

„... das ist da anders als das typische hausärztliche Handeln, dieses ‚abwartende Offenhalten‘, das haben wir ja nicht“

Allgemeinärzte in der Notaufnahme einer Universitätsklinik: eine qualitative Untersuchung

„This wait-and-see strategy, we don't have it here“

Family Practitioners in a University Emergency Department

Tanja Schleef, Katharina Klindtworth, Saskia Jünger, Nils Schneider, Olaf Krause

Hintergrund: Notaufnahmen in Krankenhäusern sehen sich mit steigenden Patientenzahlen konfrontiert. Die Medizinische Hochschule Hannover hat deshalb Allgemeinärzte zur Versorgung ambulanter Patienten in die Zentrale Notaufnahme (ZNA) integriert. Wie die Allgemeinärzte ihre Tätigkeit dort erleben, auch im Unterschied zur hausärztlichen Praxis, wurde bislang nicht untersucht.

Methoden: Die im Jahr 2015 in der ZNA tätigen Ärztinnen und Ärzte (n = 5) des Instituts für Allgemeinmedizin nahmen an einer Fokusgruppendifkussion (FG) teil. Die digitale Audioaufzeichnung der FG wurde transkribiert und nach dem Ansatz der „Qualitative Description“ ausgewertet. Die durch offenes Kodieren erhaltenen Codes wurden thematisch gruppiert und anschließend in einem Konsensprozess in Kategorien zusammengefasst.

Ergebnisse: Aus Sicht der Allgemeinärzte ähnelt das Krankheitsspektrum der allgemeinmedizinisch betreuten Patienten dem in der Hausarztpraxis, weist aber tendenziell mehr komplizierte Fälle auf. Zudem werden höhere Erwartungen an die Versorgung wahrgenommen. Das „abwartende Offenhalten“ kann in der ZNA nicht realisiert werden. Durch die nachrangige Dringlichkeit der allgemeinmedizinischen Patienten wird die Stellung der Allgemeinärzte innerhalb der Fachdisziplinen nicht immer gleichberechtigt erlebt. Insgesamt sehen die Allgemeinärzte ihre Tätigkeit in der ZNA als bereichernde Abwechslung zur Praxistätigkeit und schätzen die Arbeit im multiprofessionellen Team.

Schlussfolgerungen: Die Allgemeinärzte empfinden die Tätigkeit in einer universitären ZNA als berufliche Bereicherung. Allerdings fehlen entscheidende Grundprinzipien der hausärztlichen Medizin, wie Vorkenntnisse zum Patienten sowie die Möglichkeit zur Wiedervorstellung. Die Integration von Allgemeinärzten in eine universitäre Notaufnahme ist möglich und wertvoll, jedoch kein Ersatz für die hausärztliche Primärversorgung.

Schlüsselwörter: Allgemeinmedizin; Universitätsklinik; Notaufnahme; Patientenversorgung

Background: Accident and emergency departments (A&E) are facing increasing numbers of patients. At Hannover Medical School, family practitioners (FPs) have therefore been integrated in the A&E for ambulatory patient care. To date, FPs' perception of their work at the A&E has not been examined.

Methods: Five doctors from the department of family medicine working in the A&E in 2015 took part in a focus group discussion. The discussion was audiorecorded, transcribed and coded according to Qualitative Description. After open coding in a first step, the category system was developed in a consensus process.

Results: From the FPs' perspective, the disease spectrum is – apart from some more difficult cases – similar to that in family practice. Patients also have higher expectations regarding diagnostics and care. „Wait-and-see“ as a basic principle of family medicine cannot be used in A&E. Due to the lower priority of their patients, FPs do not always feel equal among the specialised disciplines in A&E. Altogether, FPs appreciate working in a field diverse from their practice, and being part of a multidisciplinary team.

Conclusions: FPs describe working at A&E as professionally rewarding. However, there is a lack of basic principles of family medicine in A&E, such as knowing one's patient and the option of follow-up consultations. The integration of FP in an A&E is possible and valuable but cannot replace the care provided in family practice.

