

Herausforderungen akutmedizinischer Versorgung im urbanen Setting aus Sicht verschiedener Fachdisziplinen: Qualitative Studie

Challenges of Acute Care in the Urban Setting from an Interdisciplinary Perspective: Qualitative Study

Sarah Oslislo¹, Christoph Heintze¹, Martin Möckel^{2,3}, Felix Holzinger¹

Hintergrund

Die Notfall- und Akutversorgung in Deutschland sieht sich derzeit mit zahlreichen Herausforderungen konfrontiert, u.a. steigt die patientenseitige Inanspruchnahme von Notaufnahmen. Von politischer Seite werden Maßnahmen zur verbesserten Steuerung eingeleitet bzw. sind geplant. Zur detaillierten interdisziplinären Betrachtung der aktuellen Herausforderungen akutmedizinischer Versorgung wurden Fokusgruppendifkussionen im Rahmen der EMACROSS-Studie durchgeführt.

Methode

Zwei interdisziplinäre Fokusgruppen mit insgesamt zehn Teilnehmern (Hausärzte, niedergelassene Pneumologen und in Notaufnahmen tätige Ärzte); die Diskussionen wurden mit einem semi-strukturierten Leitfaden geführt und mithilfe der qualitativen Inhaltsanalyse ausgewertet.

Ergebnisse

Die Kommunikation innerhalb der ambulanten Versorgung sowie zwischen den Sektoren wurde als problembehaftet dargestellt. Die Teilnehmer kritisierten u.a. die geringe Berufserfahrung von in Notaufnahmen tätigen Ärzten sowie die Vorstellung nicht-dringlicher Patienten durch niedergelassene Kollegen. Das Fehlen zeitnaher ambulanter Termine wurde als mögliche Ursache potenziell vermeidbarer Einweisungen gesehen. Hinsichtlich der Patientenseite wurde eine unzureichende Fähigkeit zur Symptomeinordnung beschrieben, welche durch Online-Quellen potenziell weiter verschärft werden könne. Nach der Meinung von Teilnehmern fehle Patienten ferner häufig das Bewusstsein für durch eine Inanspruchnahme entstehende Kosten.

Schlussfolgerungen

Die Fokusgruppendifkussionen zeichnen ein komplexes Bild der aktuellen Problemfelder und Herausforderungen in der Akutversorgung. Insbesondere den Schnittstellen zwischen den Sektoren sowie innerhalb der ambulanten Versorgung scheint hierbei eine besondere Bedeutung zuzukommen. Angesichts uneinheitlicher wissenschaftlicher Evidenz bleibt abzuwarten, wie sich politische Maßnahmen zur Patientensteuerung auswirken werden.

Schlüsselwörter

Notaufnahme; Versorgungsforschung; Qualitative Forschung; interdisziplinär; Fokusgruppe

Background

Emergency and acute care in Germany is currently faced with numerous challenges, including a rising patient-initiated utilization of hospital emergency departments. A variety of health policy measures aimed at better steering have been initiated or are planned for the near future. In order to evaluate the current challenges of acute care in detail from an interdisciplinary perspective, focus group discussions were conducted as part of the EMACROSS study.

Methods

Two interdisciplinary focus groups with a total of 10 participants (family physicians, ambulatory pulmonologists and physicians working in emergency departments); discussions were guided by a semi-structured interview guideline; qualitative content analysis was performed on the material.

Results

Communication within ambulatory care as well as between sectors was depicted as fraught with problems. Issues critically thematized by the participants included a lack of professional experience of physicians working in emergency departments as well as referrals of non-urgent patients by ambulatory care providers. A shortage of timely appointments was seen as a possible driver of potentially preventable referrals. With regard to patients, a deficient capacity to judge symptoms adequately was depicted; this could potentially be aggravated by online content. In the view of discussion participants, patients also frequently lack awareness of the costs associated with their utilization.

Conclusions

The focus group discussions paint a complex and multi-faceted picture concerning the current problem areas and challenges of acute care. Intra- and inter-sectoral thresholds appear to be of special importance in this context. In the light of heterogeneous scientific evidence, the effects of current political measures for patient steering remain to be seen.

