

Notfallmedizin ohne Notfallmediziner

Es soll eines der modernsten Spitäler Europas werden, das Krankenhaus Nord in Wien. Voraussichtlich 2015 wird das Haus teilweise in Betrieb gehen, die Abteilung für Notfallmedizin soll 2016 folgen. So mancher Patient wird sich dann an US-amerikanische Ärzteserien erinnern, denn das Krankenhaus Nord wird mit der Abteilung für Notfallmedizin einen „Emergency Room“ bekommen. Ein Konzept dafür hat der Internist und Notfallmediziner Wilhelm Behringer im Sommer präsentiert; er ist Leiter des Emergency Departments im Al Ain Hospital in Abu Dhabi, einem Gemeinschaftsprojekt der MedUni Wien. Aus heutiger Sicht wird dieses Konzept im Krankenhaus Nord umgesetzt, heißt es aus dem Wiener Krankenanstaltenverbund (Konzept siehe Kasten „Modell Wien“, Seite 9).

Behringers Ziel ist eine eigenständige Abteilung, in der Ärzte verschiedener Spezialisierungen unter einer Leitung zusammenarbeiten: „Eine Anlaufstelle, eine Aufnahme und ein Pflgeteam sowie eine Abteilung, wo alle unter einer Leitung arbeiten. Und diese Leitung hat Ärzte verschiedener Spezialisierung unter sich. Der Internist und der Chirurg arbeiten Schulter an Schulter. Der Notfallmediziner ist für die Versorgung zuständig und zieht erst, wenn es nötig ist, einen Spezialisten aus seinem Team hinzu.“ Der Notfallmediziner ist laut Behringers Konzept ein Facharzt für Notfallmedizin. Allein: Genau der fehlt.

In Österreich haben sich in den vergangenen Jahren Notfallambulanzen oder -stationen etabliert, deren Ziel es ist, nur jene Patienten stationär zu behandeln, die diese Behandlung auch tatsächlich benötigen. Derartige Stationen gibt es beispielsweise in Horn, Klagenfurt oder Graz. Interdisziplinäre Teams aus Ärzten und/oder diplomierten Pflegekräften stellen relativ rasch fest, ob die Patienten am selben Tag nach Hause gehen können, ob sie ambulant behandelt oder stationär aufgenommen werden. Auf der Seite der Ärzte wird die Arbeit in diesen Stationen derzeit von Unfallchirurgen, Internisten oder Anästhesisten mit Erfahrung in Notfallmedizin erledigt.

„90 Prozent sind leichte Fälle, die ein Notfallmediziner behandeln könnte. In Österreich werden aber 90 Prozent der notfallmedizinischen Fälle von einem Spezialisten behandelt. Das ist unsinnig“,

Gut organisierte Notfallaufnahmen in Spitälern sind ein Patientenmagnet. Das derzeit in Österreich vielgelobte Modell der interdisziplinären Aufnahme ist nur ein Zwischenschritt auf dem Weg zur Betreuung der Patienten durch Notfallmediziner. Denn die gibt es hierzulande (noch) nicht.

Bettina Benesch



Notfallaufnahme: Effiziente Patientensteuerung verhindert Fehlbelegungen. Foto: Spital Netz Bern Aarberg

sagt Behringer. Er gründete aus diesem Grund die Austrian Association of Emergency Medizin, mit dem Ziel, einen Facharzt für Notfallmedizin in Österreich zu etablieren. In absehbarer Zeit werden Behringer und seine Kollegen dieses Ziel wohl kaum erreichen: Aus dem Gesundheitsministerium heißt es, an eine Ausbildung zum Facharzt für Notfallmedizin werde derzeit nicht gedacht.

Die derzeit existierenden Notfallstationen stellen also einen Zwischenschritt dar zum eigenständigen „Emergency Room“ à la USA, denn: Ein eigenes Primariat für Notfallmedizin gibt es derzeit nur im Wiener AKH.

