

SWR2 Wissen

Notfallmedizin am Limit - Was gegen die Überlastung hilft

Von Peggy Fuhrmann

Sendung vom: Mittwoch, 13. Dezember 2023, 08.30 Uhr

Redaktion: Sonja Striegl

Regie: Autorenproduktion

Produktion: SWR 2023

Manche Menschen haben keine Hausärztin und gehen deshalb in eine Notaufnahme. Oder sie schätzen die rundum-Betreuung dort. Die Notfallmedizin muss dringend anders organisiert werden.

SWR2 Wissen können Sie auch im **SWR2 Webradio** unter www.SWR2.de und auf Mobilgeräten in der **SWR2 App** hören – oder als **Podcast** nachhören:
<https://www.swr.de/~podcast/swr2/programm/podcast-swr2-wissen-100.xml>

Bitte beachten Sie:

Das Manuskript ist ausschließlich zum persönlichen, privaten Gebrauch bestimmt. Jede weitere Vervielfältigung und Verbreitung bedarf der ausdrücklichen Genehmigung des Urhebers bzw. des SWR.

Die SWR2 App für Android und iOS

Hören Sie das SWR2 Programm, wann und wo Sie wollen. Jederzeit live oder zeitversetzt, online oder offline. Alle Sendung stehen mindestens sieben Tage lang zum Nachhören bereit. Nutzen Sie die neuen Funktionen der SWR2 App: abonnieren, offline hören, stöbern, meistgehört, Themenbereiche, Empfehlungen, Entdeckungen ...
Kostenlos herunterladen: www.swr2.de/app

MANUSKRIPT

Sprecherin:

In den vergangenen Monaten haben immer wieder Notärzte Alarm geschlagen:

O-Ton 01, Professor Martin Möckel:

Dass die Patienten in die Notaufnahmen drängen, weil sie einen niederschweligen Zugang zu Diagnostik vermuten. Und das führt zu einer prekären Arbeitsbelastung in den Notaufnahmen.

Sprecherin:

Es sind nicht nur zu viele Menschen, die kommen.

O-Ton 02, Christian Schult:

Belastende Situationen können auch Übergriffigkeiten sein, nicht nur verbaler Art, denen wir beinahe täglich ausgesetzt sind.

Sprecherin:

Die Schwierigkeiten kennen auch die Rettungskräfte, die zu Hilfe eilen, wenn die 112 gewählt wurde:

O-Ton 03, Marco König:

Viele Kolleginnen und Kollegen meinen, dass der Rettungsdienst nicht mehr so viel mit Notfallrettung zu tun hat, weil wir doch eher das Gefühl haben, das Auffangbecken zu sein für so ein gescheitertes, präklinischen Gesundheitswesen.

Ansage (Titel):

„Notfallmedizin am Limit – Was gegen die Überlastung hilft“. Von Peggy Fuhrmann.

Sprecherin:

Die Notaufnahmen der Krankenhäuser behandeln jährlich etwa 20 Millionen Menschen. Die Zahl der Notrufe für den Rettungsdienst hat sich in den vergangenen zehn Jahren verdoppelt. Beide, mobile Rettungsdienste und Notaufnahmen, sind durch den Massenandrang überlastet. Sie beklagen, dass etwa ein Drittel der Patientinnen und Patienten in Notaufnahmen und knapp die Hälfte der Menschen, die den Rettungsdienst anfordern, gar nicht akut bedrohlich erkrankt oder verletzt sind. Im Wunsch, die Überlastung zu reduzieren, hat der Chef der Kassenärzte, Andreas Gassen, im April 2023 vorgeschlagen, Patienten in Notaufnahmen Gebühren zahlen zu lassen, wenn sie keine Notfälle sind.

Bundesgesundheitsminister Karl Lauterbach hat das umgehend abgelehnt. Doch sein Ministerium hat andere Empfehlungen unterbreitet, sowohl für die Notaufnahmen als auch für den Rettungsdienst. Bis die Reformvorschläge umgesetzt werden können, sind noch Details zu klären. Manches wurde aber schon vorab in Einzelinitiativen umgesetzt.

Atmo 01: Leitstelle, tutende Telefone / Stimmen

Sprecherin:

Ein Unfall, eine Herzattacke, plötzlich auftretende starke Schmerzen, Atemnot: Wer die 112 wählt, erreicht die nächstgelegene Rettungs-Leitstelle.

Atmo 02: Leitstelle tutende Telefone / Stimmen**Sprecherin:**

Diese Leitstelle in Elmshorn gehört zum größten kommunalen Rettungsdienst in Deutschland, der Rettungskooperation in Schleswig-Holstein. Ständig tutet das Telefon. Jetzt muss es schnell gehen. Wie dringend braucht der Patient Hilfe? Um das einzuschätzen, arbeiten die „Disponenten“ einen Fragenkatalog ab.

