



Südtiroler Akademie für Allgemeinmedizin
Wangergasse, 18
I-39100 BOZEN

TEL./FAX +39-0471-982788
Email: info@sakam.it

Dr. med. univ. Hannes Gamper

**Welcher Patient umgeht den ärztlichen
Bereitschaftsdienst der Primärversorgung
und wendet sich ungerechtfertigt direkt an
die Notfallaufnahme des Krankenhauses,
und warum? Thesen aus einer Kohortenstudie**

Abschlussarbeit

September, 2014

Betreuer: Dr. med. univ. Simon Kostner

„Einer neuen Wahrheit ist nichts schädlicher, als ein alter Irrtum“

J.W. von Goethe

Inhalt

Kurzzusammenfassung	4
Riassunto	5
1 Einleitung	6
2 Ziele und Problemstellung	7
3 Ärztliche Versorgung in Südtirol	8
3.1 Grundversorgung durch Allgemeinmediziner.....	8
3.2 Welche Rolle spielt der Hausarzt?	8
3.3 Welche Rolle spielt die Erste Hilfe	9
3.3.1 Einstufung der Prioritäten in der Ersten Hilfe	9
4 Ergebnisse	12
4.1 Ergebnis Zugang nach Wochentag.....	13
4.2 Ergebnis Zugang nach Lebensdekaden.....	14
4.3 Ergebnis Zugang nach Geschlecht	15
4.4 Ergebnis Zugang nach Entfernung zum KH	15
4.5 Ergebnis Zugang nach Muttersprache.....	16
4.6 Ergebnis Zugang nach Bildungsgrad	16
4.7 Ergebnis Zugang nach Beruf.....	17
4.8 Ergebnis Ankunftszeit in der Ersten Hilfe	18
4.9 Ergebnis Zugang nach medizinischem Fachgebiet	19
4.10 Ergebnis Zugang nach Problem/Symptom	20
4.11 Ergebnis Zugang nach Beschwerdedauer	20
4.12 Ergebnis zur Rechtmäßigkeit des Zugangs aus Sicht des Patienten	21
4.13 Ergebnis Wissen um die primäre Aufgabe der Ersten Hilfe	21
4.14 Ergebnis zu einer ev. Kontaktaufnahme mit dem eigenen Hausarzt	22

4.15	Ergebnis auf welche Art der Kontakt mit dem Hausarzt stattfand.....	23
4.16	Ergebnis weshalb trotz Hausarzt Kontakt, trotzdem die Erste Hilfe aufgesucht wurde	23
4.17	Ergebnis warum darauf verzichtet wurde erst den Hausarzt zu kontaktieren .	24
4.18	Ergebnis zum Vormerksystem beim Hausarzt.....	24
4.19	Ergebnis zur Zufriedenheit mit jeweiligen Vormerksystem	25
4.20	Ergebnis der Zufriedenheit mit den Öffnungszeiten.....	25
4.21	Ergebnis der Zugänge beim Hausarzt im vergangenen Jahr.....	26
4.22	Ergebnis die Funktion des Hausarztes aus der Sicht des Patienten	26
4.23	Ergebnis zur Rechtmäßigkeit des Zugangs aus Sicht des behandelnden Erste Hilfe Arztes.....	27
4.24	Ergebnis Einhebung des Selbstkostenbeitrags bei nicht gerechtfertigtem Erste Hilfe Zugang	28
5	Zusammenfassung und Schlussfolgerung.....	28
5.1	Diskussion:.....	30
6	Anlagen	31
7	Literaturverzeichnis.....	32
8	Abbildungsverzeichnis.....	33

Kurzzusammenfassung

HINTERGRUND: Für viele der nicht gerechtfertigten Zugänge zu den Notfallaufnahmen werden die Hausärzte verantwortlich gemacht. Es wurde untersucht warum sich so viele Patienten, ohne schriftliche Einweisung des Hausarztes an die Notfallaufnahme wenden, wobei es sich um keinen Notfall und keine akute Dringlichkeit handelt.

METHODEN: Mittels von mir erstellten anonymen Fragebögen, in deutscher und italienischer Sprache, welche an alle weiß und grün triagierte Erste Hilfe Zugänge ohne schriftliche Zuweisung vom jeweiligen Hausarzt ausgeteilt wurden, erfolgte die Kohortenstudie.

ERGEBNISSE: Im zweiwöchigen Beobachtungszeitraum konnte eine Rate von Nicht-Notfällen von 76% beobachtet werden. Die Häufung dieser Nicht-Notfälle entspricht im Wochen- und im Tagesablauf ziemlich genau den Zugangszeiten eines Hausarztes. Die Patienten schätzten alle ihren Zugang zur Notfallaufnahme als berechtigt ein, während die behandelnden Ärzte der Notfallaufnahme die Hälfte als nicht berechtigt einstufen. Der vorgesehene Selbstkostenbeitrag an den verursachten Kosten wurde nur in Einzelfällen eingehoben.

SCHLUSSFOLGERUNG: Die Patienten gehen in die Notfallaufnahme des Krankenhauses nicht wegen einer als mangelhaft empfundenen Primärversorgung seitens ihres Hausarztes, sondern um gezielt Facharztleistungen in Anspruch zu nehmen.

SCHLÜSSELWÖRTER: Notfälle, "Erste Hilfe", Primärversorgung, Hausarzt, ungerechtfertigter Zugang

Riassunto

CONTESTO: Sono i medici di medicina generale che vengono accusati per gli troppi accessi impropri al pronto soccorso. È stato valutato perché così tanti pazienti, senza impegnativa del medico di medicina generale, si recano al pronto soccorso senza rappresentare sia un'emergenza o un'urgenza.

METODI: Consegnando questionari anonimi, sia in lingua tedesca che italiana, a tutti pazienti con codice triage verde o bianco e senza impegnativa da parte del medico curante ho rilevato i dati per lo studio di coorte.

RISULTATI: Nel periodo di osservazione di due settimane il 76% erano accessi impropri. L'accumulo di queste "non urgenze" al pronto soccorso corrisponde quasi esattamente agli orari e giorni d'accesso a quelli dal medico di medicina generale. Secondo tutti i pazienti, l'accesso al prontoso soccorso era giustificato mentre la metà degli medici ospedalieri valutava l'accesso come improprio. L'importo previsto per i costi subiti non è quasi mai stato richiesto.

CONCLUSIONI: I pazienti che si rivolgono direttamente al pronto soccorso non si sentono seguiti e curati male dal proprio medico curante, ma cercano sistematicamente in modo mirato le prestazioni del medico specialista.

PAROLE CHIAVI: emergenza, pronto soccorso, assistenza sanitaria di base, medico di medicina generale, accessi impropri

1 Einleitung

Die Notfallaufnahmen in Südtirol können den Zustrom an Patienten kaum bewältigen. Verantwortlich dafür wird vor allem ein inadäquater Zugang seitens der Patienten und die fehlende Filterfunktion der Allgemeinärzte gemacht. Wie aus den Statistiken der letzten Jahre hervorgeht handelt es sich zumeist um weiße und grüne Triage Einstufungen (Definition siehe unter Kap. 3.3.1), welche zwischen 80 und 90% an Erste Hilfe Zugängen ausmachten. Als „Erste Hilfe“ wird in Südtirol die Notfallaufnahme eines Krankenhauses bezeichnet. Der jüngste mediale und politische Aufschrei nach Entlastung und Auslagerung in „24h-Ambulatorien“ dieser Nicht-Dringlichkeiten, haben mich dazu veranlasst, genau jenes Patientenkollektiv zu analysieren.

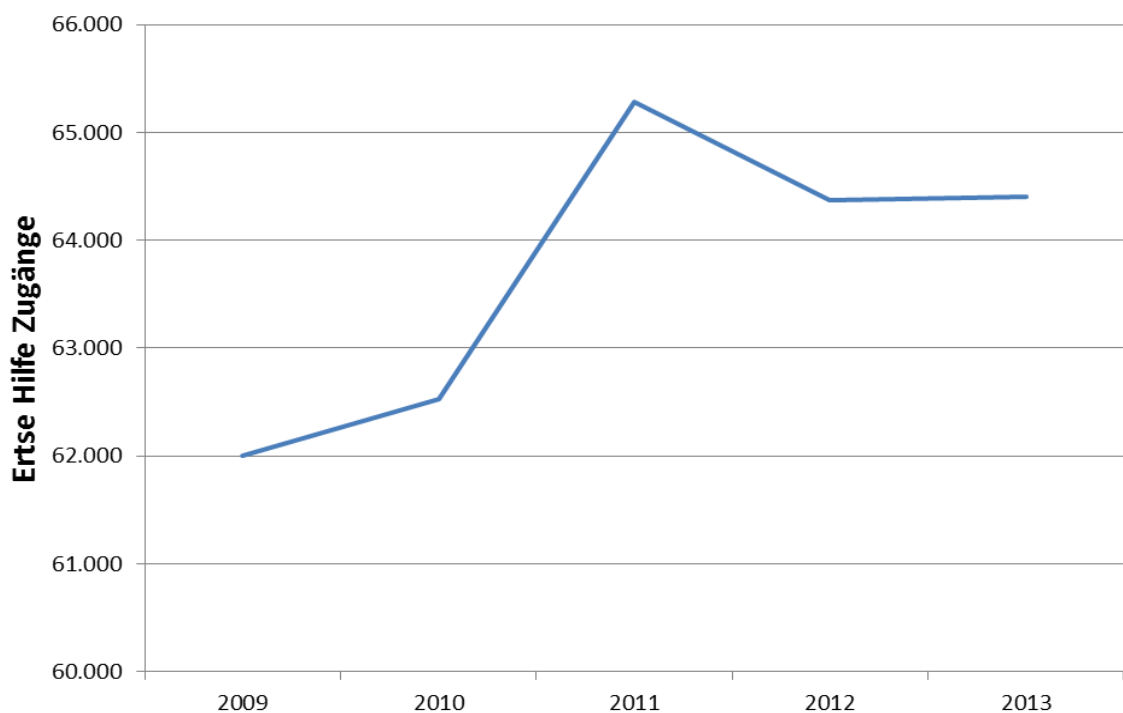


Abb. 1.1 Übersicht über die EH Zugänge im Zeitraum 2009/13 im KH Meran, aus [1]

Dass es sich hierbei nicht nur um ein rein Südtiroler Problem handelt und dass nebenbei das Rad nicht neu erfunden werden muss zeigt die Kundgabe des Allgemeinmediziners Massimo Tombesi über „Codici bianchi/verdi: tra Pronto Soccorso e Medicina Generale“ erschienen im „occhio clinico“ am 28.02.2012.:

Laut Minister Balduzzi werden jährlich ca.23 Millionen Visiten über die Erste Hilfen italienweit abgehandelt, wovon 20% weiße und 60% grüne Triagierungen ausmachen,

welche als inadäquat anzusehen sind. Bei 47.000 in Italien arbeitenden Allgemeinmedizinern, welche täglich durchschnittlich ca. 30 Zugänge haben, ergibt dies eine jährliche Summe an Visiten von 376 Millionen. Sollten nun alle weißen und die Hälfte der grünen Triage Codes, also ca. 12 Millionen Fälle vom Hausarzt behandelt werden, würde dies eine 50%ige Entlastung der Ersten Hilfe bedeuten. Gleichzeitig bedeutet dies einen Mehraufwand für den einzelnen Hausarzt, im Ausmaß einer einzigen zusätzlichen Visite pro Tag. Das Problem der Überlastung der Ersten Hilfen wäre somit gelöst. Kann man diesen einen Patienten zum Arzt für Allgemeinmedizin kanalisieren und falls ja wie? Oder steckt doch mehr dahinter, warum es sich lohnt die Beweggründe und Umstände der Patienten welche die Erste Hilfe in Anspruch nehmen, anstatt zum Hausarzt zu gehen, genauer zu analysieren.

