

Kleine Anfrage der Fraktion der SPD vom 24. April 2018**Situation in den Notaufnahmen der Krankenhäuser in Bremen und Bremerhaven**

Die Notaufnahmen der Kliniken stehen allen Hilfesuchenden offen, die außerhalb der Öffnungszeiten der niedergelassenen Ärztinnen und Ärzte in einer medizinischen Notlage sofort medizinische Hilfe benötigen. Die Erfahrungen zahlreicher Patientinnen und Patienten zeigen allerdings, dass es oft mit einer Wartezeit von bis zu mehreren Stunden verbunden sein kann, in einer solchen Notlage in der Notaufnahme eines Krankenhauses von einer Ärztin oder einem Arzt behandelt zu werden.

Vielen Menschen scheint außerdem nicht bekannt zu sein, dass es neben den Notaufnahmen auch den Ärztlichen Bereitschaftsdienst und den Kinder- und Jugendärztlichen Bereitschaftsdienst der Kassenärztlichen Vereinigung im Land Bremen gibt. Dadurch begeben sich Menschen nach wie vor mit gesundheitlichen Problemen in Notaufnahmen, die sich nicht in einer lebensbedrohlichen Situation befinden und die stattdessen den Ärztlichen Bereitschaftsdienst nutzen sollten.

Medienberichten zufolge kommt es in Notaufnahmen immer häufiger zu Aggressionen der Patientinnen und Patienten untereinander und gegenüber dem medizinischen Personal. Stress, Ängste und lange Wartezeiten führen immer wieder zu verbalen und mitunter auch körperlichen Auseinandersetzungen.

Wir fragen den Senat:

1. Gibt es Aufzeichnungen oder Statistiken über die Wartezeiten in den Notaufnahmen der kommunalen, freigemeinnützigen und privaten Krankenhäusern im Land Bremen und wenn ja, wie sind die Ergebnisse?
2. Wie wird in den Krankenhäusern sichergestellt, dass ausreichend ärztliches und pflegerisches Personal für die Notfallversorgung zur Verfügung steht?
3. Welche Möglichkeiten gibt es, die Wartezeiten für die Patientinnen und Patienten zu verkürzen, die sich in echten medizinischen Notlagen befinden?
4. Welche Möglichkeiten sieht der Senat, jenseits bestehender Kampagnen für den Ärztlichen Bereitschaftsdienst der Kassenärztlichen Vereinigung für mehr Wissen in der Bevölkerung über die Notrufnummer 116 117 und das damit verbundene Angebot vor Ort zu sorgen? Welche Möglichkeiten sieht er, die Eigenwahrnehmung von Menschen zu stärken, damit sie selbst besser einschätzen können, ob sie eine Notaufnahme, den Ärztlichen Bereitschaftsdienst oder eine niedergelassene Ärztin aufsuchen sollten?
5. Welche Erkenntnisse liegen dem Senat darüber vor, wie sich das Leitsystem IVENA auf die Wartezeiten in den Notaufnahmen auswirkt, das der Rettungsdienst nutzt, um gezielt ein Krankenhaus anzusteuern, das über freie Kapazitäten zur Behandlung eines konkreten Notfallpatienten verfügt?

6. Hält der Senat es für hilfreich, deutschlandweit einen Facharzt für Notfallmedizin einzuführen, wie es ihn in einigen anderen Ländern gibt? Wenn ja, welche Schritte unternimmt der Senat, um darauf hinzuwirken? Wenn nein, aus welchem Grund hält der Senat dies nicht für hilfreich?
7. Sind dem Senat Hinweise auf verbale oder körperliche Auseinandersetzungen oder Konflikte bekannt, die aufgrund langer Wartezeiten in den Notaufnahmen oder beim Ärztlichen Bereitschaftsdienst im Land Bremen entstanden sind? Haben die Krankenhäuser und Ärztlichen Bereitschaftsdienste Strategien entwickelt, um die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter möglichst vor solchen Konflikten zu schützen und gleichzeitig eine möglichst hohe Transparenz für die Patientinnen und Patienten über Abläufe, Wartezeiten und so weiter herzustellen?
8. Hält der Senat eine einheitliche, sektorenübergreifende Vergütung für Notfälle für geboten, da Notfälle sowohl stationär als auch ambulant behandelt werden und eine Aufteilung in Sektoren nicht mehr zeitgemäß ist?

