfolgt eine Spitaleinweisung durch den Arzt.

Nach dem Wechsel vom Rotationssystem auf die Kooperative reduzierte sich die Belastung der Ärzte durch den Notfalldienst von durchschnittlich 20 Stunden Pikettdienst auf wöchentlich 4 Stunden Präsenzzeit am Notfallzentrum. Die Ärzte schätzen die höhere Intensität der Notfallkonsultationen

während der Präsenzzeiten und die Arbeit im Team. Die Motivation und die Befriedigung im Notfalldienst sind gestiegen.

Die Patientenzufriedenheit mit der ärztlichen Behandlung und der medizinischen Telefontriage der Gesundheitsberaterinnen ist sehr hoch. 80% der Patienten waren mit der Behandlungsweise einverstanden. Die Patienten, welche damit nicht einverstanden waren, hätten anstelle einer Telefonkonsultation eine persönliche Konsultation vor Ort und anstelle der Konsultation am Notfallzentrum einen Hausbesuch vorgezogen. Interessanterweise hatte die Anreisedistanz von bis zu 20 km keinen Einfluss auf die Patientenzufriedenheit. Vor allem ältere und chronisch kranke Patienten bekundeten Mühe, durch einen ihnen unbekanntem Arzt, welcher ihre medizinische Vorgeschichte nicht kennt, behandelt zu werden.

Die Vernetzung und die Behandlungskontinuität zwischen den Hausärzten, den Notfallzentren und den Notfallstationen der Spitäler werden noch als ungenügend beurteilt und sollen zukünftig optimiert werden. Zudem werden regional einheitliche Notfallnummern eingerichtet. Im Weiteren sollen an den Notfallzentren auch Konsultationen durch Pflegefachleute (physician extender, nurse practitioner) durchgeführt werden können.

Dänemark

Die Reform hatte eine rigorose Umverteilung der verschiedenen Konsultationstypen zur Folge: Betrug der Anteil der Hausbesuche im Jahre 1990 (vor der Reform) noch 49% der Notfallkonsultationen, reduzierte sich deren Anteil bis ins Jahr 2001 auf 15%. Demgegenüber verdoppelten sich die Telefonkonsultationen innerhalb dieser Zeitspanne von 27% auf 54%. Die Notfallkonsultationen an den Ambulatorien (vormals in den Praxen der jeweiligen Haus-/Notärzte) nahmen von 24% auf 33% zu. Die Gesamtanzahl der Notfallkonsultationen nahm nach der Reform um 11%, die Gesamtkosten im ambulanten Notfallbereich um 16% ab. Diese Abnahmen wurden jedoch zwischenzeitlich durch einen stetigen Anstieg der Notfallkonsultationen und der Gesundheitskosten wieder kompensiert.

Die Reform führte ebenfalls zu einer starken Reduktion der Arbeitsbelastung der Grundversorger durch den Notfalldienst: der Anteil derer, welche mehr als 10 Stunden/Woche Notfalldienst leisteten, betrug im Jahre 1990 mehr als 50% und liegt nun unter 10% (Abb. 1). Der Anteil der Grundversorger, welche aufgrund dieser Optimierung, keinen Notfalldienst mehr leisten müssen stieg von 23% auf 44%.

Eine Patientenbefragung unmittelbar nach der Reform ergab eine Abnahme der Zufriedenheit, welche

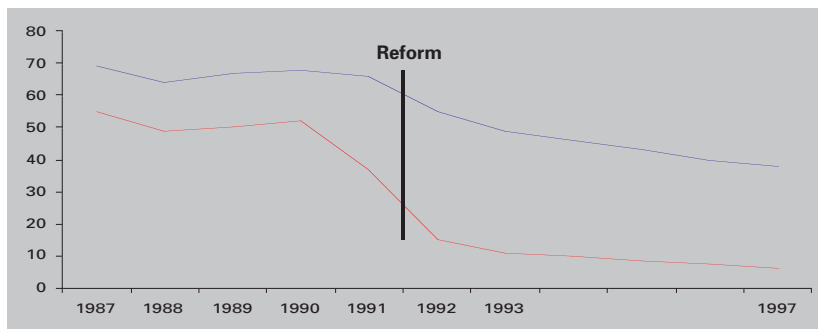


Abbildung 1. Beispiel Dänemark: Anteil der Grundversorger [%] mit einer Notfalldienstbelastung von fünf (blaue Linie) und zehn Stunden (rote Linie) pro Woche vor und nach der Reform.