2 Ziele und Problemstellung

Ziel dieser Arbeit ist es mittels Fragebögen, welche an der Ersten Hilfe des Krankenhauses Meran an die Patienten verteilt wurden, zu ermitteln, welche Patienten den Basisdienst umgehen und aus welchen Gründen, um Möglichkeiten für eine Verbesserung der derzeitigen Situation zu suchen. Ebenso soll gezeigt werden, dass vielerorts das schlechte Image des Allgemeinmediziners bzgl. fehlender Filterfunktion völlig zu Unrecht besteht.

Die Fragebögen, welche sowohl vom Patienten wie vom behandelnden Arzt ausgefüllt worden sind, wurden im Krankenhaus Meran für einen Zeitraum von zwei Wochen verteilt. Die Fragebögen sind an jene Patienten verteilt worden, welche von einem Krankenpfleger vor der Arztvisite weiß oder grün triagiert wurden und ohne schriftliche Einweisung des Hausarztes die Erste Hilfe aufgesucht haben. Keinen Fragebogen erhielten: pädiatrische Patienten, Touristen, gelb, dunkelgelb und rot Triagierte sowie Patienten die nachweislich (schriftliche Einweisung) beim Hausarzt waren.

Der Fragebogen wurde persönlich von mir, sowie unter Mithilfe des Triage Personals an die jeweiligen Patienten ausgeteilt. Die ausgefüllten Fragebögen wurden anonym in Urnen gesammelt.

3 Ärztliche Versorgung in Südtirol

3.1 Grundversorgung durch Allgemeinmediziner

In Südtirol wird die Primärversorgung von Allgemeinmediziner, oder auch Hausärzte genannt, garantiert. Die Praxis muss an 5 Tagen pro Woche (Montag bis Freitag) geöffnet sein. Die Öffnungszeiten richten sich nach einem an der Anzahl an Eingeschriebenen orientierenden Mindestwochenplan, welcher auf die Notwendigkeiten und Erfordernisse der zu Betreuenden, ausgerichtet ist. Eine korrekte und effiziente ärztliche Betreuung muss gewährleistet sein [2]. In Südtirol gibt es zwei Modelle welche die Betreuungskontinuität, außerhalb der Sprechstunde in der Praxis garantieren. Eines davon stellt der ärztliche Bereitschaftsdienst mit einem flexiblen Ärztee pool, im Gesundheitsbezirk Bozen dar. In diesem Fall ist der jeweilige Hausarzt an Werktagen von 8.00-20.00 Uhr erreichbar (telefonisch, im Ambulatorium oder während er Hausvisiten macht), ab 20.00 Uhr, sowie an Vorfeiertagen und Feiertagen ist es Kompetenz des Bereitschaftsdienstes, für Dringlichkeiten, die Betreuungskontinuität aufrecht zu erhalten. Beim zweiten Modell, in allen anderen ländlichen und kleinstädtischen Bereichen Südtirols angewandt, ist der jeweilige Hausarzt, oder sein Vertreter für Dringlichkeiten und begründete Fälle, rund um die Uhr erreichbar, also auch nachts. An Vorfeier- und Feiertagen gewährleisten in diesem Fall die Hausärzte des jeweiligen Einzugsgebietes turnusmäßig die Primärversorgung.

3.2 Welche Rolle spielt der Hausarzt?

Laut Landesvertrag vom 11.12.2007 stellt normalerweise der Arzt für Allgemeinmedizin den ersten medizinischen Kontakt mit dem Gesundheitswesen dar, es handelt sich hierbei um einen offenen, für den Patienten kostenlosen und unbeschränkten Zugang für alle Gesundheitsprobleme. Ressourcen werden effizient genutzt, wobei der Arzt für Allgemeinmedizin als Schnittstelle, Interessenvertreter des Patienten und Koordinator zu anderen Spezialgebieten fungiert. Der Hausarzt arbeitet nach einem personenbezogenen Ansatz, der auf das Individuum und dessen Familie ausgerichtet ist. Er betreut akute sowie chronische Probleme des Patienten, ist verantwortlich für Prävention, sowie für möglicherweise dringende Intervention; kurzum der Hausarzt oder Allgemeinmediziner baut durch Vertrauen eine Langzeitbeziehung zum Betreuten auf und beschäftigt sich mit all seinen gesundheitlichen Problemen psychologischer, physischer sowie sozialer Natur.

3.3 Welche Rolle spielt die Erste Hilfe

Südtirols Krankenhäuser verfügen alle über eine Erste Hilfe Einrichtung, welche sich organisatorisch, wie strukturell, von Krankenhaus zu Krankenhaus aufgrund der medizinischen Anforderungen voneinander unterscheiden. In Bozen wird die Erste Hilfe von einem Primar (Arzt aus der zweiten Leitungsebene) geführt, sie verfügt über einen selbstständigen Stellenplan für Ärzte. Im Krankenhaus Meran besteht ein Departement für Erste Hilfe und Medizinische Aufnahme, welches von einem in Anästhesie und Reanimation spezialisierten Arzt der ersten Leitungsebene geführt wird. In allen anderen Krankenhäusern Südtirols ist die Erste Hilfe interdisziplinär organisiert, wird organisatorisch vom ärztlichen Leiter des Krankenhauses geleitet und verfügt somit über keinen eigenen ärztlichen Stellenplan. Primäre Aufgabe ist es die Versorgung von kritischen Patienten mit akuten lebensgefährlichen Verletzungen oder Erkrankungen zu garantieren [3]. Bei Bedarf kann der behandelnde Arzt auf fachärztliche Konsiliarvisiten zurückgreifen, soweit es im Zuge der Triage nicht bereits zu entsprechender Zuweisung kam. Seit 01.07.2002 werden bei gerechtfertigten Zugängen 15,00Euro Selbstkostenbehalt, bei nicht gerechtfertigten Zugängen 50,00 Euro und zusätzlich der Tarif für jede in Anspruch genommene sanitäre Leistung (Maximale: 100,00 Euro) eingehoben, folgt dem Erste Hilfe Zugang eine stationäre Aufnahme, entfällt kein Selbstkostenbeitrag.

3.3.1 Einstufung der Prioritäten in der Ersten Hilfe

Durch Einführung der Triage (Triage ist ein aus der Militärmedizin stammender Begriff, unter dem man Sichtung oder Einteilung versteht, heutzutage versteht man in Notfallaufnahmen darunter eine Ersteinschätzung) [4], wird sichergestellt, dass die wirklich akuten Fälle herausgefiltert und einer sofortigen Behandlung zugeführt werden. Die weniger dringenden Fälle werden nach Dringlichkeit (und nicht nach dem Zeitpunkt ihres Eintreffens!) behandelt. In Südtirols Krankenhäusern Sterzing, Innichen, Schlanders, Brixen, Bruneck und Bozen erfolgt die Triage durch Zuweisung eines von vier möglichen Dringlichkeitskodexes:

- **Rot:** Störung der Vitalfunktion, sofortige Behandlung, akute Lebensgefahr, es handelt sich hierbei um die schwersten Fälle
- **Gelb:** potentieller Ausfall einer Vitalfunktion, umgehende Behandlung innerhalb 10 Minuten.

- **Grün:** Keine Gefährdung der Vitalfunktion(en), die Behandlung kann auch erst nach 30 Minuten erfolgen, man spricht von einer aufschiebbaren Dringlichkeit.
- **Weiß:** keine Dringlichkeit, bis zur Behandlung können Stunden vergehen, sie werden nach Behandlung aller anderen Kodexe behandelt, wobei für jede erbrachte Leistung ein Ticket bezahlt werden muss, es handelt sich um den sog. Selbstkostenbehalt von max. 100Euro. [5]

Seit Jänner 2014 kommt an der Meraner Ersten Hilfe das zertifizierte und validierte Manchester Triage System zum Einsatz. Dadurch soll eine systematische Ersteinschätzung der Behandlungsdringlichkeit von Patienten gewährleistet werden.

Ziffer	Name	Farbe	Max. Zeit	Kontrolleinschätzung spätestens nach
Eintreffen bis Ersteinschätzung			5 Minuten	
1	Sofort	Rot	0 Minuten	
2	Sehr dringend	Orange	10 Minuten	10 Minuten
3	Dringend	Gelb	30 Minuten	30 Minuten
4	Normal	Grün	90 Minuten	90 Minuten
5	Nicht dringend	Blau	120 Minuten	120 Minuten

Abb. 3.1 Manchester-Triage-System, aus [6]

Die Zuweisung der farblichen Dringlichkeitskodexe erfolgt in der Triage durch geschultes Krankenpflegepersonal. Die im Manchester Triage System verwendete Kategorisierung der Patienten in 5 Dringlichkeitsstufen (rot, orange, gelb, grün, blau) wird in der Ersten Hilfe Meran nicht original getreu übernommen, der Kodex „blau“ wird zu Kodex „weiß“ und „orange“ zu „dunkelgelb“ [6]. Das Manchester Triage System unterscheidet sich maßgeblich von dem in anderen Krankenhäusern Südtirols verwendeten Triage System, da es von Beschwerdebildern und Leitsymptomen ausgeht. Solche Beschwerdebilder werden in Fluss- oder auch sog. Präsentationsdiagrammen dargestellt in welchen die Leitsymptome, genannt Indikatoren zur jeweiligen Dringlichkeitsstufe führen. Ebenso fließen objektivierbare Faktoren wie z.B.: Körpertemperatur, Krankheitsdauer, Bewusstsein, Blutverlust, usw. in die Beurteilung ein. Unter Einhaltung der Präsentationsdiagramme und Indikatoren, sowie unter Berücksichtigung des Glossars (hier werden auf 15 Seiten, Begriffe einheitlich definiert,

sodass unabhängig vom Triage Personal unmissverständlich der jeweilige Indikator zugeordnet werden kann und sich so immer der selbe Kodex ergibt), wird eine strukturierte und objektivierbare Triage garantiert.