Mehmet Acar, Stephanie Dehne, Björn Tschöpe
und Fraktion der SPD

D a z u

Antwort des Senats vom 12. Juni 2018

Der Senat beantwortet die Kleine Anfrage wie folgt:

1. Gibt es Aufzeichnungen oder Statistiken über die Wartezeiten in den Notaufnahmen der kommunalen, freigemeinnützigen und privaten Krankenhäusern im Land Bremen und wenn ja, wie sind die Ergebnisse?

Die Erfassung der unterschiedlichen Zeiten und Verdichtung in einer Statistik gibt es für Bremen nicht. Sie wäre auch wenig aussagekräftig, da die gesamte Aufenthaltsdauer in der Notaufnahme vom Krankheitsbild und Krankheitsschwere abhängt.

So kann sich je nach Patientin und Patient und Erkrankung die Notfallbehandlung auch über mehrere Behandlungsschritte hinziehen, die insgesamt eine längere Aufenthaltsdauer in der Notaufnahme erzeugen. Diese Aufenthaltsdauer kann jedoch nicht mit einem lebensgefährlich Erkrankten direkt verglichen werden, der sich nur sehr kurz im Bereich der Notaufnahme aufhält und sofort weiter behandelt wird.

Die meisten Krankenhäuser im Land Bremen nutzen Beurteilungssysteme zur Einstufung der Patienten nach Behandlungsdringlichkeit im Sinne einer sogenannten Triage.

Die auf diese Weise vorgenommene Sichtung und Einordnung der Patientinnen und Patienten in entsprechende Dringlichkeitsstufen beinhaltet, dass zum Beispiel Patientinnen und Patienten mit der höchsten Stufe auch sofort behandelt werden und im Gegenzug Patientinnen und Patienten mit weniger ernsthaften Erkrankungen je nach Grad der Einstufung gegebenenfalls länger warten müssen. Daraus ergeben sich auch Unterschiede in Bezug auf die Behandlungs- und Wartezeiten. Während die Ersteinschätzung durch entsprechend geschultes Personal relativ schnell in wenigen Minuten erfolgt, kann die weitere Behandlung bei geringerer Dringlichkeit gegebenenfalls erst nach einer Wartezeit erfolgen. Gerade wenn sich eine Verdichtung von sehr dringenden Notfällen abzeichnet, kann es entsprechend zu längeren Wartezeiten für weniger dringende Behandlungsfälle kommen.

2. Wie wird in den Krankenhäusern sichergestellt, dass ausreichend ärztliches und pflegerisches Personal für die Notfallversorgung zur Verfügung steht?

Die Krankenhäuser sind aufgrund ihrer Größe und ihres Behandlungsspektrums unterschiedlich stark in die ambulante und stationäre Notfallversorgung einbezogen. Dementsprechend werden die Personalkapazitäten geplant. Fast alle Standorte verfügen über eine zentrale Notaufnahme (ZNA) mit geregelten Einsatzzeiten für Ärztinnen und Ärzte sowie Pflegekräfte. Darüber hinaus gibt es Vorausplanungen, Dienstpläne und leistungsabhängige Stellenschlüssel für die Pflege.

In Zeiten mit besonders hohem Patientenaufkommen, wie beispielsweise Anfang des Jahres im Rahmen der sehr ausgeprägten Grippewelle, kann es trotz der bereits ergriffenen Maßnahmen zu erhöhten Wartezeiten – insbesondere für Patientinnen und Patienten ohne sehr dringlichen Behandlungsbedarf – kommen.

3. Welche Möglichkeiten gibt es, die Wartezeiten für die Patientinnen und Patienten zu verkürzen, die sich in echten medizinischen Notlagen befinden?

Wie schon unter Frage 1 erläutert, dient die Feststellung der Dringlichkeit über eine „Triage“ dazu, dass jeder dringende Notfall so schnell wie möglich behandelt wird.

Daneben müssen die unterschiedlichen Zugangswege beachtet werden:

- Patientinnen und Patienten, die sich selbstständig in die Notaufnahme begeben können, werden ebenso wie Patienten, die ohne Notarzt im Rettungsdienst gebracht werden, zunächst gesichtet und danach entsprechend der Dringlichkeit ärztlich weiterbehandelt.
- Bei Patientinnen und Patienten, die bereits im Rettungsdienst mit Notarzt präklinisch versorgt an das Krankenhaus übergeben werden, werden unverzüglich ärztlich weiterbehandelt.
- Mit der Einführung von IVENA (Interdisziplinärer Versorgungsnachweis) in 2017 wurde die Steuerung der Patientinnen und Patienten in der Notfallversorgung weiter optimiert. Die am System angeschlossenen aufnehmenden Krankenhäuser in Bremen erhalten durch die Verzahnung mit dem Rettungsdienst schneller, konkreter und transparent die notwendigen Informationen über Aufnahmekapazitäten und mögliche Engpässe (siehe auch die Antwort zu Frage 5).