Keywords: Family Practice; University Hospital; Accident and Emergency Department; Clinical Patient Care

Hintergrund

Notaufnahmen in Krankenhäusern sehen sich mit steigenden Patientenzahlen konfrontiert. In Deutschland werden jährliche Zuwachsraten von bis zu 8 % beobachtet, insgesamt suchen ca. 21 Mio. Patienten pro Jahr die Notaufnahmen auf. Mehr als die Hälfte aller vorstelligen Patienten kann nach Diagnostik und Erstversorgung ambulant weiterversorgt werden [1, 2].

National wie international wurde auf diese Versorgungsrealität mit der Integration von Allgemeinärzten in die Notaufnahmen reagiert [3, 4]. Erste Erhebungen zur Evaluation dieses Modells liegen für Deutschland vor. Am Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf beispielsweise konnte eine Reduktion von Behandlungskosten und eine gesteigerte Patientenzufriedenheit durch den Einsatz von Allgemeinmedizinern in der Zentralen Notaufnahme (ZNA) gezeigt werden [5]. An der Medizinischen Hochschule Hannover (MHH) sind Ärzte des Instituts für Allgemeinmedizin werktags zu den Kernzeiten (Montag bis Freitag, 10–18 Uhr) in der ZNA tätig und haben dort im Jahr 2014 insgesamt 1646 Patienten versorgt. Von diesen kamen mehr als 75 % aus eigener Initiative in die Notaufnahme, ohne zuvor einen Hausarzt aufgesucht zu haben, insgesamt über 80 % konnten ambulant belassen werden. Alle ambulanten Patienten erhalten Arztbriefe mit Empfehlungen für die weitere Behandlung; insbesondere wird die Rückführung in bzw. Anbindung an die hausärztliche Primärversorgung durch die Praxen im Einzugsgebiet der Universitätsklinik angestrebt [6].

Die Allgemeinmedizin ist auf dem Campus der deutschen Universitätskliniken bislang überwiegend nur in Forschung und Lehre vertreten. Eine Beteiligung der allgemeinmedizinischen Institute an der Patientenversorgung erfolgt vielfach indirekt (d.h. außerhalb des universitären Arbeitsverhältnisses) durch Institutsleiter und -mitarbeiter in Lehrpraxen. Die allgemeinmedizinische Beteiligung an der unmittelbaren Patientenversorgung auf dem Universitätsgelände ist jedoch die Ausnahme [4, 5] und wird kontrovers diskutiert: Einerseits wird dafür plädiert, dass weitere Universitätseinrichtungen die Patientenversorgung in den Notaufnahmen anstreben sollen, um das Fach Allgemeinmedizin an der

	Teilnehmer/innen
Anzahl	N = 5
Geschlecht	Frauen n = 3 Männer n = 2
Alter	47,8 Jahre (38–57 Jahre)
Facharzttrichtung	Fachärztinnen und Fachärzte für Allgemeinmedizin n = 3 Hausärztliche Internistinnen und Internisten n = 2
Art der Praxistätigkeit	in eigener Praxis niedergelassen n = 2 in einer Praxis angestellt n = 2 Praxistätigkeit in Form von Praxisvertretungen n = 1
Dauer der Praxistätigkeit	10,2 Jahre (1–20 Jahre)
Dauer der ZNA-Tätigkeit	10 Monate n = 2 22 Monate n = 3

Tabelle 1 Zusammensetzung der Fokusgruppe

Universität noch stärker erlebbar zu machen [4]. Andererseits herrscht Skepsis, da viele Charakteristika des Faches Allgemeinmedizin, wie die Kontinuität der Versorgung und die Kenntnis des Patienten aus einer gewachsenen Arzt-Patient-Beziehung, in einer Notaufnahme nicht gegeben sind [7].

Wie die in den Notaufnahmen eingesetzten Allgemeinärzte selbst ihre Tätigkeit sehen, wurde bislang nicht untersucht. Ziel unserer Studie ist es daher, die Tätigkeit in der ZNA mit folgenden Fragestellungen aus der Perspektive der Allgemeinärzte darzustellen:

- Wie erleben die Allgemeinärzte ihre Tätigkeit in der ZNA?
- Welche Unterschiede zwischen der Arbeit als Allgemeinarzt in der ZNA und der Tätigkeit in der (eigenen) Praxis werden wahrgenommen?