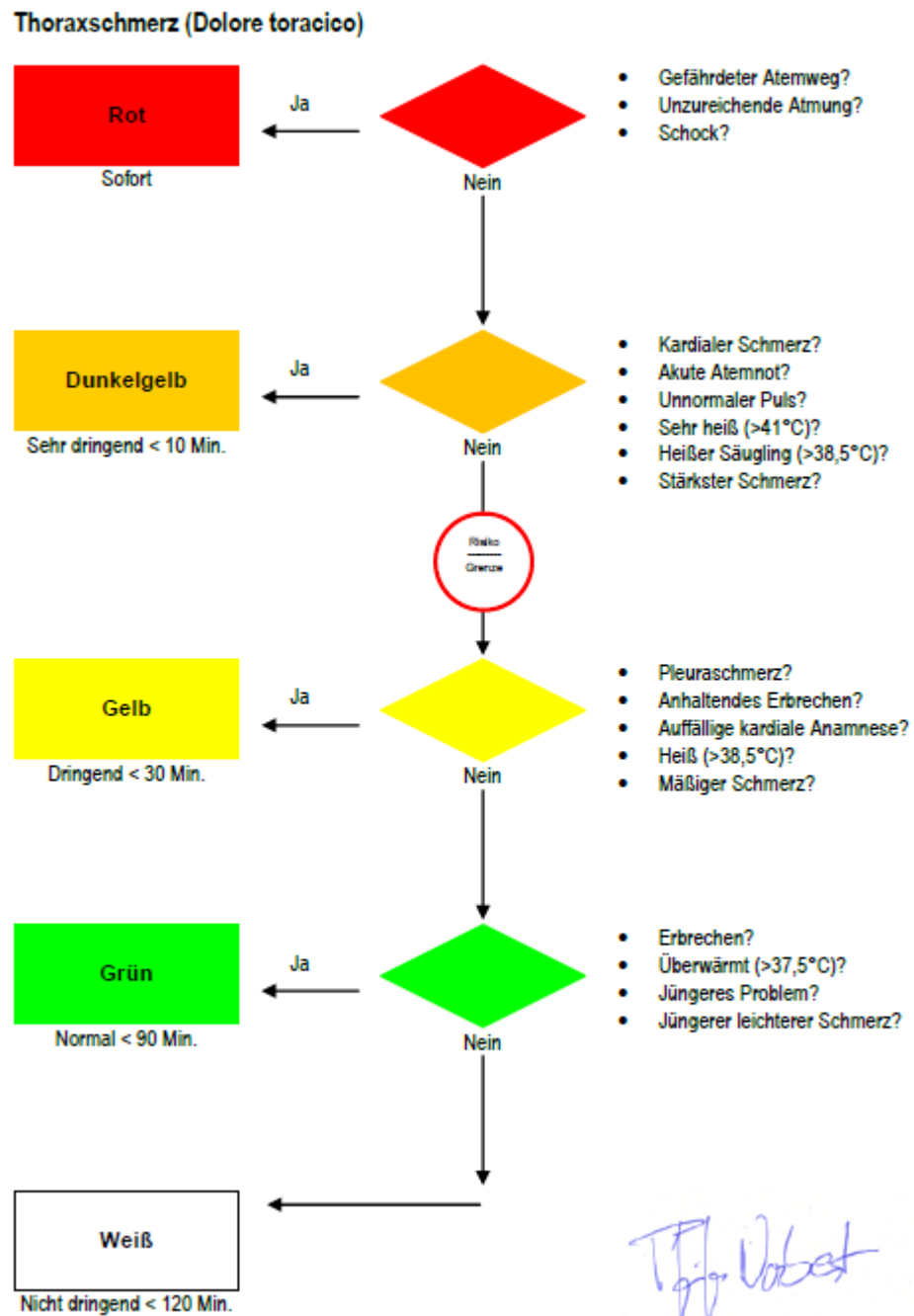


Abb. 3.2 Beispiel für Präsentationsdiagramm: „Thoraxschmerz“, aus [6]

Hinweise zum Diagramm	
Dieses Diagramm erlaubt die Eingruppierung eines Patienten, der sich wegen thorakaler Schmerzen in der Notaufnahme vorstellt. Thorakale Schmerzen kommen mit etwa 2% bis 5% aller Patientenkontakte in einer Notaufnahme relativ häufig vor. Die Gründe für derartige Beschwerden reichen vom Myokardinfarkt bis zur muskulären Reizung. Eine zuverlässige Eingruppierung ist daher unerlässlich. Von den generellen Indikatoren werden Lebensgefahr und Schmerz benutzt. Die speziellen Indikatoren bilden die Art und Stärke des Schmerzes (kardial oder pleural) und Unregelmäßigkeiten des Pulses ab.	
Siehe auch: -	
Spezielle Indikatoren	Erläuterungen
kardialer Schmerz	Wird klassisch als intensives dumpfes Engegefühl oder heftigster Schmerz retrosternal mit Ausstrahlung in den linken Arm oder den Hals beschrieben. Kann mit Schweißausbrüchen oder Erbrechen einhergehen.
Akute Atemnot	Plötzlich einsetzende Atemnot oder die plötzliche Verschlechterung einer chronischen Atemnot.
Unnormaler Puls	Eine Bradykardie (<60/min beim Erwachsenen), eine Tachykardie (>120/min beim Erwachsenen) oder ein unregelmäßiger Rhythmus. Zur Benutzung bei Kindern sollten die Werte für Bradykardie und Tachykardie dem Alter entsprechend angepasst werden.
Pleuraschmerz	Ein scharfer örtlich begrenzter Schmerz in Thorax, der sich durch Atmen, Husten oder Niesen verschlimmert.
Anhaltendes Erbrechen	Erbrechen, das kontinuierlich oder ohne Ruhepause auftritt.
Auffällige kardiale Anamnese	Als auffällige kardiale Anamnese gelten bei dem Patienten bekannte wiederkehrende Rhythmusstörungen mit lebensbedrohlichen Auswirkungen, sowie alle anderen bekannten kardialen Störungen, die zu schneller Verschlechterung neigen.

Abb. 3.3 Hinweis zum Diagramm Thoraxschmerz, aus [6]

4 Ergebnisse

Nachfolgend wird eine kurze Beschreibung samt Diagramm zu den jeweiligen Fragestellungen aus dem Fragebogen erläutert. Der Zeitraum für die Umfrage erstreckte sich von 07.30 Uhr des 03.02.2014 bis 00.00 des 16.02.2014. Da es allein nicht möglich war 24 Stunden rund um die Uhr eigenhändig Fragebögen auszugeben, hoffte ich auf die mir zugesagte Zusammenarbeit seitens des Triage Personals, jedoch mit spärlichem Erfolg. Nach 17.00 Uhr, sowie am Wochenende wurden kaum noch Fragebögen ausgeteilt.

Im betreffenden Zeitraum verzeichnete die Erste Hilfe Station des Krankenhauses Meran insgesamt 2462 Zugänge. Davon waren 1785 und damit 72,5% der Zugänge im weißen bzw. grünen Triage Bereich. In der nachfolgenden Tabelle ist eine Übersicht über die Zugänge in die Erste Hilfe Meran in den betreffenden Kalenderwochen gegeben.

Dringlichkeit	Anzahl	%
		2.462
Hoch	11	0,45%
Mittelhoch	159	6,46%
Mittel	507	20,59%
Normal	1.565	63,57%
Keine	220	8,94%

Abb. 4.1 Zugänge in die Erste Hilfe im Zeitraum 03.02. bis 16.02.2014, aus [8]

Aufgrund der oben beschriebenen Ausschlusskriterien für die Vergabe der Fragebögen (Kinder, Touristen, Patienten mit Einweisung des Hausarztes, Zahnarztpatienten, usw.) sowie aufgrund der verringerten Ausgabe in den Abend- und Nachtstunden konnte die von mir untersuchte Kohorte nicht in Verhältnis mit dem Gesamtanteil der weiß und grün triagierten, gesetzt werden.

Anzahl der ausgegebenen Fragebögen: 235

Zurückgegebene Fragebögen: 206

Ausgeschlossene Fragebögen: 3

Drei Fragebögen sind aufgrund mangelhafter bzw. unzureichender Beantwortung ausgeschlossen worden.

4.1 Ergebnis Zugang nach Wochentag

Im nachfolgenden Diagramm sieht man die Verteilung der Patientenzugänge an die Erste Hilfe innerhalb einer Kalenderwoche. Dabei ist anzumerken, dass die Zugänge am Wochenende aufgrund der geringen Teilnahme an der Umfrage nicht aussagekräftig sind. Zu Wochenbeginn zeigt sich ein deutlich gesteigerter Zulauf. Aus persönlicher Erfahrung sind dies allerdings auch jene Tage an denen am meisten Zulauf bei den Hausärzten herrscht.

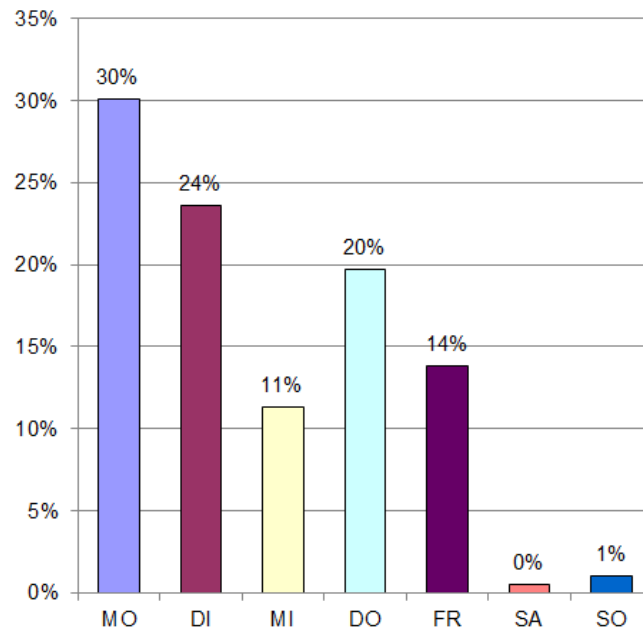


Abb. 4.2 Auswertung der Erste-Hilfe Zugänge nach Wochentag

4.2 Ergebnis Zugang nach Lebensdekaden

Mit 19% macht den größten Anteil die Gruppe der 41-50 Jährigen aus, knapp gefolgt von den über 70Jährigen mit 18%. Die jüngste Gruppe, die der unter 20-jährigen kommt auf 10% und stellt den geringsten Teil dar. Das mittlere Alter, der von mir untersuchten Gruppe von Patienten beträgt 48,6 Jahre.