Atmo 02 hoch**Sprecherin:**

Dieses „Einschätzungssystem“ ruft Jan Sahlmann auf. Der Abteilungsleiter zeigt auf einen der fünf Monitore auf seinem Schreibtisch. Schon nach den ersten Fragen müsse klar sein, ob es um eine lebensbedrohliche Situation geht, sagt er und gibt ein Beispiel: Eine aufgeregte Mutter ruft an.

O-Ton 04, Jan Sahlmann:

Das Kind hat etwas verschluckt, es läuft blau an, die Mutter schreit ins Telefon. Und wir kommen zu dem Ergebnis, dass hier tatsächlich höchste Eile geboten ist, ein Rettungswagen wird alarmiert, ein Notarzt wird alarmiert.

Sprecherin:

Auf dem Bildschirm links ploppt ein Ortsplan auf. Sahlmann gibt die Adresse der Anruferin ein, schon erscheint dort eine rote Markierung. Gleichzeitig werden Rettungswagen eingeblendet, die in der Nähe sind. Ein weiterer Bildschirm zeigt, in welches Krankenhaus der Rettungsdienst den Patienten fahren kann.

O-Ton 05, Jan Sahlmann:

In so einer dramatischen Situation würden wir der Mutter noch entsprechende Erste-Hilfe-Hinweise geben. Und je nachdem, wie dann der Verlauf ist, können wir hier tatsächlich noch bis zur Wiederbelebung am Telefon bleiben bzw. die Anrufer bis dahin anleiten und bis zum Eintreffen des Rettungsdienstes am Telefon bleiben.

Sprecherin:

Viele der Anrufenden sind sehr aufgereggt. Um ihren Stress etwas zu dämpfen, sprechen die Disponenten betont ruhig. Auch dann, wenn sie selbst angespannt sind, weil ein Menschenleben auf dem Spiel steht.

O-Ton 06, Jan Sahlmann:

Die Herausforderung ist dann genau diese, dass man nicht selber aktiv werden kann. Und man muss das ja in irgendeiner Art und Weise rauslassen bzw. damit fertig werden. Da hilft natürlich das Miteinander sprechen. Das funktioniert hier im Team in der Schicht supergut.

Sprecherin:

Darüber hinaus können die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter psychologische Hilfe in Anspruch nehmen. Wie übrigens bei allen Rettungsdiensten. So lässt sich die psychische Belastung senken.

Atmo 03: Leitstelle / mehrere Telefone läuten**Sprecherin:**

Mobile Rettungsdienste arbeiten immer effektiver. In jedem Rettungswagen fährt ein Notfallsanitäter mit, der eine dreijährige Ausbildung in Notfallrettung absolviert hat. Er handelt in vielen Fällen selbständig, was den Notarzt entlastet, der nur noch bei akut bedrohlichen Krankheiten oder Verletzungen hinzugezogen wird. Um im Notfall besonders schnell zu helfen, können Leitstellen auch „Ersthelfer“ aktivieren. Das sind Personen, die sich über eine App als Ersthelfer haben registrieren lassen, so wie Thomas Fischer.

O-Ton 07, Thomas Fischer:

Der Rettungsdienst braucht in der Regel bis zu zehn Minuten, bis er vor Ort ist. Und wenn ich direkt vor Ort bin, kann ich Erste Hilfe leisten. Und wenn´s eine Reanimation ist, dann ist Zeit wirklich sehr, sehr wichtig.

Sprecherin:

Der Pfleger auf einer Intensivstation in Potsdam ist bestens qualifiziert für die Arbeit als Ersthelfer. Er schildert das Prozedere:

O-Ton 08, Thomas Fischer:

Wenn die Leitstelle das Stichwort „bewusstlose, leblose Person“ bekommt, guckt die Leitstelle, habe ich Ersthelfer im Umkreis. Und wenn ich da in diesem Umkreis bin, dann kriege ich eine Information aufs Handy. Und wenn ich die Möglichkeit hab, nehme ich den Einsatz an.

Sprecherin:

In den vergangenen zehn Jahren hat sich die Zahl der Notrufe verdoppelt. Die Rettungsdienste sind lange Zeit mitgewachsen: mehr Personal, mehr Rettungsfahrzeuge, größere Wachen, sagt Dr. André Gnirke, der ärztliche Leiter der Rettungs-Kooperation in Schleswig-Holstein. Das funktioniert aber nicht mehr.

O-Ton 09, Dr. André Gnirke:

Dieses System ist irgendwann darin gemündet, dass man mittlerweile das Personal nicht mehr adäquat in allen Bereichen zur Verfügung hat.

Sprecherin:

Hinzukommt, dass nur etwa die Hälfte der Anruferinnen und Anrufer tatsächlich lebensbedrohende Zustände melden, wie Statistiken der Rettungsdienste zeigen. Deren Aufgaben haben sich dadurch gravierend verändert, erzählt André Gnirke.