Örtlicher Kontext: Notaufnahme der Medizinischen Hochschule Hannover

Die MHH ist ein Universitätsklinikum der höchsten Versorgungsstufe, das alle medizinischen Fachdisziplinen rund um die Uhr vorhält. Das ärztliche Personal in der Zentralen Notaufnahme wurde traditionell ausschließlich von den bettenführenden Fachdisziplinen gestellt. Die MHH hat auf das zunehmende ambulante Patientenaufkommen und das Krankheitsspektrum in der ZNA reagiert, indem seit dem Jahr 2013 Allgemeinärzte (Fachärzte für Allgemeinmedizin oder hausärztliche Internisten) zusätzlich zu den anderen Fachdisziplinen in der Notaufnahme eingesetzt werden. Gegenwärtig sind dies fünf in Teilzeit an der MHH angestellte Ärzte (keine Honorartätigkeit, kein KV-Sitz). Ihre Tätigkeit beinhaltet die notwendigen Leistungen im Rahmen der gesetzlich definierten Notfall-Erstversorgung einschließlich Abklärung einer stationären Behandlungsindikation sowie Rückführung der ambulant verbleibenden Patienten in die hausärztliche Regelversorgung.

Die Zuordnung der Patienten (Triage) erfolgt durch erfahrene Pflegekräfte, wobei Patienten mit nachrangiger Behandlungsdringlichkeit der Allgemeinmedizin zugewiesen werden. In der MHH wird aktuell wegen einer Umstrukturierung im Zuge eines Neubaus der ZNA noch kein genormtes Triage-System angewandt. Die Ersteinschätzung basiert auf der klinischen Einschätzung der Pflegekraft, wobei aufgrund der Nutzung gleicher Räumlichkeiten und insgesamt kurzer Wege die diensthabenden Ärzte zur Primärsichtung der Patienten hinzugezogen werden können.

Weitere Einzelheiten zu den Rahmenbedingungen sowie Ergebnisse der Auswertungen von Routinedaten zur allgemeinmedizinischen Tätigkeit in der Notaufnahme sind an anderer Stelle veröffentlicht [6].

Methoden

Für die vorliegende Untersuchung wurde ein qualitatives Forschungsdesign gewählt. Datengrundlage ist eine Fokusgruppe mit Ärztinnen und Ärzten, die zusätzlich zu ihrer Praxistätigkeit für das

Hauptkategorie	Kategorie	Hauptkodes
1. Allgemeinärztliches Handeln in der ZNA	Handlungsbestimmende Faktoren	<ul style="list-style-type: none"> – Triage/Zuweisung der Patienten – Patienten – Fehlende Charakteristika typischen hausärztlichen Handelns – Arbeitsbedingungen und Zusammenarbeit
	Handlungsstrategien	<ul style="list-style-type: none"> – Umgang mit Erwartungen von Zuweisern und Patienten – Diagnostisches Vorgehen – Inanspruchnahme kollegialer Unterstützung – Möglichkeiten der Patientensteuerung
2. Verortung der Allgemeinmedizin im System ZNA	Stellung der Allgemeinmedizin innerhalb der ZNA	<ul style="list-style-type: none"> – Allgemeinmedizin an der Schnittstelle von ambulanter Versorgung und Krankenhaus – Erwartungen an die Allgemeinmedizin innerhalb der ZNA – Stellung allgemeinmedizinischer Patienten innerhalb der ZNA
	Selbstverständnis und Reflektion der eigenen Tätigkeit	<ul style="list-style-type: none"> – Ausgestaltung der eigenen Tätigkeit – Reflektion der eigenen Tätigkeit – Rollenambivalenz – Perspektivübernahme
3. Vergleich ZNA mit anderen allgemeinmedizinischen Tätigkeitsfeldern	Hausarztpraxis	<ul style="list-style-type: none"> – Struktur einer Hausarztpraxis – Patienten
	Kassenärztlicher Notdienst	<ul style="list-style-type: none"> – Struktur des Kassenärztlichen Notdienstes – Patienten
4. Chancen und Herausforderungen der Tätigkeit als Allgemeinarzt in der ZNA	Motivation zur Mitarbeit in der ZNA	<ul style="list-style-type: none"> – Verbundenheit mit der Hochschule – Abwechslung zur Praxistätigkeit – Mitglied eines großen Teams sein – Faible für das Setting Notaufnahme
	Auswirkungen der ZNA-Tätigkeit auf die Praxistätigkeit	<ul style="list-style-type: none"> – Positive Auswirkungen der ZNA-Tätigkeit auf die Praxistätigkeit – Negative Auswirkungen der ZNA-Tätigkeit auf die Praxistätigkeit
	Verbesserungsvorschläge	<ul style="list-style-type: none"> – Information – Fortbildung – Ausstattung – Standards

Tabelle 2 Übersicht der Kategorien

Institut für Allgemeinmedizin in der ZNA der MHH tätig sind (Tab. 1).