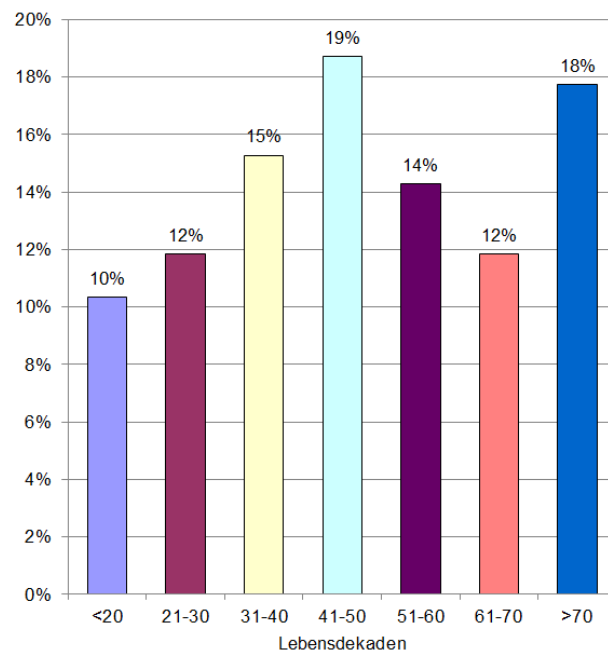


Abb. 4.3 Auswertung der Erste-Hilfe Zugänge nach Altersgruppen

4.3 Ergebnis Zugang nach Geschlecht

Einen ausgeglichenen Zulauf beider Geschlechter zeigt untenstehende Grafik. Hier hat sich keinerlei Prävalenz eines Geschlechts hervorgetan.

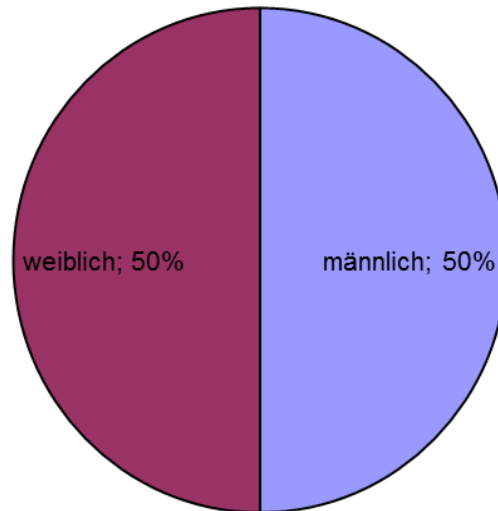


Abb. 4.4 Auswertung der Erste-Hilfe Zugänge nach Geschlecht

4.4 Ergebnis Zugang nach Entfernung zum KH

Die am häufigsten vertretenen Gemeinden sind in der Reihenfolge: Meran (78), Lana (17), Algund (7), Schenna (7) gefolgt von Bozen (6). Der wohl am weitesten gereiste Patient stammt aus St.Ulrich in Gröden. In folgendem Diagramm sieht man ein deutliches „Stadt-Land“-Gefälle. Die Zugänge unter 5km machen mehr als die Hälfte aller Zugänge aus, während 21% der Zugänge mehr als 10km vom Krankenhaus entfernt wohnhaft sind.

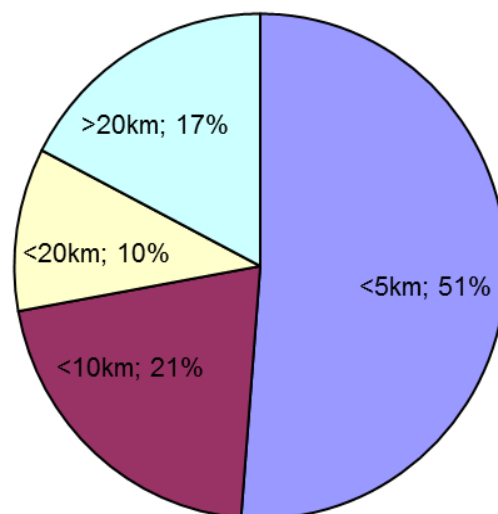


Abb. 4.5 Auswertung der Erste-Hilfe Zugänge nach Entfernung zum KH

4.5 Ergebnis Zugang nach Muttersprache

Betrachtet man das Burggrafenamt als vorwiegendes Einzugsgebiet des Krankenhaus Meran, zeigt die letzte Sprachgruppenzugehörigkeitserhebung von 2011 für jenes Gebiet (ausgenommen Stadt Meran) eine deutsche Mehrheit von 90-100%. In der Stadt Meran haben sich 50,47% der deutschen und 49,06%, der italienischen Sprachgruppe zugehörig erklärt, (Ladiner 0,47%). Der Ausländeranteil an der gesamten Wohnbevölkerung im Burggrafenamt machte im Jahr 2013 9-11,9%, jener in der Stadt Meran 15,6% aus [7].

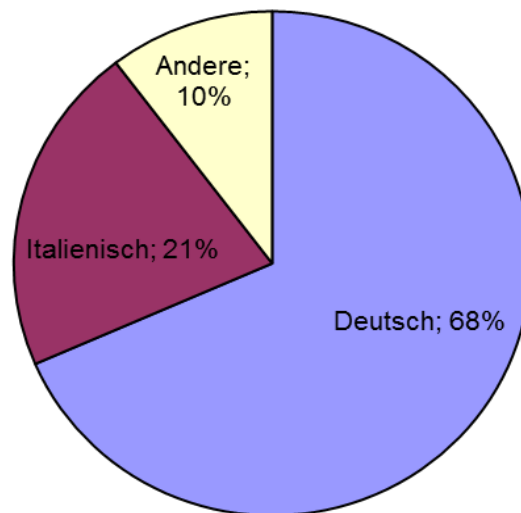


Abb. 4.6 Auswertung der Erste-Hilfe Zugänge nach Muttersprache

4.6 Ergebnis Zugang nach Bildungsgrad

Mehr als die Hälfte hat ein abgeschlossenes Mittelschuldiplom vorzuweisen, mit 19% folgen jene der Volksschulabschlüsse, welche sich größtenteils aus der Gruppe der über 70Jährigen zusammensetzt.

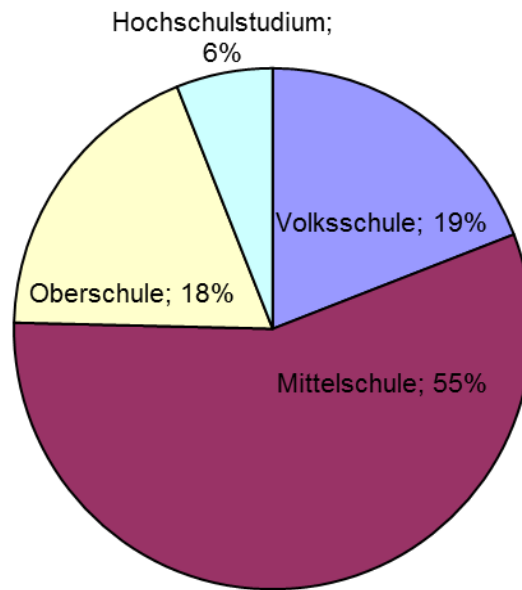


Abb. 4.7 Auswertung der Erste-Hilfe Zugänge nach Bildungsgrad

4.7 Ergebnis Zugang nach Beruf

Aus nachfolgendem Diagramm ist die Verteilung der Berufe ersichtlich. Die Rentner sind dabei die am stärksten vertretene Gruppe.

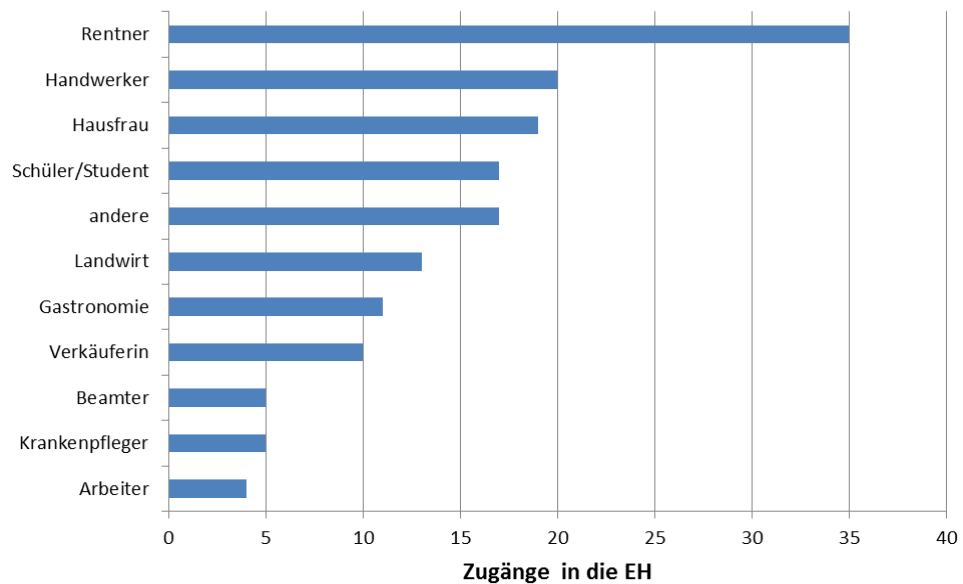


Abb. 4.8 Auswertung der Erste-Hilfe Zugänge nach Beruf

4.8 Ergebnis Ankunftszeit in der Ersten Hilfe

Aus folgender Grafik ist deutlich ersichtlich, dass der größte Zulauf von 7.00-10.00 Uhr erfolgt. 3% nach 16.00 Uhr erachte ich als nicht aussagekräftig, da die Ausgabe an Fragebögen in jener Zeit als unzureichend zu bewerten ist.