Keywords

emergency department; health care services research; qualitative research; interdisciplinary; focus group

¹ Charité – Universitätsmedizin Berlin, Institut für Allgemeinmedizin

² Charité – Universitätsmedizin Berlin, Arbeitsbereich Notfallmedizin/Rettenngsstellen, Campus Virchow Klinikum und Campus Charité Mitte

³ James Cook University, The College of Public Health, Medical and Veterinary Sciences, Townsville, QLD, Australien

Peer reviewed article eingereicht: 03.03.2020, akzeptiert: 25.05.2020

DOI 10.3238/zfa.2020.0394-0399

Hintergrund

Die Notfallversorgung in Deutschland steht im Zentrum der aktuellen gesundheitspolitischen Diskussion. Insbesondere die patientengesteuerte Inanspruchnahme von Notfallleistungen (z.B. Krankenhaus-Notaufnahmen) stellt das Versorgungssystem vor Herausforderungen [1]. Ursachen des Aufsuchens von Notaufnahmen in weniger dringlichen Fällen wurde in der Vergangenheit wiederholt untersucht [2–5], diskutiert werden in diesem Zusammenhang neben Convenience-Faktoren [6] vor allem ein hohes subjektives Dringlichkeitsempfinden bei Patienten sowie strukturell-organisatorische Probleme (z.B. Terminverfügbarkeit, Praxisöffnungszeiten) in der ambulanten Versorgung [3, 5–7]. Bezogen auf den deutschen Versorgungskontext steht zudem die ausgeprägte Sektorentrennung zwischen ambulantem und stationärem Bereich mit daraus resultierenden Schnittstellenproblemen (z.B. bei Klinikeinweisungen) immer wieder im Fokus der Kritik [1, 8]. Bisherige Maßnahmen zur verbesserten Lenkung umfassen u.a. die Einrichtung von Portal-, Notdienst- oder Anlaufpraxen sowie den Ausbau der vertragsärztlichen Angebote der Notfallversorgung. Von politischer Seite geplant ist zudem eine strukturelle Neuausrichtung des Versorgungssystems mit gemeinsamer Notdienstleitstelle (GNL), dem Rettungsdienst als eigenständigem medizinischem Leistungsbereich und integrierten Notfallzentren (INZ). Vor dem Hintergrund dieser Diskussion war es das Ziel dieser Fokusgruppenstudie, die aktuellen Herausforderungen der sektorenübergreifenden Notfallversorgung aus ärztlicher Perspektive zu beleuchten und dabei alle wichtigen Fachgruppen zu berücksichtigen. Ärztliche Leistungserbringer haben Kontakt mit einer Vielzahl von Patienten und erfahren viel über deren medizinische und soziale Situation sowie über deren Entscheidungsprozesse. Sie erleben außerdem die Auswirkungen von Veränderungen über die Zeit, sei es bezogen auf die patientenseitige Inanspruchnahme oder auf die Effekte organisatorischer Neuregelungen. Exemplarisch wurde die Diskussion auf respiratori-

sche Beschwerden und Erkrankungen fokussiert, die sowohl in der Hausarztpraxis als auch in der Notaufnahme sehr häufig zu Konsultationen führen [9].

Methoden

Die Fokusgruppen wurden im Rahmen der Mixed-Methods-Studie EMACROSS durchgeführt (Teilprojekt des Berliner Versorgungsforschungsnetzwerkes EMANet) [10]. Ein entsprechendes Ethikvotum (EA1/361/16) liegt vor. Die Studie wird in Anlehnung an die COREQ-Kriterien berichtet [11].

Studiendesign und Zielgruppe

Zur Berücksichtigung und Integration verschiedener Sichtweisen auf die medizinische Notfallversorgung respiratorischer Erkrankungen wurde ein qualitativer Forschungszugang mit Fokusgruppen gewählt. Im Vergleich zu Einzelinterviews sind Fokusgruppen aufgrund des kollektiven Wissensbestandes leistungsfähiger und die Aussagen unterliegen durch den Diskussionsprozess einer internen Reflexion, was für die Forschungsthematik als vorteilhaft erachtet wurde [12]. Die Zielgruppe umfasste die wesentlichen an der Versorgung beteiligten Fachgruppen (Hausärzte, Pneumologen und in Notaufnahmen tätige Ärzte), da besonderes Augenmerk auf eine interdisziplinäre Perspektive gelegt werden sollte.

Rekrutierung

Der Kontakt zu den Hausärzten erfolgte über das Forschungspraxenetzwerk des Instituts für Allgemeinmedizin. Niedergelassene Pneumologen wurden über die Website der KV Berlin identifiziert, in der Notaufnahme tätige Ärzte über EMANet rekrutiert. Der Kontakt erfolgte per E-Mail. Den Ärzten aus dem stationären Bereich waren die Strukturen und Ziele des EMACROSS-Projekts sowie das Forschungsteam teilweise bekannt, die niedergelassenen Kollegen wurden im Einladungsschreiben über die Studie informiert. Rückschlüsse über mögliche Gründe für eine Nichtteilnahme sind nicht möglich, da vom Gesamtpool angeschriebener Ärzte nur die teilnahmebereiten Kollegen eine Rückmeldung gaben.