Darüber hinaus halten einige Kliniken spezielle interne Hotlines vor:

- Klinikum Bremen Mitte
 - Polytrauma-Hotline:

Jede Patientin und jeder Patient mit einem Polytrauma wird über diese Hotline angemeldet; bei Eintreffen des Rettungsdienstes sind alle notwendigen Ärztinnen und Ärzte sowie Pflegekräfte im Schockraum und erwarten die Patientin beziehungsweise den Patienten. Dadurch gibt es für diese Patientinnen und Patienten keine Wartezeit. 2017 wurden insgesamt 439 polytraumatisierte Patientinnen und Patienten so im Schockraum versorgt.
 - Stroke-Hotline:

Jede Patientin und jeder Patient mit akutem Schlaganfall wird über diese Hotline bei dem diensthabenden Neurologen der Zentralen Notaufnahme (ZNA) angemeldet. Alle Patientinnen und Patienten mit akutem Schlaganfall werden direkt von dem Neurologen und der zuständigen ZNA-Funktionspflegekraft angenommen. Es entsteht bei diesen Patientinnen und Patienten keine Wartezeit.

- Kinder-Hotline:
Über diese Hotline werden kritisch kranke beziehungsweise verunfallte Kinder direkt auf der pädiatrischen Intensivstation angemeldet.
- Klinikum Links der Weser (Herzzentrum)
 - „Herzinfarkt-Hotline“
Erkrankte mit einem akuten Herzinfarkt werden im Zuge der präklinischen notärztlichen Versorgung vor Ort mit Übersendung des aktuellen EKG im Klinikum Links der Weser angemeldet und bei bestätigter Indikation direkt einer kardiologischen Intervention im Herzkatheter-Labor zugeführt. Eine vergleichbare Versorgung wurde auch in Bremerhaven etabliert.

Insgesamt kommt der Behandlungseinschätzung durch entsprechend geschultes Personal in der Notaufnahme eine besondere Rolle zu. Wird die ZNA überlastet, werden Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter über Notfallpläne zugewiesen. Diese gelten auch für Massenanfälle von Verletzten (MANV). Hierüber existieren auch krankenhausübergreifende Abstimmungen mit dem Rettungsdienst und den Leitstellen.

Ferner ist eine Verkürzung von Wartezeiten durch eine (gezieltere) Steuerung/Zuweisung der Patientinnen und Patienten in das „richtige Versorgungsangebot“ möglich; nicht wenige der Patientinnen und Patienten, die eine Notfallambulanz aufsuchen, könnten unter medizinischen Gesichtspunkten ambulant versorgt werden. Auch solche Patientinnen und Patienten werden in der Regel im Krankenhaus behandelt, obwohl der Sicherstellungsauftrag und damit die „Zuständigkeit“ bei der Kassenärztlichen Vereinigung liegt. Damit die Bereitschaft bei Patientinnen und Patienten zur Nutzung der ambulanten Versorgungsangebote steigt, gilt es diese Versorgungsstrukturen kontinuierlich zu überprüfen und weiterzuentwickeln. Es muss auch ambulant möglich sein, in medizinisch gebotenen Fällen, eine zeitnahe (fachübergreifende) Diagnostik zu gewährleisten.

4. Welche Möglichkeiten sieht der Senat, jenseits bestehender Kampagnen für den Ärztlichen Bereitschaftsdienst der Kassenärztlichen Vereinigung für mehr Wissen in der Bevölkerung über die Notrufnummer 116 117 und das damit verbundene Angebot vor Ort zu sorgen? Welche Möglichkeiten sieht er, die Eigenwahrnehmung von Menschen zu stärken, damit sie selbst besser einschätzen können, ob sie eine Notaufnahme, den Ärztlichen Bereitschaftsdienst oder eine niedergelassene Ärztin aufsuchen sollten?