Unter einer Fokusgruppe versteht man ein moderiertes Gruppendiskussionsverfahren zur Erhebung von subjektiven Sichtweisen und Erfahrungen sowohl einzelner Personen als auch, aufgrund der Gruppendynamik, zur Erfassung kollektiver Meinungen und Einschätzungen [8, 9]. Sie liefert mit vergleichsweise geringem personellen und zeitlichen Aufwand vielfältige Informationen zu komplexen oder wenig erforschten Sachverhalten [10, 11].

Durchführung

Alle im Jahr 2015 für das Institut für Allgemeinmedizin in der ZNA tätigen Ärztinnen und Ärzte wurden um die Teilnahme an einer Fokusgruppendifkussion (FG) gebeten und stimmten nach Aufklärung über Art und Zweck der Erhebung der Teilnahme sowie der digitalen Audioaufnahme zu. Basierend auf den zentralen Fragestellungen wurde ein teilstrukturierter Leitfaden mit folgenden The-

menbereichen eingesetzt: Patienten, Diagnostik und Behandlung, Zusammenarbeit mit anderen Fachdisziplinen und Professionen sowie Sicht auf die eigene Arbeit. Die FG wurde von zwei in qualitativer Sozialforschung erfahrenen Mitarbeiterinnen (TS und KK) moderiert. Sie fand im Juli 2015 in den Räumen des Instituts für Allgemeinmedizin der MHH statt und dauerte 107 Minuten.

Auswertung

Die Audioaufnahme der FG wurde in Anlehnung an die Transkriptionsregeln nach Kuckartz [12] verschriftlicht. Die Auswertung erfolgte nach dem Ansatz der „Qualitative Description“ (QD) softwaregestützt mittels MaxQDA 11. QD ist eine kategorienbasierte Analyseverfahren für wenig bis moderat strukturierte, offene Erhebungsformate wie Interviews oder Gruppendiskussionsverfahren. Sie bleibt nah an den Daten und liefert eine deskriptive inhaltliche Zusammenfassung [13, 14]. Hierfür werden im ersten Schritt alle aussagekräftigen Textstellen

identifiziert und offen kodiert. Die aus dem Material gebildeten Codes werden verglichen, thematisch gruppiert und schließlich in den nächsten Schritten in Hauptkodes, Kategorien und Hauptkategorien zusammengefasst [14].

Das Datenmaterial wurde initial von der Erstautorin kodiert und im Rahmen eines interdisziplinären Forschungsteams ausgewertet. Die endgültigen Codes und Kategorien wurden in einem Prozess der Konsensfindung entwickelt.

Ergebnisse

Die Fokusgruppe setzte sich aus fünf Allgemeinärzten zusammen (Tab. 1). Die Ärzte kennen einander, arbeiten jedoch nicht zusammen, da sich ihre Dienstzeiten in der ZNA nicht überschneiden.

Kategorien

Es wurden vier Hauptkategorien ermittelt, dargestellt mit den zugehörigen Kategorien und Hauptkodes in Tabelle 2.

Die ersten beiden Hauptkategorien „Allgemeinärztliches Handeln in der ZNA“ und „Verortung der Allgemeinmedizin im System ZNA“ stellten die zentralen Diskussionsthemen dar, daher werden diese nachfolgend ausführlicher beschrieben.

Allgemeinärztliches Handeln in der ZNA

Das Krankheitsspektrum der allgemeinmedizinisch betreuten Patienten in der ZNA wird dem einer Hausarztpraxis in der Breite ähnlich eingeschätzt, jedoch mit tendenziell mehr komplizierten Fällen darunter; zudem wurden hohe Erwartungen aufseiten der Patienten beschrieben: Zur Lösung ihrer Gesundheitsprobleme soll eine umfangreiche Diagnostik erfolgen und es sollen möglichst alle Fachdisziplinen hinzugezogen werden, falls nötig auch im Rahmen einer stationären Aufnahme.