Da die Rekrutierung interdisziplinärer ärztlicher Teilnehmer angesichts der beschränkten zeitlichen Ressourcen der Zielgruppe häufig schwierig ist, wurde auf eine Selektion nach theoretischen Samplingkriterien verzichtet, es bestanden keine weiteren Ein- oder Ausschlusskriterien. Vorausgesetzt wurde jedoch die Anwesenheit aller drei Fachgruppen bei jedem Termin, da Interdisziplinarität als Grundlage für eine umfassende Reflektion der Thematik erachtet wurde.

Erhebung

Die Fokusgruppen fanden im März und April 2019 in Räumlichkeiten der Charité statt. Die Erfassung von Charakteristika und das schriftliche Einverständnis der Teilnehmer erfolgten im Vorfeld. Die Fokusgruppen wurden mit einem semi-strukturierten Leitfaden geführt. Der Leitfaden diente zum Anstoß unterschiedlicher Themen und Fragestellungen sowie als Gerüst für den Ablauf des Diskussionsprozesses, sollte jedoch nicht die Dynamik der Diskussion zu stark begrenzen und den Teilnehmern die Möglichkeit bieten, eigene thematische Impulse zu setzen und sich auszutauschen [13]. Nach einer einleitenden Erläuterung von Ablauf und Hintergrund der Diskussion wurden zur Gesprächsanregung zwei kontrastierende fiktive Fallvignetten zu potenziellen Patienten in der Notaufnahme vorgestellt. Auf diese bauten Nachfragen zur Angemessenheit der Inanspruchnahme von Notaufnahmen („Stellen sich die „falschen“ Patienten in der Notaufnahme vor?“) und aktuellen Herausforderungen in der Akutmedizin („Was sind die drängendsten Probleme in der Notfallversorgung?“) auf. Im weiteren Verlauf wurden Zwischenergebnisse der EMACROSS-Studie in die Diskussion eingebracht, woraufhin ein Austausch zu bestimmten sich daraus ergebenden Schwerpunkten erfolgte. Den Teilnehmern wurden basierend auf den Daten unterschiedliche Thesen präsentiert, die dann diskutiert wurden. Die Thesen waren z.B.: „Respiratorische Notaufnahmepatienten empfinden sich als echte Notfälle“ oder „Bequemlichkeit der Patienten spielt eine eher geringe Rolle“. Bei

der Moderation wurde Wert daraufgelegt, Punkte ausführlicher zu diskutieren, die nicht bereits bei der Diskussion der Fallvignetten thematisiert worden waren. Die Fokusgruppen wurden audiodigital aufgezeichnet. Die Teilnehmer erhielten eine Aufwandsentschädigung von 75 Euro.

Die Moderatoren aus dem Institut für Allgemeinmedizin (SO, Gesundheitswissenschaftlerin und FH, Allgemeinmediziner; beide verfügen über qualitative Forschungserfahrung aus mehreren Projekten bzw. Studienmodulen; SO promoviert im Rahmen von EMACROSS) regten die Diskussion durch Fragen und Stimuli an und lenkten diese bei Bedarf auf das eigentliche Forschungsthema zurück, hielten sich aber in der aktiven Diskussion im Hintergrund, um den Teilnehmern einen ungestörten Austausch und die Artikulation eigener Sichtweisen zu ermöglichen. SO und FH moderierten abwechselnd bzw. protokollierten die Reihenfolge der Sprechenden sowie eventuelle Besonderheiten im Diskussionsablauf. Bei einem der Termine war neben den Moderatoren und Teilnehmern noch eine studentische Mitarbeiterin anwesend.

Auswertung

Die Fokusgruppen wurden transkribiert und pseudonymisiert. Die Auswertung erfolgte mittels qualitativer Inhaltsanalyse nach Mayring [14] in MAXQDA. Das Grundgerüst des Kategoriensystems wurde zunächst deduktiv aus dem Leitfadensystem abgeleitet und anhand des Textmaterials zusätzlich um induktive Unter- und Oberkategorien ergänzt. Für eine eindeutige Zuordnung der Textstellen wurden Ober- und Unterkategorien definiert und mit Ankerzitaten veranschaulicht. Die Codierung wurde von SO im kontinuierlichen Austausch mit FH durchgeführt, dabei wurden die deduktiven Kategorien gemeinsam erstellt und im Verlauf ergänzte induktiv gebildete Kategorien im Team diskutiert.