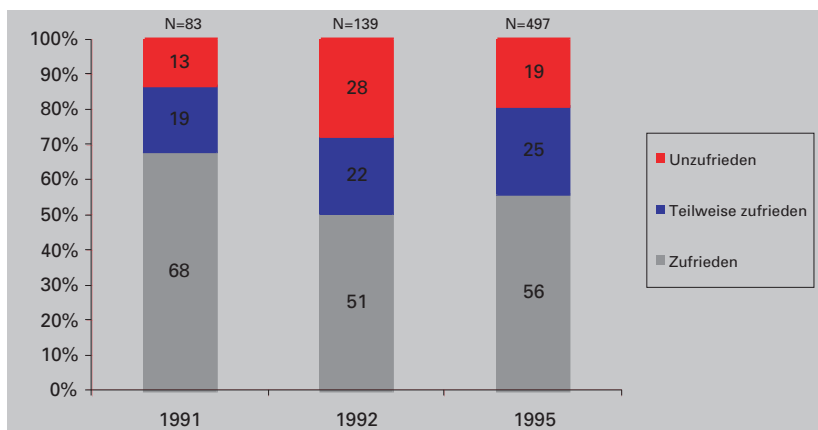


Abbildung 2. Beispiel Dänemark: Patientenzufriedenheit mit der ambulanten Notfallversorgung vor (1991) und nach (1992, 1995) der Reform.

sich aber bereits drei Jahre später wieder zu verbessern schien (Abb. 2).

Diskussion

Die in der Einleitung erwähnten gesellschaftlichen und technologischen Veränderungen in den Industriestaaten führen zu einem veränderten Umfeld und zu neuen Regeln.

Die Beispiele von Dänemark und Holland zeigen, wie durch tiefgehende Reformen und Restrukturierungen im Bereich der medizinischen Notfallversorgung die Systementwicklung angegangen und Probleme bewältigt werden konnten.

In beiden Ländern stand eine zunehmende Unzufriedenheit der Prozessbeteiligten, insbesondere der Notfalldienst leistenden Kollegen, im Vordergrund. Während in Holland ein «bottom-up»-Ansatz, getragen durch die grundversorgenden Ärzte, zu den Veränderungen führte, wurden diese in Dänemark «top-down», durch eine staatliche Gesundheitsreform, ausgelöst. Die Strukturanpassung und Prozessoptimierung erfolgte in beiden Staaten durch die Fusion von kleinen und kleinsten Versorgungseinheiten zu grösseren Organisationsformen, welche vom Skaleneffekt, einer verbesserten Produktivität und Arbeitsteilung sowie dem sinnvollen und effizienten Einsatz moderner Technologien profitierten.

Die Veränderung wurde seitens der Ärzteschaft positiv erlebt.

Die höhere Intensität der Notfallkonsultationen während der Präsenzzeiten sowie die Teamarbeit verbesserten die Zufriedenheit und die Motivation. Die Notfalldienstzeiten der Ärzte konnten drastisch gesenkt werden.

Befragungen in Holland ergaben, dass auch die Zufriedenheit der Patienten mit der Neugestaltung der ambulanten Notfallversorgung hoch ist. Demgegenüber zeigen die entsprechenden Erhebungen in Dänemark, dass die Patienten dort vor allem zu Beginn Mühe hatten, den Wechsel nachzuvollziehen. Möglicherweise steht dies mit der unterschiedlichen Vorgehensweise der Einführung («top-down» versus «bottom-up») in Zusammenhang. Der aktive Einbezug der Ärzteschaft in den Veränderungsprozess könnte dabei eine wichtige Rolle spielen. Die Referenten betonten die Bedeutung einer offenen und transparenten Informationspolitik.

Die Zahlen aus Dänemark weisen darauf hin, dass solche Massnahmen zu einer erheblichen Kostenre-

duktion im Bereiche der ambulanten medizinischen Notfallversorgung führen können.