„In der Notaufnahme ist es in der Tat so, die Erwartung ist da, dass dann aber auch wirklich alles gemacht wird. Und dass man mit einer festen Diagnose geht.“

Dieser Erwartungshaltung begegnen die Ärzte mit einer ausführlichen Anamnese und umfangreichen Erläuterungen, vor allem hinsichtlich der Möglichkeiten des weiteren Vorgehens in der ambulanten Versorgung.

Die fehlende vorbestehende Kenntnis des Patienten, verbunden mit der nicht vorhandenen Möglichkeit, diesen wie in der Hausarztpraxis erneut einbestellen zu können, werden als handlungsleitend empfunden und bestimmen das Ausmaß diagnostischer Maßnahmen mit. Die Ärzte sind in ihrem Vorgehen und in ihren Entscheidungen vorsichtiger und ordnen im Zweifel mehr Diagnostik – insbesondere Laborkontrollen – an, als sie es bei bekannten Patienten ihrer Praxis tun würden. Die Sicherheit der Patienten, aber auch das eigene Sicherheitsbedürfnis, steht dabei im Vordergrund.

„... das ist da anders als das typische hausärztliche Handeln, dieses ‚abwartende Offenhalten‘, das haben wir ja nicht“.

„Das Annähern an die Patienten ist hier gleich, aber was danach kommt, ist eben anders. Und das, glaube ich, motiviert zu etwas mehr Handeln, weil ich ja nicht sagen kann: Kommen Sie morgen wieder“.

Die Einschätzung, wie kurzfristig eine Rückführung bzw. Anbindung des Patien-

ten an den Hausarzt gelingen kann und wie schnell diagnostische Leistungen in der ambulanten Versorgung zur Verfügung stehen können, fließt ebenfalls in die Entscheidung zu diagnostischen Maßnahmen innerhalb der ZNA ein.

Die Zusammenarbeit mit anderen Fachdisziplinen und Professionen wird unterschiedlich wahrgenommen. Teil eines Teams zu sein und die Möglichkeit, bei Unklarheiten immer jemanden fragen zu können, wird sehr geschätzt. Die konkrete Zusammenarbeit im Behandlungsverlauf eines Patienten ist jedoch teilweise unbefriedigend: Erforderliche Konsultationen weiterer Fachdisziplinen benötigen viel Zeit, eine stationäre Aufnahme von primär den Allgemeinärzten zugewiesenen Patienten durch eine bettenführende Abteilung (wie Innere Medizin) ist manchmal problematisch. Auch die Delegation von Aufgaben an das Pflegepersonal kann schwierig sein. Dies wird allerdings weniger einem Mangel an Kollegialität, sondern eher dem hohen Patientenaufkommen zugeschrieben.

Verortung der Allgemeinmedizin im System ZNA

Die Allgemeinärzte haben den Eindruck, dass allein durch die von den Pflegekräften vorgenommene Triage zur Allgemeinmedizin ihre Patienten als „leichte“, nicht unbedingt in die Notaufnahme gehörige Fälle betrachtet werden. Aufgrund der zugeschriebenen nachrangigen Dringlichkeit ihrer Patienten empfinden die Ärzte ihre Stellung in der ZNA im Vergleich zu den anderen Fachdisziplinen nicht immer gleichberechtigt und es ist zum Teil schwierig, bei Bedarf zügig Unterstützung zu bekommen.

„Das ist dann so, dass man schon manchmal das Gefühl hat, man ist so ein bisschen Personal der zweiten Klasse.“

Von den Patienten wie auch von niedergelassenen Ärzten wird die Allgemeinmedizin als eigenständige Disziplin innerhalb der ZNA kaum wahrgenommen. Wenn doch, dann gilt es, den Patienten das Gefühl zu geben, ernst genommen zu werden, obwohl sie entgegen ihren Erwartungen nicht von einem Fachspezialisten (bspw. einem Neurologen) behandelt werden.

„Wenn die Patienten vom Hausarzt kommen und beim Hausarzt landen, finde

ich es manchmal schwierig, die Balance zu kriegen, dass sie sich nicht veräppelt fühlen“.