Ergebnisse

Teilnehmer

Die Rekrutierung der beiden Fokusgruppen erfolgte im Januar bzw. März

2019. Insgesamt konnten zwölf interessierte Ärzte gewonnen werden, aufgrund zweier kurzfristiger Absagen ergaben sich schließlich sechs Teilnehmer für die erste (FG1–FG 6) und vier Teilnehmer für die zweite Diskussionsrunde (FG7–FG10). Es nahmen vier männliche und sechs weibliche Ärzte teil. Das mittlere Alter lag bei ca. 47 Jahren und die fachärztliche Berufserfahrung bei etwa 15 Jahren. Fünf Teilnehmer waren Hausärzte, zwei waren Pneumologen und insgesamt drei waren in den Notaufnahmen zweier unterschiedlicher Kliniken tätig. Die Gruppendiskussionen dauerten jeweils 80 bzw. 70 Minuten.

Die anhand des Textmaterials der beiden Fokusgruppensitzungen identifizierten Herausforderungen in der akutmedizinischen Versorgung betreffen drei zentrale Aspekte: Kommunikation, Leistungserbringer in der Notfallversorgung sowie Patienten.

Kommunikation

Als eine zentrale Herausforderung der Notfallversorgung sahen die Befragten vor allem fehlende Kommunikationsstrukturen. Insbesondere der Informationsaustausch an der Schnittstelle zwischen ambulanten und stationärem Bereich, aber auch der Austausch von spezialfachärztlichen Versorgern mit Hausärzten wurde als häufig unbefriedigend geschildert. Als ungünstige Einflussfaktoren wurden das hohe Patientenaufkommen mit daraus resultierendem Zeitmangel in allen beteiligten Versorgungsektoren sowie die häufig wechselnden Zuständigkeiten (z.B. aufgrund von Schichtbetrieb und Personalfluktuation) im stationären Bereich problematisiert (Textkasten).

Leistungserbringer in der Notfallversorgung

Nach mehrheitlicher Meinung der Teilnehmer begünstigen medizinisch weniger dringliche Patienten, die auf eigene Initiative die Notaufnahmen aufsuchen, einen inadäquaten Ressourcenverbrauch. Als die patientenseitige Nachfrage begünstigender Faktor wurde die ständige und direkte Verfügbarkeit der Notaufnahme diskutiert. Besondere Herausforderungen für Notaufnahmen sahen die

Teilnehmer, gerade bei über vergleichsweise wenig Berufserfahrung verfügendem ärztlichen Personal. Zudem wurden die regelmäßig langen und für Patienten potenziell strapaziösen Wartezeiten in Notaufnahmen problematisiert.

Als bedeutsam wurden vor allem auch organisatorische Aspekte der ambulanten Versorgung diskutiert, so beispielsweise Einweisungen nicht-dringlicher Patienten durch einzelne niedergelassene Ärzte. Vonseiten teilnehmender Hausärzte wurde vor diesem Hintergrund die mangelnde Verfügbarkeit zeitnaher Termine bei spezialistischen Fachärzten thematisiert, die Einweisungen mangels Alternative ggf. befördern kann (Textkasten).

Patienten

Die Teilnehmer kritisierten vor allem die selbstverständliche Inanspruchnahme von Notaufnahmen und berichteten teilweise von einem erlebten Missbrauch der Strukturen bei fehlendem Bewusstsein für die entstandenen Kosten. Bei der Diskussion von Ursachen benannten die Diskutanten eine falsche Einordnung gesundheitlicher Beschwerden, dabei wurden Defizite in der Gesundheitsbildung und die Rolle des Internets als Informationsquelle kritisch diskutiert. Aus Sicht einiger Diskussions Teilnehmer unterschätzen Patienten außerdem häufig die Kompetenz von Hausärzten (Textkasten).

Diskussion

Zentrale Herausforderungen in der akutmedizinischen Versorgung bestehen nach Meinung der Fokusgruppenteilnehmer bei der Kommunikation zwischen und innerhalb der Versorgungsektoren sowie bei der Terminverfügbarkeit im ambulanten Bereich. Zusätzlich werden patientenseitige Defizite bei der adäquaten Einordnung von Symptomen und Gesundheitsinformation gesehen.