O-Ton 10, André Gnirke:

Der Rettungsdienst hat sich zu einem medizinischen Versorgungsdienstleister in vielen, vielen Bereichen entwickelt und zusehends auch mehr dahin verlagert, dass sich Hilfesuchende vermehrt auch an die Notrufnummern wenden in dem Wunsch, Hilfe zu erlangen, die nicht immer damit begründet ist und nicht immer meint, ich brauche jetzt einen Rettungswagen.

Atmo 04: Leitstelle / Stimmen und Telefonläuten / Sie sprechen ganz schnell, ich versteh Sie grad nicht. ... (unter Sprecherin abblenden)

Sprecherin:

Ein neuer Anruf in der Leitstelle: Jemand meldet die Verletzung einer Frau:

Atmo 04: Leitstelle / Stimmen und Telefonläuten, wieder hoch / Was ist passiert? - Wo hat sie sich hin geschnitten? - Am Daumen, hm, ok. - Blutet sie jetzt immer noch? - Haben Sie die Blutung gestillt? - Ja, ok - Nimmt sie blutverdünnende Medikamente ein? - Nimmt sie nicht, ok. - Sie ist blass? Ok. (abblenden, unter Sprecherin legen).

Sprecherin:

Eine Frau hat sich in den Daumen geschnitten. Die Blutung ist gestillt. Aber die Verletzte ist blass. Könnte der Anrufer sie nicht selbst in ein Krankenhaus fahren, fragt der Disponent. „Lieber nicht“, lautet die Antwort. Deshalb schickt er einen Rettungswagen, aber ohne Blaulicht.

Atmo 05: Leitstelle / Und Sie drücken da was drauf, ja. Ne Schnittverletzung am Daumen mit nem Küchenmesser ist nicht gefährlich, ja? Jo, tschüs.

O-Ton 11, Stephan Bandlow:

Die Erwartungshaltung muss realistisch sein.

Sprecherin:

Wünscht sich Stephan Bandlow. Der Rettungsdienst-Manager will die Anrufer in der Leitstelle gar nicht abwimmeln. Er will, dass jeder Hilfe erhält. Aber die Hilfe könne auch der Hinweis sein, am nächsten Tag zur Hausärztin zu gehen.

O-Ton 12, Stephan Bandlow:

Das kommt ja vor, der Insektenstich: Und dann wird halt gesagt, da legen Sie einen Eisbeutel drauf und warten eine Stunde, und dann ist auch alles wieder gut. Keine allergische Reaktion, das wird ja alles abgefragt. In dem Moment, wenn das alles ausgeschlossen werden kann, dann kann der Hinweis eben auch sein, wir machen da jetzt gar nichts. Und wenn sich was verändert, rufen Sie wieder an!

Sprecherin:

Heute können viele Leitstellen die Anrufer, die nicht so gravierende gesundheitliche Beschwerden melden, an den ärztlichen Bereitschaftsdienst weiterleiten. Er ist rund um die Uhr verfügbar. Doch um die Rettungsdienste effektiv zu entlasten, wäre die Kooperation mit weiteren ambulanten Diensten nötig. Genau das plant das

Bundesgesundheitsministerium mit seiner Reform der Notfallmedizin. Stephan Bandlow findet das gut, denn:

O-Ton 13, Stephan Bandlow:

Das ist eigentlich der Kern des Problems, dass verschiedene Hilfeleistungsnetze, das fängt mit Nachbarschaftshilfe an, eben wegbrechen. Ältere Menschen leben nicht unbedingt im Familienverbund wie in der Vergangenheit, wo dann der Enkelsohn halt mal hilft. Wir laufen also häufig in diese Sackgasse: Wenn wir nicht helfen, tut es niemand. Und damit ist die 112 immer die letzte Bastion der Hilfeleistung. Und das ist ja auch ein großer Erkenntnisgewinn in dem Reformpapier, dass man sagt, ich muss auch Systeme aktivieren können, die Hilfe leisten, die eben nicht mit Blaulicht kommen.

Sprecherin:

Danach soll die „integrierte Rettungsleitstelle“ der Zukunft neben dem Bereitschaftsarzt nicht nur eine pflegerische Notfallversorgung hinzuziehen können, sondern auch den Sozialdienst und psychiatrische Hilfe, Gemeindenotfallsanitäter und die ambulante Palliativpflege. Und: Künftig können sowohl die Leitstelle als auch die Rettungskräfte vor Ort Telemedizinerinnen und -mediziner mit einer Zusatzausbildung in Notfallmedizin anfragen. Auch das mache Sinn, findet André Gnirke:

O-Ton 14, André Gnirke:

Ich glaube, dass wir bei der Veränderung der Notfallmedizin-Krankheitsbilder zusehends mehr eine ärztliche Einschätzung brauchen und nicht zwingend einen Arzt vor Ort. Und das ist etwas, was wir zukünftig durch den Einsatz der Telemedizin haben werden: Den Telemediziner, der gerufen wird als jemand, der berät und im Zweifelsfall auch anleitet bei bestimmten Maßnahmen, der also unterstützend tätig ist.