Vergleich ZNA mit anderen allgemeinmedizinischen Tätigkeitsfeldern

Die größten Unterschiede zur Hausarztpraxis werden in der Organisationsstruktur sowie bei den Patienten gesehen. In der Praxis sind die Abläufe besser durchorganisiert, viele Aufgaben werden delegiert, die Termintaktung ist hoch. Die Patienten einer Praxis sind bekannt und daher für den Hausarzt besser einschätzbar. Die Erkrankungen werden leichter als in der ZNA eingestuft, zudem ist die Erwartungshaltung der Patienten in der Hausarztpraxis anders. Bei leichteren, unklaren Krankheitsverläufen zunächst abzuwarten und gegebenenfalls wiederzukommen, wird von den Patienten in der Praxis eher akzeptiert als in der Notaufnahme.

Chancen und Herausforderungen der Tätigkeit als Allgemeinarzt in der ZNA

Die Motivation zur Mitarbeit in der ZNA erwächst vor allem aus dem engen Kontakt zu anderen Fachdisziplinen, aus dem lebendigen, kollegialen Austausch und wird als bereichernde Abwechslung zur Praxisarbeit erlebt. Auch die „Einmaligkeit“ des Arzt-Patienten-Kontakts wird positiv bewertet. Es ist entlastend, die Verantwortung für komplexe und schwierige Fälle, im Gegensatz zur Praxis, wieder abgeben zu können.

„Wenn man viele von denen hat, die einen belasten mit [...] ihren Krankheiten, weil man einfach nicht ständig jede Woche einen Totenschein ausstellen möchte, dann ist es in der Praxis wirklich manchmal nicht gut auszuhalten. Und hier in der Notaufnahme werde ich nie einen Totenschein ausstellen. Das finde ich schon mal echt gut!“

Eine Teilnehmerin, deren Praxis in unmittelbarer Nähe zur MHH liegt, sieht die räumliche Nähe als Standortnachteil und äußert – trotz großer Freude an der ZNA-Tätigkeit – die Sorge, dass die Praxis darunter leiden könnte.

„Wenn die [meine Patienten] mich hier sehen, das schafft totale Verwirrung. Und das schwächt mein Standing in der Praxis erheblich! Weil die denken, ich bin nicht mehr da in der Praxis.“

Diskussion

Ein wichtiges Ergebnis dieser Studie ist die – aus Sicht der Ärzte – hohe Erwartungshaltung der Patienten, die eine universitäre Notaufnahme besuchen. Sie äußern vielfach den Wunsch, direkt einem Fachspezialisten vorgestellt zu werden; ebenso verlangen sie das Ausschöpfen der vorhandenen diagnostischen Möglichkeiten. In der Hausarztpraxis hingegen ist es für Patienten verständlich, sich gegebenenfalls noch einmal vorzustellen und eine erneute klinische Beurteilung durch den Hausarzt vornehmen zu lassen. Die schnelle Verfügbarkeit von Laborleistungen, Sonografien und Röntgenuntersuchungen in Kombination mit dem Arzt bisher unbekanntem Patienten begünstigt hingegen im Zweifelsfall die Durchführung zusätzlicher Diagnostik, auf die man in der Praxis verzichtet. In der ZNA gibt es keine auf Dauer angelegte Arzt-Patient-Beziehung und keine erlebte Anamnese. Das „abwartende Offenhalten“, ein Grundprinzip der hausärztlichen Tätigkeit, funktioniert daher hier nicht wie gewohnt und wird von den beteiligten Allgemeinärzten vermisst.

Die Organisation einer ZNA wird als sehr gegensätzlich zur Hausarztpraxis erlebt. In der Praxis sind alle Arbeitsabläufe auf den Arzt zugeschnitten, während in einer ZNA die Pflegekräfte beispielsweise allen Fachrichtungen as-

Tanja Schleef ...



... ist Dipl.-Medizin-Pädagogin und Gesundheitswissenschaftlerin (MPH); seit 2009 Mitarbeiterin am Institut für Allgemeinmedizin der Medizinischen Hochschule Hannover.

sistieren. Dennoch schätzen die Allgemeinärzte das Mitwirken im bestehenden Setting aus Pflegekräften und Ärzten verschiedener bettenführender Spezialdisziplinen, die Mitarbeit wird als abwechslungsreich mit der Möglichkeit zum kollegialen Austausch erlebt.