Zentrale Notfallaufnahme beruhigt Betrieb

Auch in Klagenfurt hat man sich zum Ziel gesetzt, den Patienten Wartezeiten und unnötige Spitalsaufenthalte zu ersparen. Gelingen soll dies mit Hilfe der Zentralen Notfallaufnahme (ZNA) des im vergangenen Juni eröffneten Klinikums Klagenfurt am Wörthersee (Details siehe Kasten „Modell Klagenfurt“, Seite 9). Ob sich durch das neue System auch Kosten dämpfen lassen, kann Karl Cernic, Zentrumsmanager des notfallmedizinischen Zentrums, nicht sagen: „Dafür sind wir zu kurz in Betrieb.“ Berechnungen könne man keine anstellen – man müsse die Situation als Ganzes betrachten, schließlich wirke sich die Arbeit der Notfallaufnahme auf das ge-

samte Haus aus. Laut Cernic gehe es um eine effizientere Patientensteuerung und darum, die Qualität der Behandlung insgesamt zu steigern. Zudem soll es durch die ZNA gelingen, den Betrieb im gesamten Krankenhaus zu beruhigen, indem das ständige Kommen und Gehen von Patienten auf den Stationen beschränkt wird.

Dass es nicht möglich ist pauschal zu sagen, wie viel ein Krankenhaus durch eine zentrale Notfallaufnahme sparen kann, davon ist auch Heinz Ebner überzeugt, der die Betreiber des Klinikums Klagenfurt und des Krankenhauses in Wien Nord beraten hat bzw. berät. Eines jedoch sei klar: „Das geplante Geschäft – und ich sage ‚Geschäft‘, weil es hier um Kostenrechnung geht –, das geplante Geschäft muss vom akuten getrennt werden. Wenn ich die Akutversorgung zentralisiere, dann bringt es auch Kostenvorteile. Die jetzigen Systeme sind ein Zwischenprodukt.“ Gelänge es, die akuten und die elektiven Fälle zu trennen, bräuchte die Station weniger Mitarbeiter im Nachtdienst; „das müssen Sie aber einmal durchsetzen“, sagt Ebner.

Im deutschen Klinikum Leverkusen ist es gelungen, 1999 mit der Zentralen Notaufnahme eine eigenständige Organisationseinheit zu etablieren. Einen Facharzt für Notfallmedizin gibt es zwar auch in Deutschland nicht, in Leverkusen hat man sich jedoch dazu entschlossen, die ärztliche Leitung der Notfallaufnahme der Geschäftsführung direkt zu unterstellen. Seit den ersten Tagen der Notfallaufnahme wurde die Abteilung ständig weiterentwickelt, heuer suchte man Rat bei der Porsche Consulting AG, die Abläufe, Prozesse und Leistungszahlen des Klinikums näher betrachtet und analysiert hat. Gemeinsam mit dem Berater wurden zwei Neuerungen eingeführt: der frühzeitige Patientenkontakt durch einen für das jeweilige Krankheitsbild fachkompetenten Arzt und die Trennung von Patientenströmen in Akut- und Sprechstundenpatienten. Künftig soll zudem der Patientenfluss via IT dargestellt werden.

Dass es einen ökonomischen Vorteil gibt, ist für den ärztlichen Leiter Roland Geppert klar. So reduzierten die hohe fachliche Qualität von Pflege und Ärzten in der Notaufnahme unnötige und eventuell kostenträchtige Diagnostik. Laut dem Mediziner können auch primäre und sekundäre Fehlbelegungen verhindert werden; es ist also einerseits möglich, stationäre Aufnahmen zu vermeiden, die von den Kostenträgern nicht oder nur zum Teil bezahlt werden und andererseits kommen jene Patienten, die stationär aufgenommen werden müssen, in die richtige Abteilung. Dazu komme, so Geppert, dass Patienten im Fall künftiger elektiver Eingriffe wieder kommen, wenn sie sich im Notfall gut betreut gefühlt haben. „Alle diese Punkte dienen einerseits der Kostenreduktion, andererseits der Erlössteigerung durch höhere Patientenzahlen“, erklärt Geppert.