Atmo 06: Martinshorn

O-Ton 15, Christian Mandel:

Der Großteil der Patienten ist dankbar dafür, dass wir kommen und helfen. Und das finde ich einfach toll.

Sprecherin:

Obwohl sich die Aufgaben ändern – und die Krankheitsbilder, machen Rettungskräfte wie der Notfallsanitäter Christian Mandel von der schleswig-holsteinischen Rettungs-Kooperation weiterhin ihre Arbeit gern:

O-Ton 16, Christian Mandel:

Klar ist der Großteil der Fälle, wo wir keine extrem invasive Notfallmedizin machen müssen. Und selbst wenn ein schwerer Fall vorkommt, und wir haben Erfolg dahingehend, dass die Maßnahmen gesessen haben, dass der Patient Linderung erfahren hat, dass wir ihn lebendig ins Krankenhaus bekommen haben und dann vielleicht zum allerbesten ganz am Schluss der Patient ohne weitere Schäden das

Krankenhaus verlassen kann: Ja, was Schöneres gibt es doch gar nicht. Dann haben wir doch alles richtig gemacht.

Sprecherin:

Die Rettungssanitäterin Marleen Ziprian fährt ehrenamtlich in ihrer Freizeit Rettungseinsätze. Ihr ist es wichtig, Patienten in lebensbedrohenden Zuständen zu helfen. Auch wenn der Stress riesig ist:

O-Ton 17, Marleen Ziprian:

Man muss sehr schnell sein Wissen abrufen, man muss ein bisschen gegen seinen mentalen und körperlichen Zustand ankämpfen, dass man so sehr aufgeregt ist und so Angst hat, Fehler zu machen. Und dann muss man gut funktionieren und Notfallkompetenz haben, und das ist die Herausforderung für mich.

Sprecherin:

Aber nicht immer können die Rettungskräfte helfen. Christian Mandel schildert einen bedrückenden Einsatz:

O-Ton 18, Christian Mandel:

Ich hatte jetzt unlängst eine Säuglings-Reanimation, wo wir dazu kamen. Das Kind war tot, als wir kamen und wir hatten keine Chance. Zehn Wochen alt. Wir hatten wirklich keine Chance. Und das sind dann die Fälle, wo man sich schon fragt: Was mache ich hier eigentlich? Und ich komme immer wieder zu dem Ergebnis: Es ist gut, dass ich es tue, auch wenn ich diese wirklichen Schwergewichte tragen und erleben muss. Es gibt viele andere gute Fälle, und auch hier ist es die Frage des Umgangs. Habe ich Mechanismen, damit umzugehen und diese Fälle zu verarbeiten?

Sprecherin:

Empathie ist wichtig. Aber es braucht auch Resilienz, innere Widerstandsfähigkeit, um solche Fälle zu verarbeiten. Zum Glück müssen Rettungskräfte heute nicht mehr allein mit solch tragischen Situationen klarkommen. Jeder Rettungsdienst bietet Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern psychologische Unterstützung an.

O-Ton 19, Christian Mandel:

Ich will das ganz ehrlich sagen, bei diesem Einsatz mit dem Kind habe ich geweint. Und solange ich das noch kann, tickt mein Herz an der richtigen Stelle.

Sprecherin:

Doch längst nicht immer treffen die Rettungskräfte auf einen Menschen in Not. Auch solche Einsätze belasten sie, erzählt Marleen Ziprian.

O-Ton 20, Marleen Ziprian:

Trotzdem fahren wir ja unter einer gewissen eigenen Gefahr mit Blaulicht zum Patienten, weil wir glauben, dass es ein Notfall ist. Und ich fahre das Auto, habe die Verantwortung für meinen Notfallsanitäter. Und wenn wir dann das Gefühl haben, dass es wirklich kein Notfall ist, oder dass der Patient möglicherweise am Telefon ein bisschen übertrieben hat, dann ist das schwer auszuhalten. Und die Gefahr, die ich sehe, ist, dass ich dann in einer Wohnung sitze bei jemandem, der mich eigentlich

nicht braucht, und nicht zur Verfügung stehe für eine Familie, die mich wirklich braucht, wo ich einfach nicht zeitnah da sein kann, und das zerreißt einen innerlich so ´n bisschen.

