

Notfallkrankenhäuser

Massive Belastungssituationen

Personalengpässe, Mangel an stationären Versorgungskapazitäten und Patientenzuweisungen trotz Kapazitätserschöpfung – all dies betrifft laut einer aktuellen Umfrage die Mehrheit der an der Notfallversorgung beteiligten Krankenhäuser in Deutschland.

Martin Pin, Andreas Hüfner, Harald Dormann, Karen Jerusalem, Christoph Dodt



Foto: picture alliance/dpa/Andreas Arnold

Mit steigender Frequenz erreichten die Deutsche Gesellschaft interdisziplinäre Notfall- und Akutmedizin (DGINA) in den letzten Monaten Hinweise aus vielen Notfallkrankenhäusern, die auf eine landesweite schnell ansteigende Belastungssituation in der Notfallversorgung hindeuteten. Die beschriebenen Aus- und auch Überlastungsbeschreibungen gingen über die bereits bestehende hohe Belastung der Krankenhäuser unter den Coronapandemiebedingungen hinaus. Um die „Hilferufe“ der Notfallkliniken besser einordnen zu können, hat die DGINA im Juli eine Blitzumfrage durchgeführt und die Zustände für einen Tag (5. Juli) detailliert abgefragt. Rückmeldungen gingen aus allen Stufen der Notfallversorgung und von insgesamt 362 Krankenhäusern ein. Die zentralen Ergebnisse: Die real belegbaren Betten lagen im Durchschnitt um circa 18 Prozent niedriger als die im Krankenhausplan angegebenen Planbetten im Jahr 2021, zwei Drit-

tel der Notaufnahmen berichteten über eine gefährliche Überbelegung und 98,6 Prozent der Notaufnahmen litten unter Personalmangel. Letzteres weil einerseits pflegerische und/oder ärztliche Stellen nicht besetzt waren (82 Prozent) und andererseits zusätzlich noch in 79 Prozent Krankheitsausfälle beziehungsweise Quarantänefälle das Personal dezimiert hatten. Lediglich fünf der 362 an der Umfrage teilnehmenden Notaufnahmen gaben an, keine pflegerischen oder ärztlichen Personalengpässe zu haben (*Grafik*).

Umfrage bestätigt Langzeitdaten

Diese Ergebnisse bestätigen die seit 20 Monaten durchgeführten täglichen freiwilligen Statusmeldungen von bis zu 80 Notaufnahmen der DGINA-Notaufnahmeampel, die als einziges Tool die Versorgungssituation von Notfallpatienten an den teilnehmenden Notfallkliniken tagesgenau erfasst. Die DGINA-Ampel und die Blitzumfrage zei-

gen, dass es nicht allein die Intensivbetten sind, die von der Coronapandemie und dem Personalmangel betroffen sind, sondern noch in viel größerem Ausmaß die Normalstationen und die Notaufnahmen selbst. Letztlich können aktuell nur wenige der befragten Krankenhäuser die im Krankenhausplan aufgeführten Planbetten zur Verfügung stellen. Die Bettenreduktion beträgt annähernd 20 Prozent – zum Befragungszeitpunkt waren mehr als 27 000 Betten in den teilnehmenden Häusern nicht belegbar. Das führt zu krisenhaften Überlastungssituationen. Mit 58,8 Prozent hatte der überwiegende Teil der befragten Notaufnahmen am 5. Juli mit der Integrierten Leitstelle Kontakt aufgenommen, um sich aufgrund von Kapazitätserschöpfung zeitweise „abzumelden“. Fast alle der Notaufnahmen (94,4 Prozent) bekamen trotz gemeldeter Kapazitätserschöpfung weitere Patienten zugewiesen.