Im Krankenhaus Horn im niederösterreichischen Waldviertel wollte man es ganz genau wissen und evaluierte die als Reformpoolpro-

jekt gestartete interdisziplinäre Aufnahmestation (IAS – Detailinfo siehe Kasten „Modell Niederösterreich“, Seite 9). Mit sehr viel Aufwand wurde berechnet, was die IAS intra-, aber auch extramural in ökonomischer Hinsicht bringt. Eineinhalb Jahre Betrieb kosteten drei Millionen Euro. Durch eine geringere Verweildauer und die Reduktion von vermeidbaren Spitalsaufenthalten konnte das Gesundheitssystem des Bezirks – also die niedergelassenen Ärzte und das Spital – 5,6 Millionen Euro sparen. Abzüglich 200.000 Euro für Diagnose und Therapie von Fällen ohne Zuweisung bedeute das einen gesamtökonomischen Nutzen von 2,4 Millionen Euro, erklärt Andreas Reifschneider, Regionalmanager der NÖ Landeskliniken-Holding für das Waldviertel.

Patienten drängen in die Ambulanzen

Es gibt jedoch nicht nur Grund zur Freude in Niederösterreich: „Der Drang der Patienten ins Krankenhaus ist eher zunehmend“, schreibt Andreas Reifschneider in einem Informationspapier zur IAS Horn. Laut Reifschneider bedürfe es in Einzelfällen „einer zeitaufwendigen Überzeugungsarbeit, um zu vermitteln, dass eine stationäre Aufnahme im konkreten Fall nicht indiziert ist“.

Dass der Hausarzt seine Ordination mitunter zur gleichen Zeit öffnet wie die Ambulanz, ist für einen relativ großen Teil der Ambulanzpatienten offenbar irrelevant, zeigt eine aktuelle Befragung von Patienten der IAS Horn: Demnach suchten rund 40 Prozent der Horner Patienten deshalb die Station auf, weil sie mehr Untersuchungsmöglichkeiten als der Hausarzt bietet, 26 Prozent waren der Meinung, dass die Spitalsärzte über ein besseres Wissen verfügen als der Hausarzt. Rund 70 Prozent suchten die IAS zwischen sieben und 19 Uhr auf – dabei wusste jeder zweite Befragte, dass die Hausärzte des Bezirks außerhalb ihrer Ordinationszeiten täglich von sieben bis 19 Uhr erreichbar sind; 70 Prozent gaben an, die Nummer 141 zu kennen, über die ärztliche Hilfe während der Nacht angefordert werden kann.

Ähnliches berichtet auch Othmar Haas, Präsident der Kärntner Ärztekammer: Durch die Öffentlichkeitsarbeit des Klinikums Klagenfurt entstanden Begehrlichkeiten bei den Patienten. Und so strömen sie laut Haas unreflektiert in die neue Ambulanz – ganz anders, als es sich zum Beispiel Politiker, Ökonomen und Ambulanzchefs wünschen: Diese fordern seit Langem ein Konzept, das Patienten dazu animiert, zuerst den niedergelassenen Arzt aufzusuchen und erst dann die Spitalsambulanz. ::



Bettina Benesch
ist freie Journalistin und Texterin in
Wien. www.bettinabenesch.at

Neue Dimensionen im Gesundheitsbereich

tieto.at/healthcare
Let's care together

tieto

Notfallversorgung: Supernotarzt neben Angelerntem

„Notfallmediziner braucht das Land!“ So klingt es sinngemäß, wenn man mit Anton Laggner über Österreichs Notfallversorgung spricht. Laggner ist Leiter der Universitätsklinik für Notfallmedizin in Wien und kritisiert das inhomogene Notarztsystem, in dem der „Supernotarzt“ genauso vertreten sei, wie „irgendwelche Angelernte“. Zudem gebe es keine Spitalsanbindung und keine Qualitätskontrolle. Die Notarztausbildung ist Sache der Landesärztekammern. Notärzte sind laut Laggner eigentlich für den Einsatz außerhalb des Spitals geschult.

Dem gegenüber steht der Emergency Physician, der in den Notfallabteilungen der Spitäler arbeitet. Er behandelt sämtliche Notfälle und bereitet die Patienten für die nachfolgenden

Fachärzte anderer Disziplinen vor. Die Ausbildung des Facharztes für Notfallmedizin ist breit, aber nicht tief; der Notfallmediziner arbeitet anderen Disziplinen vor und weist an sie zu – theoretisch, denn in Österreich gibt es derzeit keine Ausbildung zum Facharzt für Notfallmedizin. Laut Gesundheitsministerium wird auch nicht daran gedacht, dies so bald zu ändern.