Probleme hinsichtlich der Kommunikation an der ambulanten-stationären Schnittstelle sind nicht spezifisch für den Kontext des deutschen Gesundheitswesens: in internationalen Studien aus verschiedenen Settings wurden eine Unzufriedenheit von Hausärzten bezüglich der Kommunikation mit Krankenhausper-

sonal beschrieben [15]. Bezogen auf die deutsche Versorgungssituation zeigte eine Untersuchung der Qualitätsverbesserungskommission der KV Berlin, dass auch für Krankenhausärzte dieses Problem zentral ist; in diesem Kontext wurde beispielsweise die

Information (z.B. über Medikation) durch einweisende Ärzte als häufig nicht ausreichend bewertet, was die Patientenversorgung beeinträchtigen oder gar gefährden kann [16].

Die Diskutanten sahen jedoch nicht nur die Kommunikation zwi-

schen den Sektoren, sondern auch innerhalb der ambulanten Versorgung als problembehaftet an. Dass sich sowohl Hausärzte als auch Ärzte anderer Fachrichtungen wechselseitig schlecht informiert fühlen, ist ebenfalls aus unterschiedlichen Settings vergleichbar beschrieben [17], was analog für die potenziell deletären Konsequenzen mangelhafter Kommunikation zutrifft.

Die Inanspruchnahme von Notaufnahmen durch Patienten mit nicht-dringlichem Behandlungsbedarf kann eine Überlastung ärztlichen Notaufnahmepersonals zur Folge haben. So berichten insbesondere Berufsanfänger über zunehmende Überforderung im klinischen Alltag [18]. Die von den Teilnehmern kritisch angemerkte geringe Erfahrung dieser Gruppe wird durch eine Umfrage der DGINA bestätigt, in welcher 41 % der assistenzärztlichen Vollzeitkräfte in Notaufnahmen angaben, über weniger als zwei Jahre Berufserfahrung zu verfügen [19].

Die Problematik von medizinisch nicht gerechtfertigten Einweisungen nicht-dringlicher Patienten durch niedergelassene Ärzte wurde in den Diskussionen ebenfalls angesprochen. Schöpke und Plappert [8] sehen in diesem Phänomen einen Indikator für die Beurteilung der regionalen Strukturqualität. Aus der Diskussion ergab sich hier insbesondere die fehlende Möglichkeit zeitnaher ambulanter Termine als potenzieller Faktor, der zu eigentlich vermeidbaren Klinikeinweisungen beitragen kann, insbesondere vor dem Hintergrund einer Sättigung des ambulanten Bereiches mit langen Wartezeiten und langfristigen Terminvergaben [2]. Im internationalen Vergleich lässt die Terminverfügbarkeit in deutschen Arztpraxen vergleichsweise zu wünschen übrig [20]. Ob die aktuellen gesetzgeberischen Eingriffe (TSVG) geeignet sind, die Terminproblematik adäquat zu lösen, ist noch nicht abzusehen. Einen Ausbau des Klinikangebots sahen Teilnehmer in diesem Zusammenhang nicht als geeignet an, Versorgungsdefizite im ambulanten Bereich auszugleichen, da ein solches Angebot ggf. additiv in Anspruch genommen werden würde. Diese These

Zitate (FG: Fokusgruppenteilnehmer)

Kommunikation:

„Diese Schnittstelle [...], aber die ist im deutschen Gesundheitssystem glaube ich schon auch sehr scharf zwischen ambulant und stationär und, [...] dass vieles sich zügig klären ließe, wenn man jetzt auch interprofessionell miteinander spräche [...]“ (FG9, 35 Jahre, männlich, in Notaufnahme tätiger Internist)

„Ich denke, dass Hauptproblem ist, eine ganz große Diskrepanz zwischen Haus- und Fachärzten, die nur in Ausnahmefällen miteinander kommunizieren. [...] Ansonsten wird beim Facharzt [...] weggeschickt, ohne einen Befund zu besprechen. [...] Wenn wir uns jetzt auf die Lungenpatienten konzentrieren, ist das [...] kaum Kommunikation. [...] Schlechte Kommunikation, Fachärzte-Hausärzte“ (FG4, 57 Jahre, weiblich, Hausärztin)
„Aber ich habe [...] einen [...] Kommilitonen [...], [...] der [...] so im Schnitt 100 Patientenkontakte pro Tag hat [...]. „Wie soll [...] der hausärztliche Kollege sich da 20 Minuten Zeit nehmen, telefonisch da noch mit irgendwelchen Leuten eine Anamnese machen?“ (FG9, 35 Jahre, männlich, in Notaufnahme tätiger Internist)