Sprecherin:

Auch Christian Mandel hat das schon erlebt. Er beschreibt eine typische Erwartung von Patienten, die einen Rettungswagen gerufen haben:

O-Ton 21, Christian Mandel:

„Da sind sie endlich, die Retter.“ Und wenn wir dann zu dem Ergebnis kommen, das ist vielleicht nichts für den Rettungsdienst, oder einen Vorschlag zur weiteren Verfahrensweise machen, der nicht unbedingt im ersten Gedanken des Patienten ist, dann kommt es schon vor, dass dort einfach auch erst mal gepöbelt wird, gemeckert wird, gemotzt wird. Natürlich erleben wir auch grundaggressive Patienten von vornherein. Damit müssen wir auch rechnen. Jegliche Form von zum Beispiel Alkohol-Patienten, die sind häufig doch sehr besonders und aggressiv. Auch das erleben wir ja leider, dass jemand mal völlig aus der Welle dreht und uns an die Jacke geht und auch körperlich gewalttätig wird, ist zum Glück nicht so sehr häufig. Aber es kommt vor.

Sprecherin:

Dann hilft nur noch, die Polizei zu rufen, um sich selbst zu schützen. Oft gelingt es den Rettungskräften aber selbst, schwierige Situationen zu entschärfen. Die meisten von ihnen haben Deeskalationstrainings besucht. Und verfügen damit über Kommunikationsstrategien, um aufgebrachte Gemüter zu beruhigen.

O-Ton 22, Christian Mandel:

Dann ist es unsere Haltung und Professionalität, nicht dementsprechend eins zu eins zu reagieren, sondern zu versuchen, so ein bisschen Druck rauszunehmen. In vielen Fällen gelingt das, wenn man klarmacht, wir sind die Guten, wir wollen helfen und wir wollen zusammen zu einer Lösung kommen und nichts überstülpen.

Sprecherin:

Nicht jeder, der schnelle ärztliche Hilfe sucht, ruft den Rettungsdienst. Man kann auch selbst in eine Notaufnahme gehen. Etwa 45 Prozent aller Personen, die in Notaufnahmen eintreffen, kommen eigenständig, hat eine Studie der Uni-Klinik Leipzig ergeben. Die Charité in Berlin hat in einem Forschungsprojekt untersucht, aus welchen Gründen diese Menschen kommen.

O-Ton 23, Prof. Martin Möckel, Leiter der Notaufnahme der Charité:

Das eine ist so ´n bisschen diese 24/7-Verführung, wie das manche nennen, dass man also auch mal am Samstag kommen kann.

Sprecherin:

Der Studienleiter Professor Martin Möckel leitet auch zwei der drei Notaufnahmen der Charité.

O-Ton 24, Prof. Martin Möckel:

Das andere ist, dass es möglich ist, sofort ein Röntgenbild zu machen. Die möchten gerne so einen One-Stop-Shop.

Sprecherin:

Also alle wichtigen Maßnahmen sofort und an einem Ort. Denn wenn eine Hausärztin ihre Patienten zum Röntgen oder CT überweist, dauert es Tage, vielleicht auch zwei Wochen, bis sie einen Termin bekommen. Viele Menschen kämen aber auch in die Notaufnahme, weil sie tatsächlich befürchten, schwer krank zu sein, sagt Möckel. Sie haben akute Beschwerden und malen sich eine schlimme Diagnose aus, oft, nachdem sie im Internet gestöbert haben.

O-Ton 25, Martin Möckel:

Das macht natürlich ein großes Segment unserer Patienten aus. Und wenn sie in der Notaufnahme sind, dann können Sie den Patienten ja auch nicht sagen: Ach, ich glaube nicht, dass Du was Schlimmes hast, geh mal am Montag zum Hausarzt. Sondern wir sind ja dann in der Pflicht auszuschließen, dass dieser Patient stationärer Versorgung bedarf. Und das erfordert eine Reihe von Maßnahmen, aus denen Sie dann gar nicht mehr rauskommen, weil, niemand würde hinnehmen, dass ein Patient z.B. in der Charité eine bestimmte Diagnostik nicht bekommt, weil es wenig wahrscheinlich war, dass diese Diagnose XY vorlag, die dann vielleicht doch vorliegt. Und man wird dann zu Recht vielleicht verklagt, dass man die Diagnostik nicht gemacht hat.

Sprecherin:

Und schließlich kommen Menschen in die Notaufnahme, weil sie keinen Hausarzt haben. Sie kommen selbst bei leichteren Beschwerden. Denn: Notaufnahmen sind immer geöffnet. Nach Angaben des Statistischen Bundesamtes kamen 2019 – also im letzten Jahr vor der speziellen Corona-Situation – 19 Millionen Menschen in die Notaufnahmen. 2023 werden es nach Schätzungen über 20 Millionen sein.

O-Ton 26, Martin Möckel:

Und das führt eben im Moment zu einer prekären Arbeitsbelastung in den Notaufnahmen, und da brauchts politische Lösungen. Also letztlich Lösungen durch neue Gesetze. Und da ist ja auch die Initiative von Herrn Lauterbach sehr zu begrüßen. Ich finde, es sind gute Ansätze drin.