Die Evaluation der Patientenzufriedenheit muss nicht mit der Qualität der erbrachten medizinischen Dienstleistung übereinstimmen. Leider wurde im Referat nicht detailliert auf die Evaluation der medizinischen Qualität der Dienstleistung eingegangen. Auch wurde die Finanzierung der Notfallzentren in den Referaten nicht weiter erläutert. Dieser Aspekt ist ein wichtiges Element in den laufenden und künftigen Diskussionen, weshalb die Referenten nach dem Kongress schriftlich gebeten wurden, dazu weitere Informationen zu liefern. Die holländischen Kollegen haben dem Autor daraufhin folgende Informationen zugestellt:

Die Notfallzentren werden für jede Konsultation entschädigt. Der Hausbesuch wird gegenüber der Konsultation im Notfallzentrum beziehungsweise gegenüber der Telefonkonsultation im Verhältnis 3:2:1 entschädigt. Die Preise für die verschiedenen Konsultationsarten werden vom Staat festgelegt. Die verrechneten Konsultationen werden durch die Sozial- und Privatversicherungen bezahlt. Der Versicherungsstatus (sozial und/oder privat) einer Person ist in Holland einkommensabhängig.

Die ärztlichen Mitarbeitenden sind zu einem Fixum angestellt, welches zurzeit 49.50 €/Stunde beträgt. Für jedes Notfallzentrum wird ein Budget errechnet. Dieses beträgt für das Jahr 2005 10 € pro Einwohner im Einzugsgebiet des Notfallzentrums. Dieses Budget wird durch die Sozialversicherungen garantiert. Die Verwendung des Budgets wird zwischen den Distrikt-Hausärztereinigungen und den Sozialversicherungen ausgehandelt und muss sämtliche Kosten (medizinisches und nichtmedizinisches Personal, Call-Center-Infrastruktur, Fahrzeuge usw.) abdecken. Übersteigen die Einnahmen eines Notfallzentrums die budgetierten Ausgaben, fällt die Differenz an die Sozialversicherung.

Verschiedene Organisationsformen der ambulanten Notfallversorgung:

Notfalldienst wird unabhängig von den ambulanten Grundversorgern geleistet:

- Die Notfallversorgung wird ausschliesslich durch die Spitäler und die Sanitätsnotrufzentralen abgedeckt.

Notfalldienst wird durch die ambulanten Grundversorger geleistet:

- Einzel-Hausarzt. Er ist 24 Stunden für seine Patienten zuständig und verfügbar.
- Kleine Rotationssysteme. Weniger als 15 Ärzte teilen sich in der ambulanten Notfallversorgung. Die Ärzte sind auf Pikett und leisten den Dienst von zu Hause aus.

- Notfallzentrum. Die Ärzte arbeiten im Schichtbetrieb und leisten den Dienst in einem für den ambulanten Notfall gut ausgerüsteten Notfallzentrum. Sie werden von Pflegefachleuten in ihrer Arbeit unterstützt.
- Notfall-Kooperativen. Mehr als 100 Ärzte leisten den Dienst im Schichtbetrieb in einem für den ambulanten Notfall gut ausgerüsteten Notfallzentrum. Je nach Tageszeit können mehrere Ärzte auf einer Schicht arbeiten. Dem Zentrum ist ein medizinisches Call Center angegliedert, welches Telefontrien durchführt. Erweiterte Unterstützung durch Personal (Pflegefachleute, Fahrer, Administration, Management), Material und Informations- und Kommunikationstechnologie.

Bezug zur Situation in der Schweiz

Eine Umgestaltung der ambulanten Notfallversorgung in verschiedenen Regionen könnte auch in der Schweiz schon bald zur Notwendigkeit werden. Verschiedene Schweizer Kollegen sind der Ansicht, dass es in den nächsten Jahren aufgrund einer Überalterung der Hausärzte und eines Nachwuchsmangels in einigen Regionen zum Zusammenbruch der Notfallversorgung kommen könnte [1–3]. Es wird gefordert, dass die gesamte Notfalldienstorganisation überdacht und gegebenenfalls neu strukturiert werden muss [4, 5].