Leistungserbringer in der Notfallversorgung:

„[...] es gibt relativ viel, was nahezu von 24/7 verfügbar ist und die Rettungsstelle ist [...] ein Notfallzugang für [...] anschließende stationäre Behandlung im Krankenhaus [...]. Und ich glaube das ist vielen Leuten in dem Sinne nicht klar, sondern das wird wahrgenommen als Angebot [...]. Also es erschafft irgendwie das Angebot glaube ich auch die Nachfrage. Umgekehrt“ (FG9, 35 Jahre, männlich, in Notaufnahme tätiger Internist)

„[...] weil die Verfügbarkeit ambulant auch relativ gering ist [...] und deswegen auch viele mit [...] wenig Beschwerden bis gar keine Beschwerden, noch keiner durchgeführten ambulanten Therapie [...] mit Einweisung [...] zu uns kommen.“ (FG10, 32 Jahre, männlich, in Notaufnahme tätiger Arzt in Weiterbildung)

„[...] Die Pneumologen-Szene. [...] Die sind gesättigt. [...] Die haben Wartezeiten zwischen sechs und neun Monaten und zu einem Teil schießen die 120 Leute pro Tag durch“ (FG5, 52 Jahre, weiblich, Pneumologin)

„[...] Facharzttermine, [...] da ist oft die Situation, [...] man darf die Leute dann auch mal in die Notaufnahme schicken. [...] das ist eine total komplizierte Geschichte [...]. [...] dann sage ich schon auch mal: „Gehen Sie [...] in die Rettungsstelle. Da gibt es halt die Möglichkeit, dass ein Facharzt Sie anschaut.““ (FG 2, 49 Jahre, weiblich, Hausärztin)

Patienten:

„Aber das ist schon so ein bisschen ausnutzen auch der Strukturen. Das macht mich wütend, weil das ist so oft.“ (FG5, 52 Jahre, weiblich, Pneumologin)

„So dieses Gefühl: „Ich möchte etwas haben und ich kriege es auch.““ (FG7, 63 Jahre, weiblich, Hausärztin)

„[...] die Gesundheitsaufklärung und das Selbstmanagement, das fehlt komplett.“ (FG3, 60 Jahre, weiblich, Hausärztin)

„Die Patienten wissen sich überhaupt nicht mehr selber zu helfen. [...] auch die Einschätzung der Schwere einer Krankheit.“ (FG3, 60 Jahre, weiblich, Hausärztin)

„Also Google. Das ist Verblödung schlecht hin. [...] Das ist ganz schlimm.“ (FG4, 57 Jahre, weiblich, Hausärztin)

„Wichtig eben auch noch [...], dass eben die Kompetenz der Allgemeinmedizin in der Regel unterschätzt wird [...].“ (FG2, 49 Jahre, weiblich, Hausärztin)

lässt sich mangels Evidenz jedoch nicht wissenschaftlich bestätigen oder widerlegen [21].

Als ein auslösender Faktor für eine Inanspruchnahme der Notfallversorgung in nicht-dringlichen Fällen wird vielfach die unzureichende Fähigkeit der Patienten zur Einordnung ihrer eigenen Symptomatik diskutiert [3]. Die diesbezüglich deutlich kritische ärztliche Sicht auf Online-Quellen zur Gesundheitsinformation (z.B. als zur Fehlinterpretation von Symptomen beitragend) spiegelt sich analog in einem vorausgehenden Modul der EMACROSS-Studie [4] sowie in anderen Arbeiten [22] wider. Zudem kennen Patienten offenbar häufig die Pfade insbesondere der ambulanten Notfallversorgung nicht (z.B. Rufnummer des KV-Notdienstes) [5]. In diesem Kontext wird derzeit in einer aufwendigen Kampagne von den KVen versucht, die Hotline 116117 besser zu verorten. Die im Diskussionsverlauf angesprochene Problematik eines patientenseitigen Anspruchsdenkens und fehlenden Kostenbewusstseins wurde ebenfalls bereits an anderer Stelle thematisiert [23]. Entsprechende Vorschläge finanzieller Steuerungsanreize seitens gesundheitspolitischer Stakeholder waren in der jüngeren Vergangenheit zwar geäußert, aber letztlich infolge insgesamt negativer öffentlicher Resonanz nicht weiterverfolgt worden [24]. Die Steuerungswirkung eines solchen „cost-sharings“ ist ungeklärt, nach der insgesamt uneinheitlichen Evidenzlage sind Telefon-Triagesysteme und hausärztliche Angebote am Setting Notaufnahme ggf. vielversprechendere Ansätze [21].