Sprecherin:

Ein wesentlicher Bestandteil der Reformpläne des Bundesgesundheitsministers für die Notaufnahmen ist das so genannte „Integrierte Notfallzentrum“, kurz INZ. Es besteht aus der Notaufnahme, einer kassenärztlichen Notdienstpraxis und einer zentralen Ersteinschätzungsstelle, die die Patienten in Empfang nimmt.

Atmo 07: Empfang INZ Tür quietscht, leise Stimmen, Telefon klingelt. / „INZ wie kann ich helfen?“ Leise Stimmen, „Hallo. Wie kann ich helfen?“... (unter der Sprecherin abblenden)

Sprecherin:

Das Hamburger Marienkrankenhaus. Hier haben die Klinikleitung und der Chefarzt der Notfallmedizin schon vor eineinhalb Jahren ein INZ eingerichtet. Wer als Fußgänger die Notaufnahme betritt, gelangt in einen Empfangsraum. An einem Tresen sitzen zwei medizinische Fachangestellte. Sie bewerten die Schwere des Notfalls. Dr. Michael Wüning, Chefarzt des Zentrums für Notfall- und Akutmedizin im Marienkrankenhaus schildert das Prozedere:

O-Ton 27, Dr. Michael Wüning, Marienkrankenhaus Hamburg:

Dieses Personal schätzt Sie als erstes ein. Ob Sie überhaupt in ein Krankenhaus müssen. Das machen wir mit einem Programm, das heißt „Smed Contact plus“ und ist ein Fragenkatalog, der als erstes schaut: Sind Sie auch ein dringlicher, lebensbedrohlicher Notfall? Den muss man natürlich sofort in der Notaufnahme sehen. Oder es ist ein Fall, wo wir uns nicht sicher sind, brauchen wir das Krankenhaus mit all seiner spezifischen medizinischen Ausstattung und personellen Qualifikation? Oder tut es auch der Allgemeinmediziner?

Sprecherin:

Mit Hilfe immer detaillierterer Fragen zu den Symptomen des Patienten oder der Patientin kommt dieses Ersteinschätzungsprogramm schließlich zu einer konkreten Empfehlung.

O-Ton 28, Michael Wüning:

Stellt das Programm fest, dass Sie kein Krankenhauspatient sind, dann machen wir Ihnen ein Angebot beim niedergelassenen Kollegen. Das heißt, binnen 24 Stunden bekommen Sie einen Termin bei dem Kollegen A in der BCD-Straße und wissen ganz genau: „Ach Mensch, jetzt ist 11 Uhr. Um 13 Uhr habe ich da einen Termin.“ Das macht es für Sie entspannter.

Sprecherin:

Gibt es außerhalb der Klinik keinen zeitnahen Termin, steht auch im Haus eine angegliederte Arztpraxis zur Verfügung. Dank des integrierten Notfallzentrums kamen 2022 ein Viertel weniger Patienten und Patientinnen in die Notaufnahme des Hamburger Marienkrankenhauses. Doch das Arbeitsvolumen hat nicht im gleichen Umfang abgenommen. Die Ärzte behandeln zwar weniger Patienten. Aber unter ihnen sind immer mehr, deren Beschwerden aufwändige Untersuchungen erfordern. Das heißt, für diese Kranken benötigt das medizinische Personal mehr Zeit.

O-Ton 29, Martin Möckel:

Es ist ein großer Teil von Patienten, die erstmal keine spezifische Symptomatik haben, ich würde sagen, grob unter den Nicht-Verletzungen, sondern unter den konservativen Fällen sind das 50 %, da hauptsächlich Ältere, aber nicht nur, die mit unspezifischen Symptomen kommen.

Sprecherin:

Deren Ursachen müssten abgeklärt werden, erzählt der Leiter der Notaufnahme der Charité, Professor Martin Möckel:

O-Ton 30, Martin Möckel:

Es ist so, dass die Patienten, die in die Notaufnahme kommen, komplexer und unklarer sind als das früher der Fall war. Und der Notaufnahmearzt ein sehr breites Wissen braucht, um rausfinden zu können innerhalb weniger Stunden, was ist jetzt hier eigentlich das akute Problem?

Sprecherin:

Früher sei die Situation in der Notaufnahme eine andere gewesen:

O-Ton 31, Martin Möckel:

Das klassische Narrativ der Notfallversorgung ist ja, ich habe einen Herzinfarkt, und der Kardiologe macht die Notfallversorgung. Oder ich habe einen Schlaganfall, das macht der Neurologe. Das ist auch weiterhin der Fall. Aber diese Population, die so spezifisch ist, sind nur noch so fünf bis acht Prozent aller Fälle. Und alle anderen haben eher mehrere Baustellen, brauchen ein globales Verständnis von Krankheit und Gesundheit, um dann gezielt nach einer gewissen Initialdiagnostik behandelt und dann nach Hause oder in einen speziellen Fachbereich geschickt zu werden. D.h. die Anforderungen an den Notaufnahmearzt werden immer höher.