Dieser Umstand zeigt die angespannte Lage ganzer Regionen, die weit über punktuelle Überlastungssituationen einzelner Krankenhäuser hinausgeht (*Tabelle*). Die Notaufnahmen können viele Patienten, die stationär aufgenommen werden müssen, nicht mehr zeitnah abverlegen. Dieser sogenannte „Exit-Block“ bedingt einen Patientenstau, führt zu verzögerter Diagnostik und Behandlungsabläufen und gefährdet die Patientensicherheit. Von allen befragten Notaufnahmen gaben 304 (84 Prozent) einen Exit-Block an. Annähernd 40 Prozent der Kliniken haben am Tag der Blitzumfrage Patienten wegen Bettenmangels an ein anderes Krankenhaus verlegen müssen. Das bedeutet eine

Florence Nightingale
Krankenhaus
Düsseldorf: Pin

Caritas-Krankenhaus
St. Josef Regensburg:
Dr. med. Hüfner

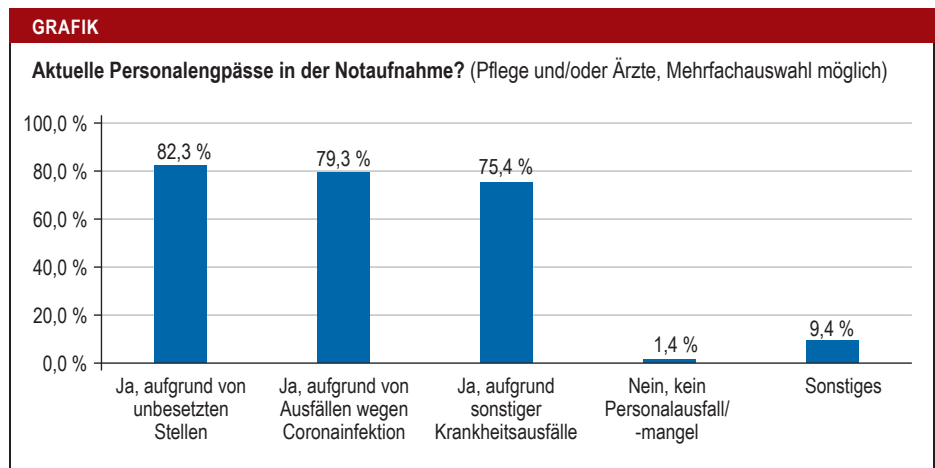
Klinikum Fürth: Prof.
Dr. med. Dormann

Geschäftsstelle
DGINA: Dipl.-Päd.
Jerusalem M. A.

München Klinik
Bogenhausen:
Prof. Dr. med. Dodt

zusätzliche Belastung des Rettungsdienstes, dessen Kapazitäten, die aktuell ebenfalls durch Infektionen und Quarantäne des Personals ausgedünnt sind, für diese zusätzliche Aufgabe nicht ausgelegt sind. Zudem müssen die Notfallmedizinische Behandlungen priorisieren und können die gesetzliche Anforderung, für jeden Patienten eine angemessene und zeitnahe Behandlung zu veranlassen, nicht mehr garantieren. In der aktuellen Situation der Bettenschließungen in Häusern der Notfallversorgung ist eine geordnete Bettendisposition so nicht mehr möglich und wird sich auch auf die Patienten, die dringlicher Behandlung bedürfen, aber nicht als Notfall in das Krankenhaus aufgenommen werden, auswirken (wie zum Beispiel dringlich OP-bedürftige Tumorpatienten).

Das Ausmaß des Exit-Blocks in der Notaufnahme ist somit als wichtiger Surrogat-Parameter für die ressourcenabhängige Leistungsfähigkeit des Krankenhauses anzusehen. Die Umfrage zeigt auch, dass die Betrachtung der Situation der Notaufnahmen sehr sensitiv erfassen lässt, unter welcher Belastung das gesamte Gesundheitssystem aktuell arbeitet. Da sich der Zufluss der Patienten nicht mehr nennenswert reduziert, der Abfluss aber massiv behindert ist, sind die Notaufnahmen von dem Bettenmangel in besonderem Maße betroffen und das ohnehin belastete Personal wird stark überfordert. Aus Sicht der DGINA zeigen die



Ergebnisse, dass sich die Belastung nicht allein auf den Intensivstationen messen lässt, sondern eine Gesamtbetrachtung der Krankenhäuser erforderlich ist. Die Erfassung der Situation in der Notaufnahme spiegelt diese Gesamtsituation besonders klar wider.