Stärken und Schwächen

Fokusgruppen ermöglichen eine interdisziplinäre und umfassende Betrachtung von Herausforderungen notfallmedizinischer Versorgung, hier angesichts einer exemplarischen Patientengruppe. Diese lassen sich vielfach indikationsübergreifend übertragen und werfen ein Schlaglicht auf Problemfelder, die vor dem Hintergrund der derzeitigen politischen Diskussion der Notfallversorgung hochaktuell sind. Als Limitati-

on sollte genannt werden, dass die Gewichtung der Themen potenziell durch Spezifika des urbanen Settings Berlin beeinflusst ist – in ländlichen Gebieten können die Schwerpunkte durchaus deutlich anders gelagert sein. Als die Aussagekraft ggf. einschränkend müssen zudem die angesichts knapper zeitlicher Ressourcen der Zielgruppen herausfordernden Rekrutierungsverhältnisse genannt



Foto: privat

Dr. rer. medic. Sarah Oslislo ...

... schloss ihren Master in Public Health im Oktober 2016 an der Universität Bielefeld ab. Derzeit arbeitet sie als Wissenschaftliche Mitarbeiterin am Institut für Allgemeinmedizin an der Charité – Universitätsmedizin Berlin.

werden, aus der sich die relativ geringe Teilnehmerzahl und die Notwendigkeit eines „convenience samplings“ ergibt.

Schlussfolgerungen

Die Gruppendiskussionen zeigen, dass die aktuellen politischen Maßnahmen zur gezielteren Steuerung akut erkrankter Patienten durchaus auf Bereiche fokussieren, die auch von ärztlicher Seite als wichtig gesehen werden (Terminproblematik, bessere Verzahnung der Versorgungssektoren). Die tatsächlichen Auswirkungen der geplanten Versorgungsreformen sind bei heterogener Evidenzlage abzuwarten. Die Ergebnisse betonen die Wichtigkeit eines guten kommunikativen Austauschs der beteiligten Leistungserbringer sowie einer adäquaten Patienteninformation und Gesundheitsedukation. Dies sollte bei der Planung und Implementierung neuer Versorgungswege und -strukturen stets mitberücksichtigt werden.

Interessenkonflikte:

Die Studie wurde durch das BMBF (Verbundprojekt EMANet. Förderzeichen 01GY1604) gefördert. MM gibt die Mitgliedschaft in einem Board der Firmen BRAHMS GmbH, Medtronic, Boehringer Ingelheim, Daiichi Sankyo an und erhielt Beraterhonorare von BRAHMS GmbH und Bayer Healthcare. Weitere Interessenkonflikte wurden nicht angegeben.

Literatur

1. Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen. Bedarfsgerechte Steuerung der Gesundheitsversorgung. Gutachten 2018. www.svr-gesundheit.de/fileadmin/user_upload/Gutachten/2018/SVR-Gutachten_2018_WEBSEITE.pdf (letzter Zugriff am 17.02.2020)
2. Hodgins MJ, Wuest J. Uncovering factors affecting use of the emergency department for less urgent health problems in urban and rural areas. *Can J Nurs Res* 2007; 39: 78–102
3. Searle J, Müller R, Slagman A, et al. Überfüllung der Notaufnahmen. Gründe und populationsbezogene Einflussfaktoren. *Notfall Rettungsmed* 2015; 18: 306–315
4. Oslislo S, Heintze C, Schmiedhofer M, Möckel M, Schenk L, Holzinger F. How to decide adequately? Qualitative study of GPs' view on decision-making in self-referred and physician-referred emergency department consultations in Berlin, Germany. *BMJ Open* 2019; 9: e026786
5. Somasundaram R, Geissler A, Leidel BA, Wrede CE. Beweggründe für die Inanspruchnahme von Notaufnahmen – Ergebnisse einer Patientenbefragung. *Gesundheitswesen* 2018; 80: 621–627
6. Schmiedhofer M, Möckel M, Slagman A, Frick J, Ruhla S, Searle J. Patient motives behind low-acuity visits to the emergency department in Germany: a qualitative study comparing urban and rural sites. *BMJ Open* 2016; 6: e013323
7. Scherer M, Lühmann D, Kazek A, Hansen H, Schäfer I. Patienten in Notfallambulanz. Querschnittstudie zur subjektiv empfundenen Behandlungsdringlichkeit und zu den Motiven, die Notfallambulanz von Krankenhäusern aufzusuchen. *Dtsch Arztebl Int* 2017; 114: 645–652
8. Schöpke T, Plappert T. Kennzahlen von Notaufnahmen in Deutschland. *Notfall Rettungsmed* 2011; 14: 371–378
9. Laux G, Rosemann T, Körner T, et al. Detaillierte Erfassung von Inanspruch-