Sprecherin:

Deshalb sieht die Reform des Gesundheitsministeriums vor, endlich einen Facharzt für Notfallmedizin einzuführen. Denn bisher absolvieren Ärzte lediglich eine zweijährige notfallmedizinische Weiterbildung als Ergänzung zu einem Facharzt für Innere Medizin oder Anästhesie beispielsweise. Einen Facharzt für Notfallmedizin gibt es in fast allen anderen europäischen Ländern schon seit Jahren.

O-Ton 32, Martin Möckel:

Einen Facharzt für Notfallmedizin halten wir, glaube ich, alle für erforderlich. Ein Spezialist, der nach fünf bis sechs Jahren bereits die Qualifikation hätte, die genau gebraucht wird, würde viel stärker auch die Möglichkeit bieten – in der personell schwierigen Lage, genug Ärzte in den Notaufnahmen zu haben – um eben 24 Stunden am Tag, sieben Tage in der Woche die Versorgung zu gewährleisten.

Sprecherin:

Wer speziell in Notfallmedizin geschult ist, hätte vor allem einen guten Überblick:

O-Ton 33, Martin Möckel:

Man braucht eigentlich auch so als Kern von einem großen Klinikum einen Ort, wo Leute sind, die letztlich erstmal alles beherrschen können und dann eben wissen, wen sie dann gezielt nach einer bestimmten initialen Diagnostik dazu rufen müssen, um notfallmäßig zu operieren, zu intervenieren oder zu entscheiden, wer auch am Wochenende auf die Station kann und dann am Montag z.B. weiter versorgt wird.

Sprecherin:

Nicht nur für Notärztinnen und Notärzte sind die Anforderungen gestiegen, sondern auch für die Pflegekräfte, die in der Notaufnahme arbeiten. Um sie besser auf ihre Aufgaben vorzubereiten, gibt es seit kurzem eine Zusatzqualifikation für Notfallpflege.

Im Marienkrankenhaus in Hamburg haben bereits viele Pflegerinnen diese Weiterbildung absolviert, ein großer Vorteil, findet Dr. Michael Wüning:

O-Ton 34, Dr. Michael Wüning:

In dieser Qualifikation steckt halt eine ganz große Bandbreite an Wissen drin, sowohl für den hochkomplexen akuten Patienten, der sofort versorgt werden muss, bis hin zu dem älteren multimorbiden Patienten, wo man sagen muss: Kommt er denn wegen *einer* Erkrankung? Oder hat er nicht noch andere Erkrankungen? Die Herzschwäche, der entgleiste Zucker, die Niereninsuffizienz? Und wir dürfen diese Patienten nicht vergessen. Oftmals sind es die, die in vielen Krankenhäusern nicht gerne gesehen werden, weil sie aufwendig in der Betreuung, aufwendig in der Diagnostik und auch aufwendig in der Zuwendung sind.

Atmo 08: INZ, Tür klappert / Hallo – Hallo – Wie kann ich Ihnen helfen? Ach so, Sie haben eine Einweisung? – Ja – Ja. – Dann dürfen Sie einmal ganz geradeaus durch (abblenden unter Sprecherin)

Sprecherin:

Im Integrierten Notfallzentrum des Marienkrankenhauses zeigt ein großer roter Pfeil auf dem grauen Flurboden in Richtung der zentralen Notaufnahme. Die medizinische Fachangestellte am Empfang schickt den Patienten in diese Richtung. Er ist nicht auf eigene Faust gekommen, sondern hat eine ärztliche Einweisung. Und dann muss die Notaufnahme ihn aufnehmen. Obwohl auch von einem Arzt eingewiesene Patienten längst nicht immer Notfälle sind, sagt Michael Wüning:

O-Ton 35, Michael Wüning:

Da gibt es den Rettungsdienst, der kommt mit Notarzt. Dann gibt es eine klare notärztliche Indikation. Ohne Notarzt ist das schon gemischter. Beim qualifizierten Krankentransport ist das oftmals so, dass es Patienten auch durchaus mit leichteren Erkrankungen sind, die aber mobilitätseingeschränkt sind. Und über diese Einschränkung bestellen die halt sich zu Hause einen qualifizierten Krankentransport. Der bringt sie in die Notaufnahme. Ähnlich verhält sich das natürlich auch mit den Einweisungen vom Hausarzt.

Sprecherin:

Für diese Fälle kann das aktuell eingesetzte Ersteinschätzungssystem nicht verwendet werden, sagt Michael Wüning. Doch er sucht nach einer Möglichkeit, künftig auch diese Patienten vorab zu checken. Denn die Notaufnahme benötigt weitere Entlastung. Für Ärztinnen und Ärzte und natürlich für die Pflegekräfte. Christian Schult hat die Pflegeleitung im Marienkrankenhaus und gerade die Zusatzqualifikation für Notfallmedizin erworben. Das INZ in seiner jetzigen Form habe ein wenig Entlastung gebracht, findet er:

O-Ton 36, Christian Schult:

Ein bisschen würde ich sagen, ja, weil Patienten das Gefühl haben, dass sie schneller gesehen werden. Im wahrsten Sinne des Wortes.