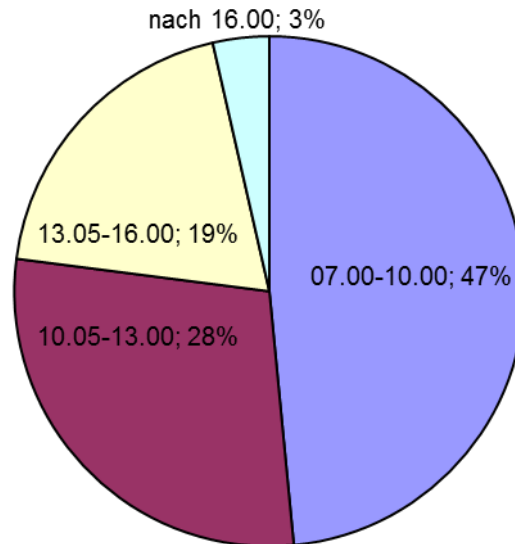


Abb. 4.9 Auswertung der Ankunftszeit in der Ersten Hilfe

Aus obengenannten Grund zeigt das modifizierte Diagramm aus „qlikview“ [8] einen Tagesdurchschnitt nach Uhrzeit der Zugänge im Studienzeitraum aller weißen und grünen Triage Kodexe und zusätzlichen in „rot“ meine erhobenen Umfrageergebnisse. Bei den grünen Kodexen herrscht erhöhtes Aufkommen von 9.00 bis 10.00 Uhr und 16.00; hingegen kommt es bei den weißen Kodexen um 8.00Uhr zu Höchstwerten. Nachfolgendes Diagramm zeigt die tägliche Verteilung der Zugänge nach Triage Farbe.

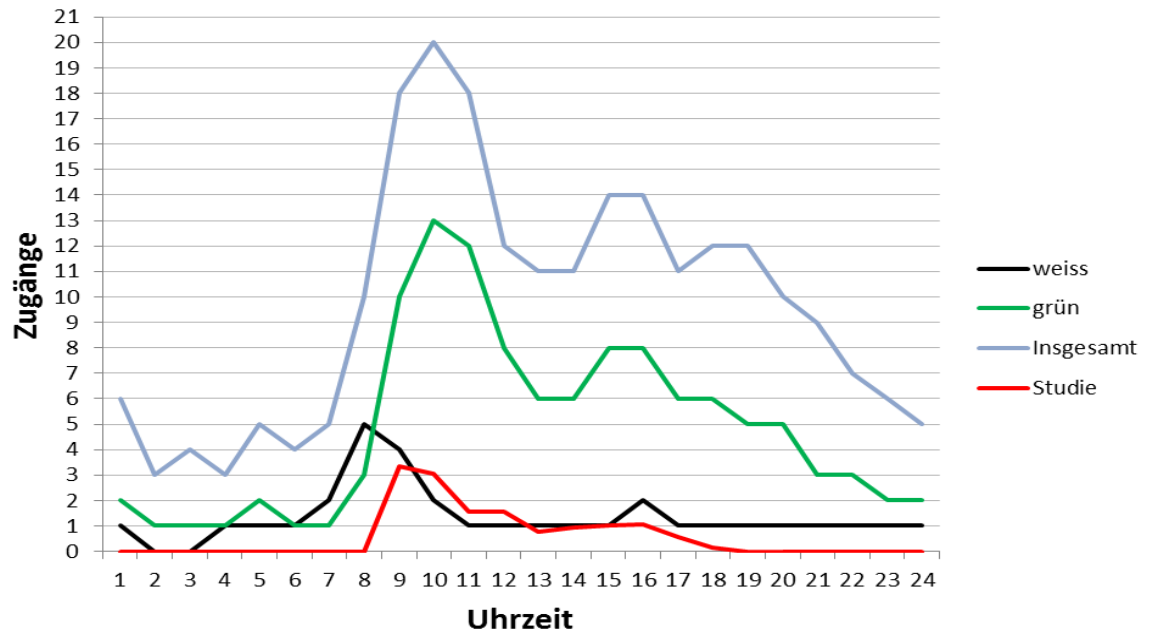


Abb. 4.10 Verteilung der durchschnittlichen Zugänge über den Tagesverlauf, aus [8]

4.9 Ergebnis Zugang nach medizinischem Fachgebiet

Orthopädisch / traumatologische Probleme machten 45% aller Zugänge aus, Chirurgie und Innere Medizin in Summe 20%, weiters folgt die HNO mit 14%. Hier ist sicherlich zu berücksichtigen, dass das Manchester Triage System „unterbewertet“ und so Frakturen bzw. Verdacht auf Fraktur, als grüner Kodex eingestuft werden.

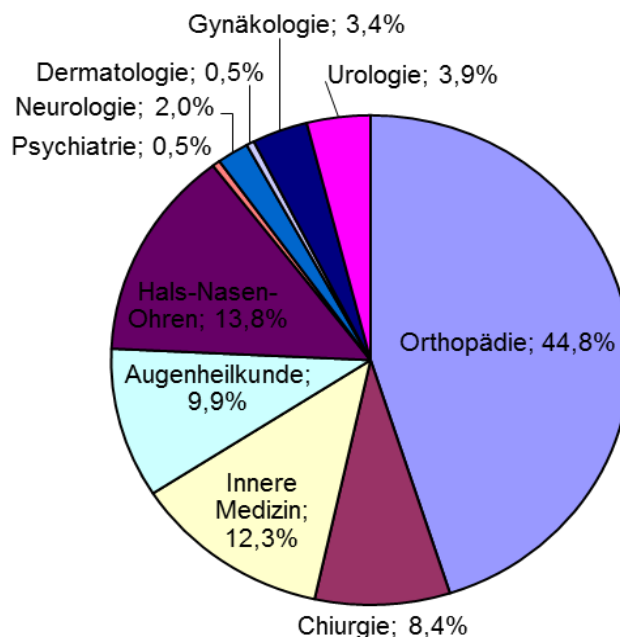


Abb. 4.11 Auswertung der Erste-Hilfe Zugänge nach medizinischem Fachgebiet

4.10 Ergebnis Zugang nach Problem/Symptom

In nachfolgender Grafik zeigen sich traumatologisch-orthopädische Probleme als Spitzenreiter, darauffolgend Bauchschmerzen chirurgischer Kompetenz. Bei 50% aller chirurgischen Probleme wurde der Hausarzt kontaktiert.

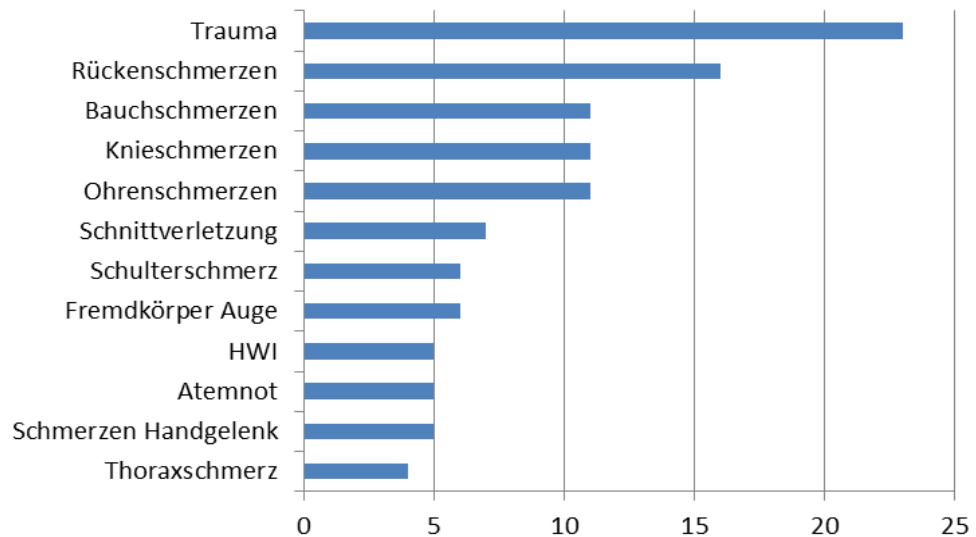


Abb. 4.12 Auswertung der Erste-Hilfe Zugänge nach Problem/Symptom

4.11 Ergebnis Zugang nach Beschwerdedauer

Patienten mit einem akuten Problem, bzw. einer Beschwerdedauer unter 12 Stunden machen 21% aus und kommen vorwiegend mit Traumen oder Schnittverletzungen, Ohrenschmerzen oder verlangen nach der „Pille danach“. 24% der Patienten leiden länger als 24 Stunden an den Beschwerden und kommen am häufigsten wegen Traumen, Harnwegsinfekten oder Bauchschmerzen in die Erste Hilfe. Die häufigsten Zugänge mit einer Beschwerdedauer von mehr als einem Monat stellen jene mit Knie- und Rückenschmerzen sowie Zeruminalpfropf dar.

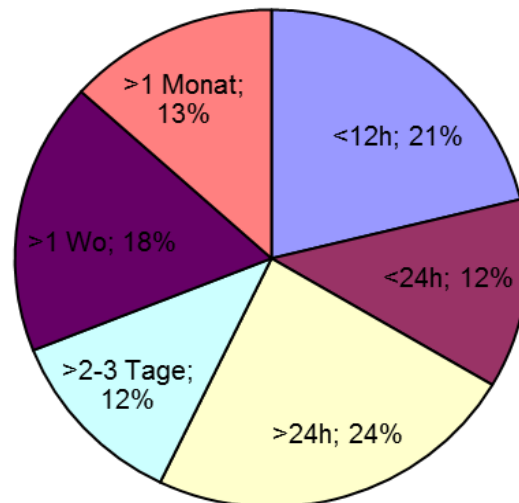


Abb. 4.13 Auswertung der Erste-Hilfe Zugänge nach Beschwerdedauer

4.12 Ergebnis zur Rechtmäßigkeit des Zugangs aus Sicht des Patienten

Über 96% aller Patienten waren von der Rechtmäßigkeit ihres Erste Hilfe Zugangs überzeugt. Ein einziger stufte sich selbst als nicht gerechtfertigt ein, während sich 3,45% der Antwort enthielten.

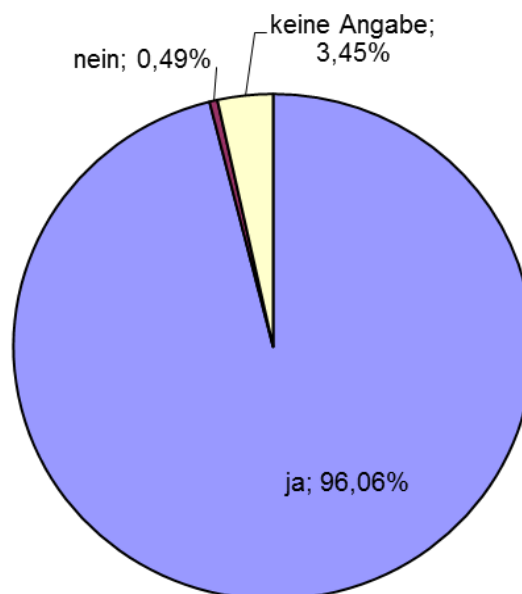


Abb. 4.14 Auswertung zur Rechtmäßigkeit des Zugangs aus Sicht des Patienten

4.13 Ergebnis Wissen um die primäre Aufgabe der Ersten Hilfe

80% kannten laut Umfrage die Funktion der Ersten Hilfe, im Fragebogen wurde eine kurze Definition laut Erste Hilfe Krankenhaus Meran wiedergegeben. 12% wussten

nicht über die Aufgaben der Ersten Hilfe Bescheid, während 8% sich der Antwort enthielten.