- nahme, Morbidität, Erkrankungsverläufe und Ergebnissen durch episodische Dokumentation in der Hausarztpraxis innerhalb des Projekts CONTENT. Gesundheitswesen 2007; 69: 284–291
10. Schmiedhofer M, Inhoff T, Krobisch V, et al. EMANET – Regionales Netzwerk für Versorgungsforschung in der Notfall- und Akutmedizin. Z Evid Fortbild Qual Gesundhwes 2018; 135–136: 81–88
 11. Tong A, Sainsbury P, Craig J. Consolidated criteria for reporting qualitative research (COREQ): a 32-item checklist for interviews and focus groups. Int J Qual Health Care 2007; 19: 349–357
 12. Meyer T, Karbach U, Holmberg C, et al. Qualitative Studien in der Versorgungsforschung – Diskussionspapier, Teil 1: Gegenstandsbestimmung. Gesundheitswesen 2012; 74: 510–515
 13. Kühn T, Koschel KV. Gruppendiskussionen. Ein Praxis-Handbuch. Wiesbaden: Springer Verlag, 2018
 14. Mayring P. Qualitative Inhaltsanalyse. Grundlage und Techniken. Weinheim/Basel: Beltz Verlag, 2015
 15. Pantilat SZ, Lindenauer PK, Katz PP, Wachter RM. Primary care physician attitudes regarding communication with hospitalists. Dis Mon 2002; 48: 218–229
 16. Schlitt R. Die Kommunikation zwischen Arztpraxis und Krankenhaus: wochenlanges Warten auf Entlassungsbriefe und unklare Einweisungsbegründungen. KV-Blatt 2004; 8: 22–23
 17. O'Malley AS, Reschovsky JD. Referral and consultation communication between primary care and specialist physicians: finding common ground. Arch Intern Med 2011; 171: 56–65
 18. Gross T, Amsler F, Ummenhofer W, et al. Interdisziplinäres Schockraum-Management unfallchirurgischer Patienten aus der Sicht der Mitarbeitenden. Chirurg 2005; 76: 959–966
 19. Schöpke T. DGINA Mitgliederbefragung 2010. Strukturparameter, Prozesse und Kennzahlen zentraler Notaufnahmen an 43 Krankenhäusern Deutschlands im Jahr 2009. Hamburg: Deutsche Gesellschaft Interdisziplinäre Notfallaufnahme, 2010
 20. Canadian Institute for Health Information. How Canada compares: results from the Commonwealth Fund's 2016 international health policy survey of adults in 11 countries – accessible report. www.cihi.ca/sites/default/files/document/text-alternative-version-2016-cmwf-en-web.pdf (letzter Zugriff am 24.03.2020)
 21. Van den Heede K, Van de Voorde C. Interventions to reduce emergency department utilisation: A review of reviews. Health Policy 2016; 120: 1337–1349
 22. Stadler M, Bromme R, Kettler S. Dr. Google – geschätzter Kollege? Die Rolle des Internets in der Arzt-Patient-Interaktion. Z Allg Med 2009; 85: 254–259
 23. Beivers A, Dodt C. Ökonomische Aspekte der ländlichen Notfallversorgung. Notfall Rettungsmed 2014; 17: 190–198
 24. NN. Notaufnahme: Gassen spricht sich für Gebühr aus. www.aerzteblatt.de/nachrichten/96489/Notaufnahme-Gassen-spricht-sich-fuer-Gebuehr-aus (letzter Zugriff am 18.02.2020)

Korrespondenzadresse

Dr. rer. medic. Sarah Osliislo
 Institut für Allgemeinmedizin
 Charité – Universitätsmedizin Berlin
 Charitéplatz 1
 10117 Berlin
 Tel.: 030 450514159
 sarah.osliislo@charite.de



DEGAM im Netz

www.degam.de
 www.degam-leitlinien.de
 www.degam-patienteninfo.de
 www.tag-der-allgemeinmedizin.de
 www.degam-kongress.de
 www.online-zfa.de
 www.degam-famulaturboerse.de