Der Senat begrüßt die bestehenden Kampagnen zur Bekanntmachung des ambulanten Ärztlichen Bereitschaftsdienstes ausdrücklich und prüft eine Optimierung. Dies beinhaltet auch die gezielte Information von Personen, die mit dem hiesigen Gesundheitssystem und dessen Strukturen insbesondere im Hinblick auf die Notfallversorgung nicht vertraut sind.

Neben einem Informationsdefizit ist oftmals auch ein fehlendes Bewusstsein zur Nutzung der ambulanten Versorgungsstrukturen für das Aufsuchen der Notfallambulanz verantwortlich. Deshalb hält es der Senat für wichtig, Bürgerinnen und Bürger in diesem Punkt weiter zu sensibilisieren.

Auch dazu soll im kommenden Jahr durch eine Veränderung der Notrufabfrage und der darauf basierenden Rettungsmitteldisposition durch die Feuerwehr- und Rettungsleitstelle eine verbesserte Steuerung der Hilfesuchenden erreicht werden. Der Senat prüft die Möglichkeit, sämtliche medizinische Hilfesuchen der bremischen Bevölkerung in dieser Form einheitlich abzufragen, um dann anhand einer qualifizierten – soweit erforderlich auch medizinischen – Beratung den Anruferinnen und Anrufern die jeweils geeignete und notwendige medizinische Hilfe zeitgerecht zur Verfügung stellen zu können.

Der Senat geht davon aus, dass durch die einzusetzende Bund-Länder-Arbeitsgruppe neben konkreten Vorschlägen zur Anpassung der Rechtslage auch Maßnahmen erarbeitet werden, die dazu beitragen, die stationären Notfallambulanzen zu entlasten.

5. Welche Erkenntnisse liegen dem Senat darüber vor, wie sich das Leitsystem IVENA auf die Wartezeiten in den Notaufnahmen auswirkt, das der Rettungsdienst nutzt, um gezielt ein Krankenhaus anzusteuern, das über freie Kapazitäten zur Behandlung eines konkreten Notfallpatienten verfügt?

Das Leitsystem IVENA verfügt über keine eigenen Daten, die einen Rückschluss auf Wartezeiten in den Notaufnahmen von Krankenhäusern ermöglichen. Das System zeigt Versorgungskapazitäten auf und trägt auf diesem Wege zu einem Überblick sowie zur Transparenz bei. Zusätzlich ergeben sich auf diese Weise Empfehlungen für die Rettungsdienste, welche Notaufnahmen angesteuert werden können. Um Auswirkungen des Systems auf Wartezeiten nachzuweisen, müssten hierzu krankenhauserne Dokumentationen herangezogen werden.

6. Hält der Senat es für hilfreich, deutschlandweit einen Facharzt für Notfallmedizin einzuführen, wie es ihn in einigen anderen Ländern gibt? Wenn ja, welche Schritte unternimmt der Senat, um darauf hinzuwirken? Wenn nein, aus welchem Grund hält der Senat dies nicht für hilfreich?

Ein eigenständiger klinischer Facharzt für Notfallmedizin wird wegen der vielfältigen interdisziplinären Ansätze nicht für erforderlich gehalten. Der Senat erkennt dennoch einen besonderen Qualifizierungsbedarf für Ärztinnen und Ärzte, die in einer interdisziplinären Notaufnahme arbeiten. Hierzu gibt es bereits anerkannte Qualifizierungsangebote, die von mehreren Fachgesellschaften angeboten werden. Mit der vom Gemeinsamen Bundesausschuss verabschiedeten Regelung zu einem gestuften System von Notfallstrukturen in Krankenhäusern wird die Zusatzweiterbildung „Klinische Notfall- und Akutmedizin“ zukünftig für viele Krankenhausärzte in der Notfallambulanz verpflichtend.

7. Sind dem Senat Hinweise auf verbale oder körperliche Auseinandersetzungen oder Konflikte bekannt, die aufgrund langer Wartezeiten in den Notaufnahmen oder beim Ärztlichen Bereitschaftsdienst im Land Bremen entstanden sind? Haben die Krankenhäuser und Ärztlichen Bereitschaftsdienste Strategien entwickelt, um die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter möglichst vor solchen Konflikten zu schützen und gleichzeitig eine möglichst hohe Transparenz für die Patientinnen und Patienten über Abläufe, Wartezeiten und so weiter herzustellen?