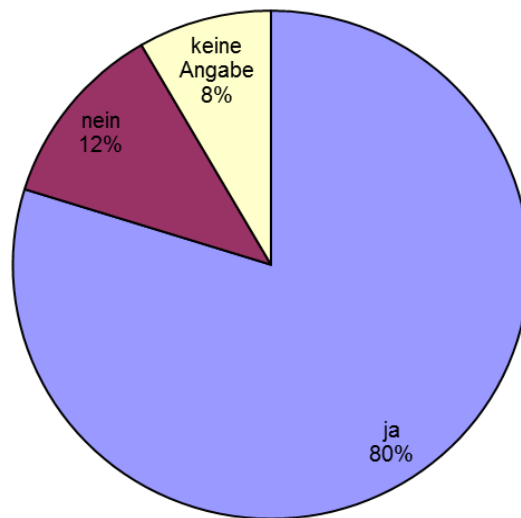


Abb. 4.15 Auswertung des Wissens um die primäre Aufgabe der Ersten Hilfe

4.14 Ergebnis zu einer ev. Kontaktaufnahme mit dem eigenen Hausarzt

Nachfolgende Grafik zeigt eindrücklich, dass sich knapp dreiviertel aller Patienten, aus eigener Initiative ins Krankenhaus begaben, lediglich ein Viertel zuvor den Hausarzt informierte bzw. kontaktierte.

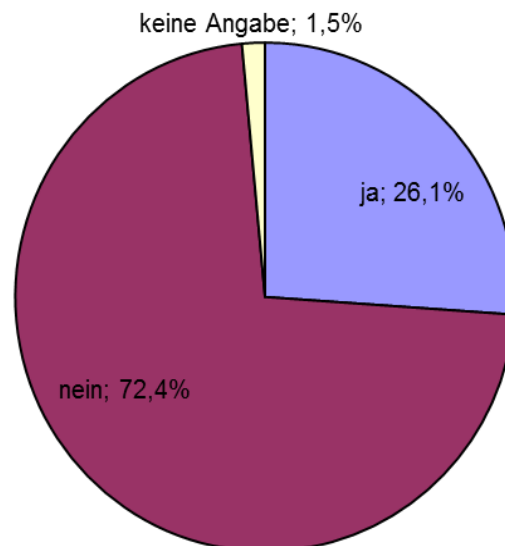


Abb. 4.16 Auswertung zu einer evt. Kontaktaufnahme mit dem eigenen Hausarzt

4.15 Ergebnis auf welche Art der Kontakt mit dem Hausarzt stattfand

Wie aus nachstehendem Ergebnis ersichtlich ist, begaben sich von jenen 26,1% welche den Hausarzt kontaktierten, 68% ins Ambulatorium, 26% konsultierten ihren Arzt telefonisch und 6% erhielten eine Hausvisite.

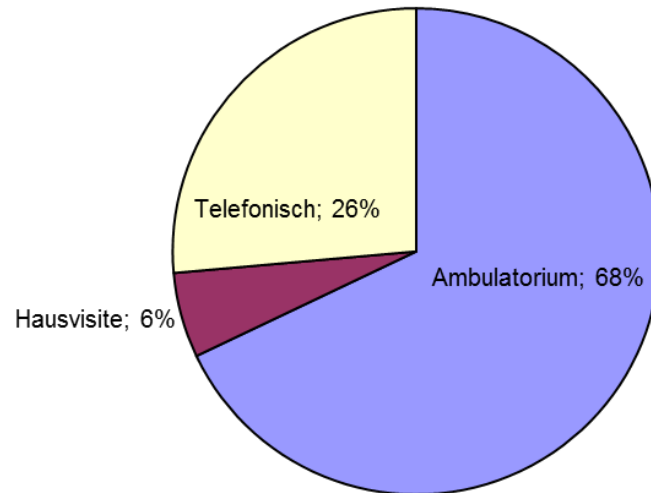


Abb. 4.17 Auswertung auf welche Art der Kontakt mit dem Hausarzt stattfand

4.16 Ergebnis weshalb trotz Hausarzt Kontakt, trotzdem die Erste Hilfe aufgesucht wurde

61% der Patienten wurden laut Angaben vom Hausarzt mündlich in die Erste Hilfe verwiesen, 20% zweifelten an ihrem Hausarzt und die Gruppe „anderes“ gab überwiegend an, sich aus Eigeninitiative oder wegen zu langer Facharztwartzeiten ans Krankenhaus gewandt zu haben.

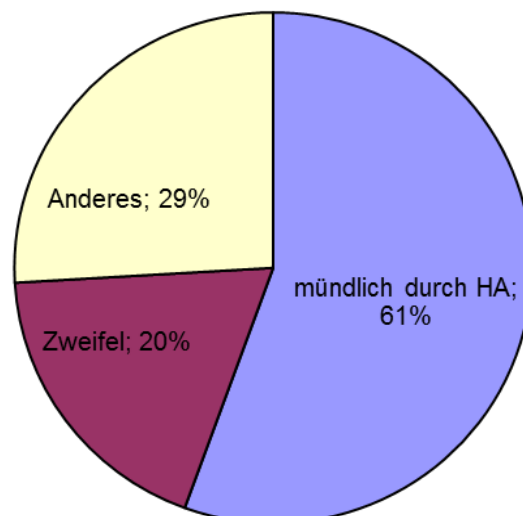


Abb. 4.18 Auswertung weshalb trotz Hausarzt Kontakt, trotzdem die Erste Hilfe aufgesucht wurde

4.17 Ergebnis warum darauf verzichtet wurde erst den Hausarzt zu kontaktieren
Bei dieser Frage, gab es die Möglichkeit von Mehrfachnennungen. Das Krankenhaus wurde von 59 Patienten gezielt aufgesucht, in Erwartung einer Facharztvisite, 50 Patienten strebten diagnostische Verfahren oder intensivierete Therapien an.

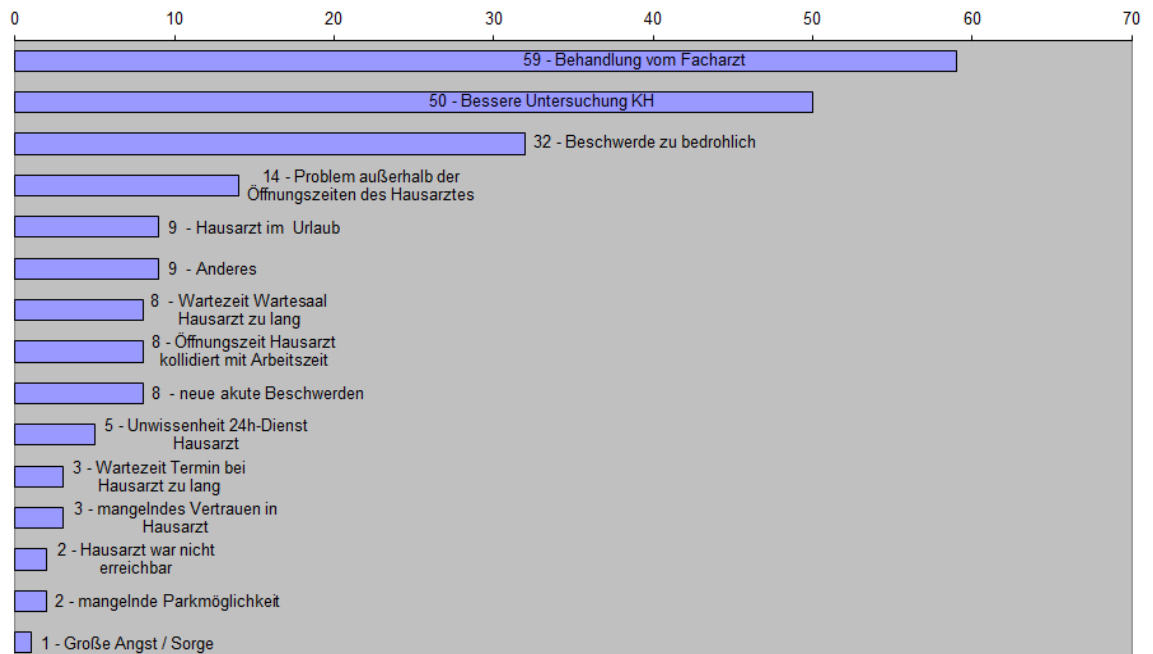


Abb. 4.19 Auswertung warum darauf verzichtet wurde erst den Hausarzt zu kontaktieren

4.18 Ergebnis zum Vormerkssystem beim Hausarzt

Knapp mehr als die Hälfte gibt an, dass der eigene Hausarzt nicht auf Vormerkung arbeite. 2% enthalten sich einer Angabe. Ein Teilnehmer der Umfrage gab an keinen Hausarzt ernannt zu haben; dies ist der Grund für das nicht Erreichen der 100%.

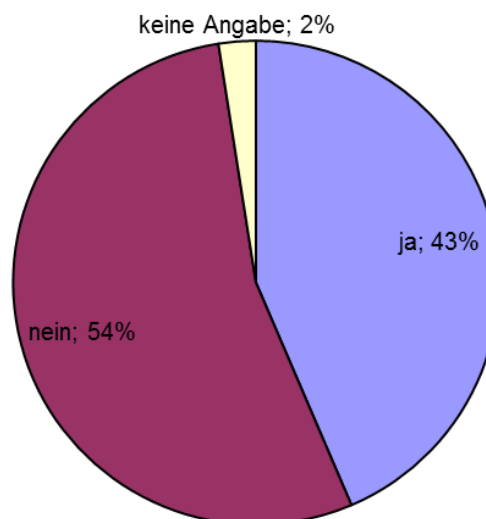


Abb. 4.20 Auswertung Vormerkssystem beim Hausarzt

4.19 Ergebnis zur Zufriedenheit mit jeweiligem Vormerksystem

Nicht ganz 80% sind mit dem Arbeitssystem mit/ohne Vormerkung zufrieden. Lediglich 15% sind unzufrieden, wobei ca.50% davon einen Hausarzt haben der mit bzw. ohne Vormerksystem arbeitet.