Sprecherin:

Obwohl es auch hier wie fast überall zu wenige Pflegekräfte gibt, empfindet Schult die Arbeitsdichte nicht als größte Belastung. Viel mehr machen ihm und den Kolleginnen das Verhalten mancher Patienten zu schaffen, die in der Notaufnahme länger warten müssen. Lange Wartezeiten gibt es ja trotz INZ immer noch, wenn auch seltener.

O-Ton 37, Christian Schult:

Schimpfwörter sind an der Tagesordnung. Aber wie sagt man so schön „Spiegel der Gesellschaft“? Wir sind halt eine Notaufnahme, das heißt, keine Terminierung. Und wenn man dann doch länger warten muss, dann wird man halt ein wenig angespannter. Versteht es nicht, weil andere Leute kommen früher dran, sind aber deutlich später angekommen. Sie haben aber natürlich nicht den gleichen Arzt, nicht die gleiche Dringlichkeit. Wird alles nicht gesehen. Das ist das Problem.

Sprecherin:

Solche Situationen gäbe es fast täglich. Mitunter wird es noch drastischer:

O-Ton 38, Christian Schult:

Physische Gewalt mit allem Drum und Dran zerrt an den meisten Nerven. Androhung von Gewalt in Form von Faust heben. Zum Beispiel schubsen, anspucken, beißen, treten, mit Sachen schmeißen.

Sprecherin:

Wie viele Kolleginnen und Kollegen hat auch Christian Schult ein Deeskalationstraining absolviert. Es habe ihm viel gebracht, sagt er. Dennoch wirken solche Attacken nach:

O-Ton 39, Christian Schult:

Es macht fassungslos, es macht Unverständnis, es macht Angst. Und es gab auch Konsequenzen. Es gab Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen, die genau aus diesen Gründen gegangen sind.

Sprecherin:

Eine deutliche Warnung, dass es so nicht weitergehen darf.

Doch es droht schon die nächste Belastung der Notfallmedizin. Durch ein Urteil des Bundessozialgerichts von Ende Oktober fallen bei den *hausärztlichen* Notdiensten zahlreiche sogenannte „Poolärzte“ weg, die den Notdienst oft gern übernommen haben. In Baden-Württemberg mussten wegen des akuten Personalmangels mehrere Notdienste schließen oder ihre Bereitschaftszeiten einschränken. Die Konsequenz: Die Patienten gehen stattdessen in die Notaufnahmen der Krankenhäuser. Wie sich das Urteil auf die anderen Bundesländer auswirkt, steht noch nicht fest. Es könnte sein, dass sie Anfang des neuen Jahres folgen. So sieht eine gelungene Reform der Notfallmedizin nicht aus.

Abspann SWR2 Wissen Jingle

Sprecherin:

„Notfallmedizin am Limit – Was gegen die Überlastung hilft“. Von Peggy Fuhmann.
Sprecherin: Birgit Klaus. Redaktion: Sonja Striegl.

* * * * *

Endnoten:

(1) Bundesgesundheitsministerium: Reform der Notfall- und Akutversorgung in Deutschland: Rettungsdienst

https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/3_Downloads/K/Krankenhausreform/BMG_Stellungnahme_9_Rettungsdienst_bf.pdf

(2) Bundesgesundheitsministerium: Reform der Notfall- und Akutversorgung in Deutschland: Integrierte Notfallzentren und Integrierte Leitstellen: Auch Zahlen der in Notaufnahmen 2019 (vor Corona) ambulant und stationär behandelten Patienten.

https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/3_Downloads/K/Krankenhausreform/Vierte_Stellungnahme_Regierungskommission_Notfall_LS_und_INZ.pdf

(3) Zahl der in Notaufnahmen ambulant und stationär behandelten Patienten 2022 - Hochrechnung

https://www.dgina.de/images/news/2022/ergebnisse_gesamt.pdf

(4) Studie der Universität Leipzig: Wer kommt in die Notaufnahmen?

<https://www.aerzteblatt.de/archiv/226406/Zentrale-Notaufnahme>

(5) Motive der Personen, die eigenständig die Notaufnahme aufsuchen, Studie der Charité Berlin / Zusammenfassung

<https://link.springer.com/article/10.1007/s41906-018-0424-x#article-info>

(6) Notfallversorgung und Rettungsdienst in Deutschland. Studie der Universität Maastricht 2022

<https://www.bertelsmann-stiftung.de/de/publikationen/publikation/did/notfallversorgung-rettungsdienst-in-deutschland>

* * * * *