In der Tat: die Organisation mit mehreren hundert Notfallkreisen und über 140 speziellen ärztlichen Notfallnummern stammt aus einer Zeit, wo die Menschen noch «nach dem Doktor schicken» und von diesem zu Fuss oder zu Pferd zuhause konsultiert wurden. Der postulierte Restrukturierungsbedarf kann sowohl als Bedrohung als auch als Chance, das vorhandene Optimierungspotential zu nutzen, empfunden werden. Untersuchungen zeigen, dass die Patienten in der Selbstbeurteilung des Schweregrades ihrer Beschwerden oft überfordert sind und die vorhandenen Ressourcen nicht korrekt nutzen [6]. Gemäss einer Studie an den Kantonsspitalern Baden und Brugg hätten 80% der Notfallkonsultationen an den Spitalern auch durch den Grundversorger ambulant durchgeführt werden können. Die subjektive Dringlichkeit, die Abwesenheit des Hausarztes, die räumliche Nähe des Spitals und die Unkenntnis über den Notfalldienst wurden als wichtigste Gründe genannt, das Spital direkt aufzusuchen, ohne vorher den Haus- oder Notfallarzt zu kontaktieren [7]. Untersuchungen im Umfeld einer städtischen Gruppenpraxis mit eigenem Notfalldienst ergaben, dass aufgrund der computerassistierten Telefontriage 50%

der Anrufe durch die Gesundheitsberaterinnen des Medizinischen Call Centers ohne Einbezug des Dienstarztes bearbeitet werden konnten. Über die gesamte Untersuchungsperiode von zwei Jahren (durchschnittlich 50 Anrufe/Woche) ist kein Ereignis bekannt, wo zu unvorsichtig triagiert wurde [8].

Reformen im Schweizerischen Gesundheitswesen scheitern oft am föderalistischen System und an den fehlenden oder divergierenden Anreizen für die verschiedenen Beteiligten. Im Bereich der ambulanten Notfallversorgung kann sich in den nächsten Jahren eine Situation ergeben, wo sich, aus einer Notwendigkeit heraus, die Interessen der Patienten, Ärzte, Versicherer und Politiker treffen könnten und von allen gemeinsam eine qualitativ hoch stehende, effiziente und effektive medizinische Notfalldienstleistung gefordert wird. Zur Umsetzung des daraus hervorgehenden Auftrages bedarf es technischer, finanzieller, politischer und kultureller Voraussetzungen. Die grössten Hindernisse bilden die beiden zuletzt genannten.

Die Bereitschaft, Gewohntes zu überdenken und sich auf Neues einzulassen, dürfte letztlich auch in diesem Bereich für eine erfolgreiche Systementwicklung ausschlaggebend sein.

Literatur

- 1 Morandi D. Die Ärzteschaft überaltert. Die Südostschweiz 3.12.2004.
- 2 Löliger M. Wenn das Arzttelefon stumm bleibt. St. Galler Tagblatt 30.11.2004.
- 3 Müller M. Randregionen. PrimaryCare 2003;3:879.
- 4 Arnet B, von Below G, Zimmermann H. Bei Notfall zuerst den Hausarzt anrufen ... Schweiz. Ärztezeitung 2004;85:1052–5.
- 5 Grüniger M. Gedanken zum ärztlichen Notfalldienst – eine Zeitbombe? Schweiz. Ärztezeitung 2004;85:2533.
- 6 Meer A, Simonin C, Trapp A, Niemann S, Abel Th. Einfluss der medizinischen computerassistierten Telefontriage auf das Patientenverhalten: erste Erfahrungen aus der Schweiz. Schweiz. Ärztezeitung 2003;84:2160–5.
- 7 Flaig C, Zehnder K, Zürcher H, Eichenberger P, Frei C, Geckkas A, et al. Selbsteinweisung ins Spital. PrimaryCare 2002;2:280–3.
- 8 Weber A. Einsatz der Computer-assistierten Telefontriage ausserhalb der Praxisöffnungszeiten: Wirksamkeit, Zweckmässigkeit und Wirtschaftlichkeit. Referat anlässlich des eHealthCare Kongress 2003.

Dr. med. Andreas Meer
 Facharzt FMH für Allgemeinmedizin
 Medvantis medi-24 AG
 Bolligenstrasse 52
 CH-3006 Bern
 a.meer@medvantis.ch