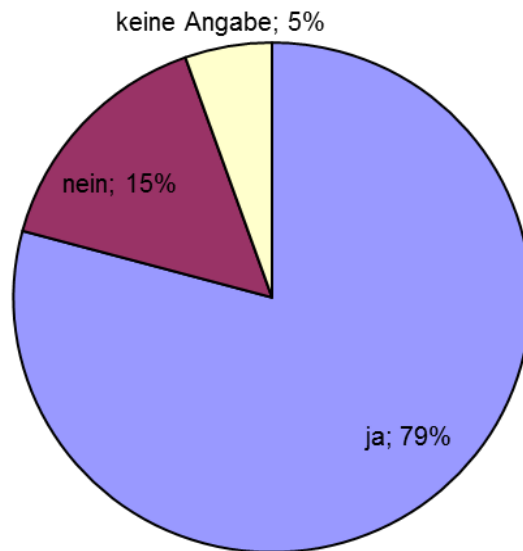


Abb. 4.21 Auswertung zur Zufriedenheit mit jeweiligem Vormerksystem

4.20 Ergebnis der Zufriedenheit mit den Öffnungszeiten

78% sind mit den Öffnungszeiten zufrieden, aus den 18% Unzufriedenen stammt die Hälfte sowohl aus Hausarztpraxen welche mit Vormerkung arbeiten, und die andere Hälfte aus Praxen ohne Vormerkung.

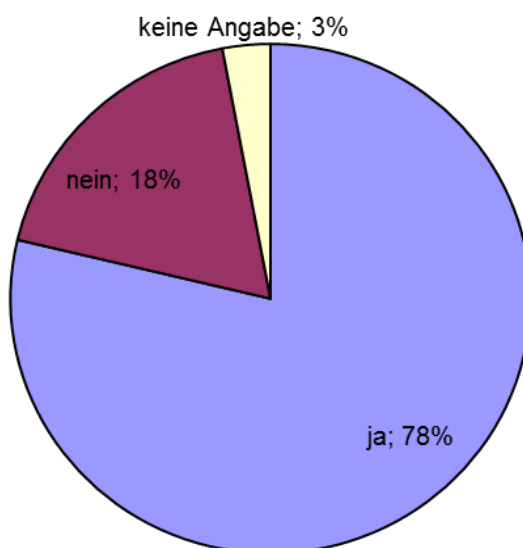


Abb. 4.22 Auswertung der Zufriedenheit mit den Öffnungszeiten

4.21 Ergebnis der Zugänge beim Hausarzt im vergangenen Jahr

Folgende Grafik zeigt, dass doch 42% bis zu 3 mal jährlich den Hausarzt in Anspruch nehmen. Mindestens sechs mal 20% und öfter als zwölf mal 10%. Lediglich 15% gingen im vergangenen Jahr nie zum Hausarzt.

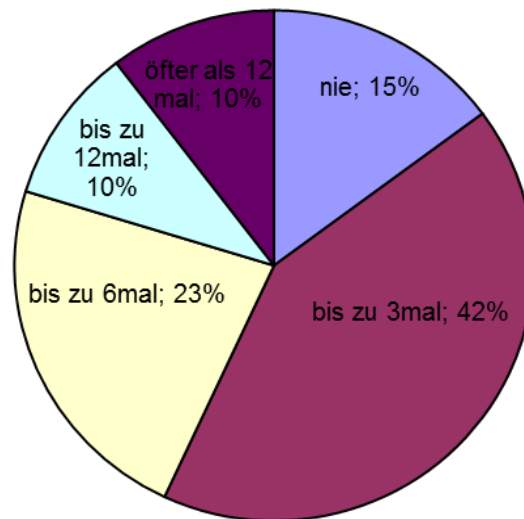


Abb. 4.23 Auswertung der Zugänge beim Hausarzt im vergangenen Jahr

4.22 Ergebnis die Funktion des Hausarztes aus der Sicht des Patienten

Bei dieser Frage, gab es die Möglichkeit von Mehrfachnennungen. Der Hausarzt als Arzt des Vertrauens wurde 84 mal genannt, mehr jedoch wird der Hausarzt als Behandler und Untersucher leichter Gesundheitsprobleme sowie als „Verschreiber“ gesehen. Sechs sahen im Hausarzt keine Funktion. Unter „anderes“ wurden keine erläuternden Angaben gemacht.

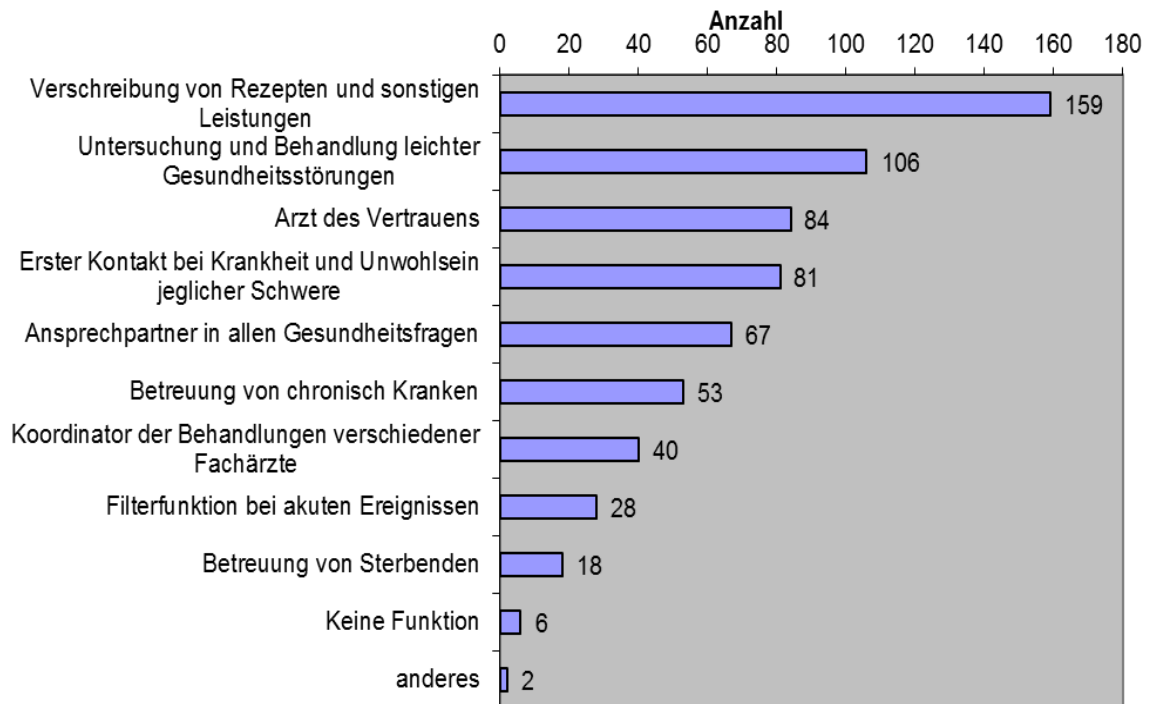


Abb. 4.24 Auswertung die Funktion des Hausarztes aus der Sicht des Patienten

4.23 Ergebnis zur Rechtmäßigkeit des Zugangs aus Sicht des behandelnden Erste Hilfe Arztes

Die Frage, ob der Zugang des jeweiligen Patienten mit grünem oder weißem Kodex zur Notfallaufnahme ihrer eigenen Meinung nach berechtigt war, oder nicht, beantworteten die jeweiligen behandelnden Ärzte in 46% der Fälle mit ja und in 48% der Fälle mit nein. In 6% der Fälle wurde die Antwort vom behandelnden Arzt nicht angegeben.

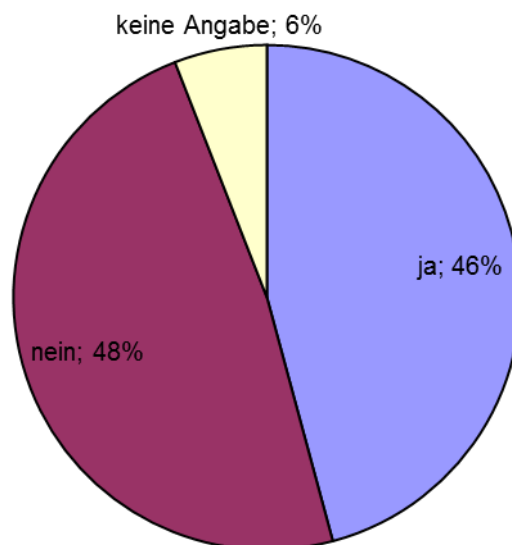


Abb. 4.25 Auswertung zur Rechtmäßigkeit des Zugangs aus Sicht des behandelnden Erste Hilfe Arztes

4.24 Ergebnis Einhebung des Selbstkostenbeitrags bei nicht gerechtfertigtem Erste Hilfe Zugang

Trotz 48% nichtgerechtfertigter Zutritte wurde in 95,9% der Fälle kein Selbstkostenbeitrag eingefordert. 2% bevorzugten nicht Stellung zu nehmen und 2% forderten den vorgesehenen Selbstkostenbeitrag ein.

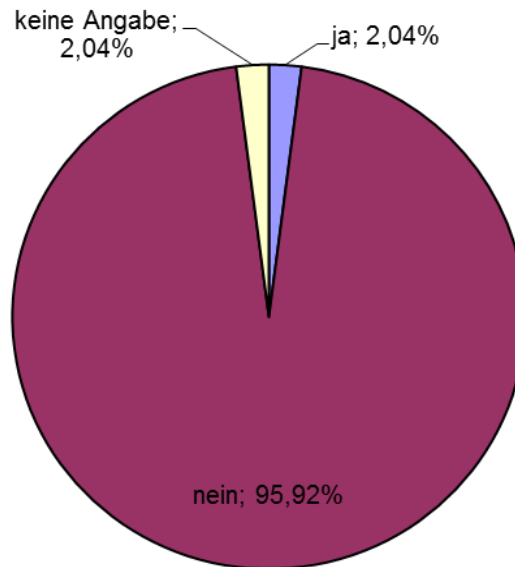


Abb. 4.26 Auswertung Einhebung des Selbstkostenbeitrags bei nichtgerechtfertigtem Erste Hilfe

5 Zusammenfassung und Schlussfolgerung

In der Notfallaufnahme des Krankenhauses Meran wurden von mir über einen zweiwöchigen Beobachtungszeitraum, mittels anonymen Fragebogen 235 Patienten, die in der Triage, weder als Notfall noch als Dringlichkeit bewertet wurden (weiße und grüne Kodexe) und ohne Hausarzt Zuweisung dort eintrafen, untersucht. In der Umfrage ging es u.a. neben der Erhebung persönlicher Informationen zum Patienten, dem Grund für das Erscheinen in der Ersten Hilfe ohne Einweisung, zu ihrem Wissen über die Primärversorgung, über die Zufriedenheit mit der gebotenen Primärversorgung durch die Allgemeinmediziner, sowie um eine Einschätzung zur Rechtmäßigkeit des Zugangs seitens des behandelnden Erste Hilfe Arztes.