Schlussfolgerungen

Insgesamt sind die Allgemeinärzte zufrieden mit ihrer Tätigkeit in der ZNA und erleben diese als berufliche Bereicherung. Die Integration von Allgemeinärzten in eine universitäre Notaufnahme ist demnach aus der Perspektive der beteiligten Ärzte wertvoll und realisierbar, wenn gleich wesentliche Arbeitsgrundlagen der hausärztlichen Tätigkeit fehlen. Allgemeinmedizin in der Notaufnahme ist kein Ersatz für die hausärztliche Primärversorgung und keine Verlagerung von Hausarztmedizin an ein Klinikum, son-

dern eine Reaktion auf die Versorgungsrealität mit zunehmenden Zahlen von Patienten mit typischerweise allgemeinärztlich zu behandelnden Beschwerden, die eigenständig auch während der Praxisöffnungszeiten die Notaufnahmen aufsuchen. Die Motive der Patienten und Fragen der Patientensteuerung in der kassenärztlichen Versorgung werden Gegenstand weiterer Untersuchungen sein.

Interessenkonflikte: Der Letztautor ist ärztlich in der Zentralen Notaufnahme der MHH tätig. Die anderen Autoren haben keine Interessenkonflikte angegeben.

Korrespondenzadresse

Dipl.-Med. Päd. Tanja Schleef, MPH
 Institut für Allgemeinmedizin
 Carl-Neuberg-Straße 1
 30625 Hannover
 Tel.: 0511 532-5855
 schleef.tanja@mh-hannover.de

Literatur

- Schöpke T, Plappert T. Kennzahlen von Notaufnahmen in Deutschland. Notfall Rettungsmed 2011; 14: 371–378
- Fleischmann T. Wege aus der Notaufnahme – wann ambulant, stationär oder intensiv? Klinikarzt 2009; 38: 26–30
- Khangura JK, Flodgren G, Perera R, Rowe BH, Shepperd S. Primary care professionals providing non-urgent care in hospital emergency departments. Cochrane Database Syst Rev. 2012; 11. CD002097
- Lohnstein M. Patientenversorgung an allgemeinmedizinischen Universitätsabteilungen – Ist-Zustand und Ausblick. Z Allg Med 2015; 91: 405–407
- Scherer M, Boczor S, Weinberg J, Kaduszkiewicz H, Mayer-Runge U, Wagner HO. Allgemeinmedizin in einer Universitätsklinik – Ergebnisse eines Pilotprojekts. Z Allg Med 2014; 90: 165–173
- Schleef T, Schneider N, Tecklenburg A, Junius-Walker U, Krause O. Allgemeinmedizin in einer universitären Notaufnahme – Konzept, Umsetzung und Evaluation. Gesundheitswesen 2016 (im Druck); DOI 10.1055/s-0042-100730
- Abholz H. Leserbrief. Z Allg Med 2015; 91: 474
- Schreier M. Qualitative Erhebungsmethoden. In: Hussy W, Schreier M, Echterhoff G (Hrsg.). Forschungsmethoden, 2. Aufl. Berlin: Springer, 2013: 222–244
- Bohnsack R. Gruppendiskussion. In: Flick U, Kardorff E, Steinke I (Hrsg.). Qualitative Forschung. Ein Handbuch, Reinbek: Rowohlt, 2004: 369–384
- Pelz C, Schmitt A, Meis M. Knowledge Mapping als Methode zur Auswertung und Ergebnispräsentation von Fokusgruppen in der Markt- und Evaluationsforschung. FQS 2004; 5: 35
- Tausch A, Menold N. Methodische Aspekte der Durchführung von Fokusgruppen in der Gesundheitsforschung. GESIS – Leibniz-Institut für Sozialwissenschaften 2015. www.gesis.org/fileadmin/upload/forschung/publikationen/gesis_reihen/gesis_papers/GESIS-Papers_2015–12.pdf (letzter Zugriff am 18.12.2015)
- Kuckartz U. Qualitative Inhaltsanalyse. Methoden, Praxis, Computerunterstützung, Weinheim: Beltz Juventa, 2012
- Sandelowski M. Whatever happened to qualitative description? Res Nurs Health 2000; 23: 334–40
- Weibull A, Olesen F, Neergaard MA. Caregivers' active role in palliative home care – to encourage or to dissuade? A qualitative descriptive study. BMC Palliative Care 2008; 7: 15