Glaut man Experten, so wird sich der Trend Richtung zentrale Notfallstation jedoch auch in Österreich nicht aufhalten lassen. Statt des Emergency Physicians werden in diesen Notfallstationen allerdings zumindest vorerst Internisten, Unfallchirurgen oder Anästhesisten mit Notfallerefahrung Dienst versehen.

Modell Klagenfurt

Die Zentrale Notfallaufnahme (ZNA) des Klinikums Klagenfurt am Wörthersee wurde wie auch die anderen Stationen des Krankenhauses im Juni 2010 eröffnet. Sie ist Anlaufstelle für sämtliche Notfälle und für Patienten ohne Termin. Behandelt werden die Patienten von einem Team aus Internisten, Unfallchirurgen, Anästhesisten und Neurologen mit Spezialisierung auf Notfallmedizin. Zusätzlich werden bei Bedarf im Rahmen

eines Konsiliarsystems Fachärzte aus dem Haus herangezogen. Jeder Patient hat kurz nach dem Eintreffen Kontakt mit dem Triageteam, das feststellt, ob der Patient ambulant oder beim Hausarzt behandelt werden kann oder ob er stationär aufgenommen werden soll.

In der Notfallaufnahme kann der Patient bis zu 48 Stunden aufgenommen werden. Ist eine stationäre Behandlung

notwendig, kommt er auf die Beobachtungsstation, erhält dort die erste Therapie und wird innerhalb von 24 Stunden auf die Fachabteilung verlegt. Dadurch soll der akut-stationäre Bereich entlastet und beruhigt werden. Nach 16 Uhr werden keine Patienten aus der ZNA mehr auf die Stationen verlegt. Kann der Patient aus der Ambulanz entlassen werden, wird er zu einem fixen Termin in die neu geschaffene Terminambulanz bestellt.

Modell Wien

Auch das Krankenhaus Nord, das derzeit in Wien entsteht, wird eine Art „Emergency Room“ erhalten; das Konzept ähnelt jenem im Klinikum Klagenfurt – mit einem entscheidenden Unterschied: Idealerweise arbeiten in Wien Fachärzte für Notfallmedizin (die es in Österreich derzeit nicht gibt). Die Abteilung für Notfallmedizin

soll als zentrale Anlaufstelle akut kranke, erwachsene Patienten aufnehmen. Akute Fälle können hier bis zu 36 Stunden beobachtet werden, bis die Entscheidung „Aufnahme oder Entlassung“ getroffen wird. „Wesentlich ist eine Abteilung unter einer eigenen Führung“, sagt Wilhelm Behringer, der das Konzept erarbeitet

hat. In den meisten interdisziplinären Notfallaufnahmen sei das nicht der Fall, sie würden abwechselnd von verschiedenen Abteilungen geleitet werden. Oftmaliges Resultat, laut Behringer: „Wenn ein privatversicherter Patient kommt, landet er meist bei der Abteilung, die gerade die Notfallmedizin leitet.“

Modell Niederösterreich

Die Zentrale interdisziplinäre Aufnahmestation (IAS) am Landeskrankenhaus Waldviertel Horn wurde im Juli 2006 als Reformpoolprojekt initiiert und wird jetzt im Regelbetrieb geführt. Ziel war und ist es, möglichst rasch festzustellen, ob ein Patient stationär oder ambulant versorgt werden soll oder ob eine Behandlung durch den niedergelasse-

nen Arzt zielführender ist. In der IAS werden Patienten aus den Bereichen Innere Medizin, Neurologie und Chirurgie versorgt; Unfall- und Terminpatienten werden hier nicht behandelt. Betreut werden die Patienten von Ärzten mit *ius practicandi*, für Konsile stehen Fachärzte aus dem Klinikum zur Verfügung. 55 bis 60 Prozent der Patienten werden am

selben Tag wieder nach Hause entlassen. In Niederösterreich existieren IAS inzwischen auch in den Landeskliniken Tulln, Krems und Mistelbach. Im Landeskrankenhaus Hainburg wird ein interdisziplinärer Aufnahmebereich umgesetzt, der nach dem gleichen Prinzip funktioniert wie die IAS, jedoch über keine Betten verfügt.