In den letzten Jahren haben sich die Wartezeiten gerade für Patientinnen und Patienten ohne dringliche Behandlungsbedürftigkeit durch ein verstärktes Aufkommen an Hilfesuchenden in Notaufnahmen verlängert. Die teilweise längeren Wartezeiten stoßen oftmals auf Unverständnis und führen gelegentlich zu Konflikten. Da über solche Konflikte keine gesonderte statistische Erfassung erfolgt, liegen zur Anzahl solcher Fälle keine Angaben vor. Erste Ergebnisse aus dem Ärztemonitor 2018 legen nahe, dass diese Entwicklung ein deutschlandweites Problem ist. Der Senat hat Hinweise, die auf eine Zunahme von verbalen oder körperlichen Konflikten zwischen Patientinnen und Patienten einerseits und Ärzten sowie Fachpersonal andererseits in Bremen schließen lassen. Übereinstimmende Informationen der Bremischen Krankenhausgesellschaft (HBKG), der Kassenärztlichen Vereinigung (KV) Bremen sowie der Ärztekammer Bremen bestätigen diese Zunahme. Wie viele dieser Fälle mit langen Wartezeiten in Verbindung stehen, lässt sich nicht ermitteln.

Die KV Bremen hat als Strategie für den Bereitschaftsdienst mitgeteilt, dass bei den Umbauarbeiten der letzten Jahre in allen drei Bereitschafts-

dienstzentralen eine räumliche Trennung im Empfangsbereich herbeigeführt wurde. Die medizinischen Fachangestellten werden durch stabile Glasfronten abgeschirmt. Der Zugang zum Arbeitsbereich ist gesichert. Um Konflikte infolge von Wartezeiten zu reduzieren, werden Patientinnen und Patienten in den Bereitschaftsdienstzentralen über die zu erwartende Wartezeit informiert. Ist absehbar, dass die prognostizierte Wartezeit zwei Stunden übersteigt, wird eine weitere Ärztin beziehungsweise ein weiterer Arzt zum Behandlungsdienst herangezogen, gegebenenfalls auch eine weitere medizinische Fachangestellte. Im Rahmen eines betrieblichen Gesundheitsmanagements wird den medizinischen Fachangestellten in Kürze ein Deeskalationstraining angeboten.

Die Krankenhäuser verfolgen eine auf Deeskalation, gewaltfreie Kommunikation sowie Aufklärung über die Prozesse in der zentralen Notaufnahme ausgerichtete Strategie. Die Krankenhausgesellschaft der Freien Hansestadt Bremen e. V. (HBKG) hat dazu mitgeteilt, dass den Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern Deeskalationsschulungen und Kurse zur Selbstverteidigung angeboten werden. Mit einem Flyer, der auf die spezielle Situation in der ZNA und die Triagierung hinweist, soll mehr Verständnis bei Patientinnen und Patienten erreicht und somit einer Eskalation vorgebeugt werden. Ferner weisen die Mitarbeiter die Patientinnen und Patienten auf die Wartezeiten hin, insbesondere wenn eine längere Wartezeit absehbar ist.

In den GeNo-Standorten steht im Nachtdienst von 20:00 bis 06:00 Uhr eine Mitarbeiterin beziehungsweise ein Mitarbeiter eines Sicherheitsdienstes als Ansprechpartner zur Verfügung.

8. Hält der Senat eine einheitliche, sektorenübergreifende Vergütung für Notfälle für geboten, da Notfälle sowohl stationär als auch ambulant behandelt werden und eine Aufteilung in Sektoren nicht mehr zeitgemäß ist?

Die Notfallversorgung ist in drei Säulen gegliedert: a) den Rettungsdienst, b) den kassenärztlichen Bereitschaftsdienst und c) die Notfallambulanzen der Krankenhäuser. Um auch weiterhin eine Notfallversorgung auf hohem Niveau vorhalten zu können, ist eine noch bessere Verzahnung dieser Säulen erforderlich. Dazu sind neben einer Modifizierung der Vergütungsstrukturen weitergehende strukturelle Veränderungen erforderlich. Ein wesentliches Ziel muss es sein, dass Patientinnen und Patienten im Idealfall nicht unnötig mehrfach untersucht werden müssen.

Die Problematik ist insgesamt sehr komplex und nur durch eine wesentliche Gesetzesänderung dauerhaft zu lösen, die neben der Vergütung auch die Strukturen neu regelt. Der Senat misst der von der 90. Gesundheitsministerkonferenz im Jahr 2017 angeregten Bund-Länder-Arbeitsgruppe zu diesem Thema eine hohe Bedeutung zur Erarbeitung von konkreten Änderungsvorschlägen bei.