Wesentliche Erkenntnis meiner Umfrage ist, dass sich ein deutliches Wochengefälle von Montag zu Freitag, mit der Hälfte der Anzahl an Patienten von Montag ergibt. Dies ist aus den Hausarztpraxen bekannt. Die Zugänge vom Wochenende konnten nicht ausreichend erfasst werden. Der größte Zulauf wird zu „Bürozeiten“ am späten Vormittag und späten Nachmittag seitens grüner Kodexe (unbedenkliche

Akutprobleme) verzeichnet. Die weißen Kodexe, meist chronische Probleme, stellen sich bevorzugt in der Früh gegen 8.00 Uhr vor.

Die Patienten verteilen sich bezüglich Altersgruppen, Geschlecht, Bildungsgrad, und Berufsgruppe gleichmäßig, es zeigt sich diesbezüglich keine Präferenz.

Angehörige der italienischen Sprachgruppe, scheinen öfter ohne Hausarzteinweisung die Erste Hilfe aufzusuchen. Eine genaue Aussage diesbezüglich ist nicht möglich, da der Anteil der ausländischen Bevölkerung innerhalb der italienischen Sprachgruppe unbekannt ist.

Das Wohnen in der Stadt und die örtliche Nähe zum Krankenhaus scheinen wichtige positive Prädiktoren für das Umgehen des Hausarztes zu sein und sich folglich unberechtigt in der Notfallaufnahme vorzustellen.

Aus medizinischer Sicht sind kleine Traumen, sowie Rückenschmerzen dem herausragenden Teil an Erste Hilfe Zugängen zuzuschreiben. Es finden sich sowohl jene mit kürzlich erstmals aufgetreten Problemen, als auch jene mit schon länger andauernden Beschwerden.

Mit Ausnahme eines Patienten, waren sich alle anderen 205 Patienten sicher, den Weg ins Krankenhaus berechtigterweise eingeschlagen zu haben, obwohl 80% von ihnen gleichzeitig angaben, über die Funktion der Ersten Hilfe Bescheid zu wissen. Die behandelnden Ärzte bewerteten die Hälfte dieser Zugänge als nicht gerechtfertigt. Trotz eindeutiger Bestimmungen trauten sich die Ärzte aber nur in erschreckend wenigen Fällen (insgesamt zwei!) den dafür vorgesehenen Selbstkostenbehalt von 50,00Euro plus für jede zusätzlich erhaltene Leistung, einen Maximalbetrag von 100,00Euro, einzufordern.

Mit Vorbehalt, da es sich um eine noch kurze Laufzeit des Manchester Triage Systems handelt, ist eine in etwa 10%ige Überbewertung zum vorherigen Triage System zusehen. Liegt der Anteil der weißen und grünen Kodexe nach „altem“ Triage System in den vergangenen Jahren bei 85-90%, aller Zugänge, macht diese Gruppe im Manchester Triage System nur mehr ca.75% aus

Nicht nachprüfbar ist, ob jene 25% welche angaben beim Hausarzt gewesen zu sein und auf mündliche Zuweisung die Notfallaufnahme aufsuchten, auch wirklich den Hausarzt kontaktierten.

Die Gründe den Hausarzt zu umgehen sind mannigfaltig, dreiviertel der Patienten jedoch erwarteten sich eine Facharztvisite oder instrumentelle Diagnostik. Nur wenige wollten den Hausarzt außerhalb der Öffnungszeiten stören oder wussten nicht, dass er „Bereitschaft“ hat.

Die Hausärzte der Befragten bieten zu gleichen Teilen ein Vormerksystem, oder den freien Zugang zu ihren Praxen an. In beiden Gruppen ist die Mehrheit mit dem jeweiligen System zufrieden, lediglich 15% in beiden Gruppen sind mit dem angewandten System unzufrieden. Fast ident fallen die Prozentsätze auf die Frage nach der Zufriedenheit mit den Öffnungszeiten aus.

Dass die Hausärzte dennoch sehr gut besucht werden, zeigt dass in etwa nur jeder siebte seit einem Jahr nicht mehr bei seinem Hausarzt war. Jeder Zehnte besucht seinen Hausarzt mehr als zwölf Mal jährlich.

159 Patienten, sehen im Hausarzt den „Zettelschreiber“, hier spielt die Distanz zum Krankenhaus keine Rolle, jedoch in weiter entfernten Gebieten vom Krankenhaus, mit knapp 60% ist der Hausarzt, auch der Arzt des Vertrauens.

5.1 Diskussion:

Ob 24 Stunden Ambulatorien und Allgemeinmediziner in der Ersten Hilfe, als Vorfilter den ständig wachsenden Anforderungen und Erwartungen der Patienten, und von der Politik geschürten Forderungen nachkommen können, wage ich aus obengenannten Ergebnissen zu bezweifeln, vielmehr sehe ich darin lediglich eine örtliche oder personelle Verlagerung des Problems. Vielmehr bin ich davon überzeugt, dass die konsequente Einforderung des Selbstkostenbeitrags, ungerechtfertigte Fälle fernhält. Ich halte es zudem für eine Schmach, dem aufrichtigen Bürger gegenüber, der sich korrekter Weise zum Hausarzt begibt und jede verordnete Leistung voll bezahlen muss, während jene nicht gerechtfertigten Zugänge für 15,00Euro ein zum Teil medizinisch nicht indiziertes, kostenverursachendes Komplettpaket an Untersuchungen und Therapien erhalten. Der Allgemeinmediziner darf nicht für ein (kranken)hausgemachtes Problem verantwortlich gemacht werden. Neben Patienten mit gesundem Hausverstand und einem gewissen Maß an Eigenverantwortung, braucht es Allgemeinmediziner, die nicht nur als „Verschreiber“ fungieren, sondern verantwortungsbewusst und als Vertrauensgarant eine effiziente Grundversorgung gewährleisten.

6 Anlagen

- Ausgebener Fragebogen deutsch und italienisch

7 Literaturverzeichnis

- [1] Südtiroler Sanitätsbetrieb - SPS-Archiv
- [2] http://lexbrowser.provinz.bz.it/doc/de/a-2007_1%C2%A7170%C2%A7210/vertrag_vom_11_dezember_2007/kapitel_ii_grundversorgung/art_17_voraussetzungen_und_oeffnung_der_arztpraxen.aspx
- [3] <http://www.sabes.it/de/krankenhaeuser/meran/erste-hilfe-me.asp>
- [4] <http://de.wikipedia.org/wiki/Triage>
- [5] <http://www.sabes.it/de/krankenhaeuser/meran/triage-me.asp>
- [6] Gesundheitsbezirk Meran, Abteilung Erste Hilfe, Manchester Triage System, Protokoll 2013
- [7] Astat Info Nr. 45 06/2014, S.5, Ausländische Wohnbevölkerung 2013
- [8] Gesundheitsbezirk Meran, Abteilung Erste Hilfe, statistische Auswertung der Zugänge

8 Abbildungsverzeichnis

Abb. 1.1	Übersicht über die EH Zugänge im Zeitraum 2009/13 im KH Meran, aus [1]	6
Abb. 3.1	Manchester-Triage-System, aus [6].....	10
Abb. 3.2	Beispiel für Präsentationsdiagramm: „Thoraxschmerz“, aus [6].....	11
Abb. 3.3	Hinweis zum Diagramm Thoraxschmerz, aus [6].....	12
Abb. 4.1	Zugänge in die Erste Hilfe im Zeitraum 03.02. bis 16.02.2014, aus [8]	13
Abb. 4.2	Auswertung der Erste-Hilfe Zugänge nach Wochentag	14
Abb. 4.3	Auswertung der Erste-Hilfe Zugänge nach Altersgruppen.....	14
Abb. 4.4	Auswertung der Erste-Hilfe Zugänge nach Geschlecht.....	15
Abb. 4.5	Auswertung der Erste-Hilfe Zugänge nach Entfernung zum KH.....	15
Abb. 4.6	Auswertung der Erste-Hilfe Zugänge nach Muttersprache	16
Abb. 4.7	Auswertung der Erste-Hilfe Zugänge nach Bildungsgrad.....	17
Abb. 4.8	Auswertung der Erste-Hilfe Zugänge nach Beruf	17
Abb. 4.9	Auswertung der Ankunftszeit in der Ersten Hilfe	18
Abb. 4.10	Verteilung der durchschnittlichen Zugänge über den Tagesverlauf, aus [8]	19
Abb. 4.11	Auswertung der Erste-Hilfe Zugänge nach medizinischem Fachgebiet ...	19
Abb. 4.12	Auswertung der Erste-Hilfe Zugänge nach Problem/Symptom.....	20
Abb. 4.13	Auswertung der Erste-Hilfe Zugänge nach Beschwerdedauer	21
Abb. 4.14	Auswertung zur Rechtmäßigkeit des Zugangs aus Sicht des Patienten....	21
Abb. 4.15	Auswertung des Wissens um die primäre Aufgabe der Ersten Hilfe.....	22
Abb. 4.16	Auswertung zu einer evt. Kontaktaufnahme mit dem eigenen Hausarzt ..	22
Abb. 4.17	Auswertung auf welche Art der Kontakt mit dem Hausarzt stattfand	23

Abb. 4.18	Auswertung weshalb trotz Hausarzt Kontakt, trotzdem die Erste Hilfe aufgesucht wurde	23
Abb. 4.19	Auswertung warum darauf verzichtet wurde erst den Hausarzt zu kontaktieren	24
Abb. 4.20	Auswertung Vormerksystem beim Hausarzt	24
Abb. 4.21	Auswertung zur Zufriedenheit mit jeweiligem Vormerksystem.....	25
Abb. 4.22	Auswertung der Zufriedenheit mit den Öffnungszeiten.....	25
Abb. 4.23	Auswertung der Zugänge beim Hausarzt im vergangenen Jahr.....	26
Abb. 4.24	Auswertung die Funktion des Hausarztes aus der Sicht des Patienten	27
Abb. 4.25	Auswertung zur Rechtmäßigkeit des Zugangs aus Sicht des behandelnden Erste Hilfe Arztes	27
Abb. 4.26	Auswertung Einhebung des Selbstkostenbeitrags bei nichtgerechtfertigtem Erste Hilfe	28