Zeitnahe Maßnahmen nötig

Für eine ressourcenbasierte Steuerung der Gesundheitsversorgung müssen die Belastungen der Notfallkliniken spezifisch und kontinuierlich erfasst und berichtet werden, um eine bessere Ressourcensteuerung zu erreichen. Die von der DGINA etablierte Notaufnahmeampel kann als ein gelungener Modellversuch angesehen werden. Mit begrenztem Aufwand wird ein klares Bild über die Versorgungssituation von Notfallpatienten gewährleistet. Die gesetzliche Anforderung, dass die Akutversorgung

von Notfallpatienten immer gewährleistet sein muss, muss durch Zuordnung ausreichender Ressourcen für die Notfallversorgung durch den Gesetzgeber erreicht werden. Auf Basis ihrer Blitzumfrage sieht es die DGINA als vordringlich an, Bettenkontingente für Notfallpatienten auf Intensiv, IMC- und Normalstationen zu garantieren. Eine Kapazitätserschöpfungsmeldung wie von der Mehrheit der Notfallversorgungskrankenhäuser ist mit dem gesetzlichen Auftrag der Notfallversorgung nicht vereinbar. Für eine Erschöpfung der Bettenkapazität müssen Rettungsdienst und Krankenhäuser Pläne erstellen, die die Notfallversorgung aufrechterhalten und Exit-Blocks vermeiden helfen. Besonderer Wert muss dabei auf die ausreichende Personalausstattung gelegt werden, die auch Personalausfallkonzepte in Pandemiesituationen mit einberechnet. Die aktuelle Überlastungssituation in der Notfallversorgung demonstriert die Notwendigkeit einer koordinierten vorausschauenden Planung der gesamten Notfallversorgungskette.

■ Zitierweise dieses Beitrags:
Dtsch Arztebl 2022; 119 (??): A ???-???

Anschrift für die Verfasser:

Martin Pin
Florence Nightingale Krankenhaus Düsseldorf
Zentrale Notaufnahme und Akutstation
Kreuzbergstraße 79, 40489 Düsseldorf
pin@kaiserswerther-diakonien.de

Weitere Tabellen und
Grafiken im Internet:
www.aerzteblatt.de/22???

TABELLE

Crowding-Situation in den Notaufnahmen

Level	Anzahl	Anteil ZNAs mit Personalengpässen	Anteil ZNAs mit Exit-Block
Level 1 – geringes Patientenaufkommen (0,8 %)			
Level 2 – normales Patientenaufkommen (6,4 %)	124 (34,3 %)	123 (99,2 %)	100 (81,3 %)
Level 3 – hohes Patientenaufkommen, noch keine Überlastung/kein Overcrowding (27,1 %)			
Level 4 – sehr hohes Patientenaufkommen mit Überlastung/Overcrowding (44,5 %)			
Level 5 – extrem hohes Patientenaufkommen mit schwerwiegendem Overcrowding (14,6 %)	238 (65,7 %)	236 (99,2 %)	226 (95,0 %)
Level 6 – extrem hohes Patientenaufkommen mit gefährlichem Overcrowding (6,6 %)			

Zusatzmaterial Heft 33–34/2022, zu:

Notfallkrankenhäuser

Massive Belastungssituationen

Personalengpässe, Mangel an stationären Versorgungskapazitäten und Patientenzuweisungen trotz Kapazitätserschöpfung – all dies betrifft laut einer aktuellen Umfrage die Mehrheit der an der Notfallversorgung beteiligten Krankenhäuser in Deutschland.

Martin Pin, Andreas Hüfner, Harald Dormann, Karen Jerusalem und Christoph Dodt

eTABELLE 1

Crowding-Situation in der Notaufnahme in den letzten 24 Stunden

Level	Anteil	Anzahl
Level 1 – geringes Patientenaufkommen	0,8 %	3
Level 2 – normales Patientenaufkommen	6,4 %	23
Level 3 – hohes Patientenaufkommen, noch keine Überlastung/kein Overcrowding	27,1 %	98
Level 4 – sehr hohes Patientenaufkommen mit Überlastung/Overcrowding	44,5 %	161
Level 5 – extrem hohes Patientenaufkommen mit schwerwiegendem Overcrowding	14,6 %	53
Level 6 – extrem hohes Patientenaufkommen mit gefährlichem Overcrowding	6,6 %	24
Gesamt	100 %	361

eTABELLE 2

Gesamtanzahl Exit Block?

Exit-Block?	Anteil	Anzahl
Ja	84,0 %	304
Nein	16,0 %	58
Gesamt	100 %	362

eTABELLE 3

Exit Block-Gründe (Mehrfachnennungen möglich)?

Ursachen für Exit Block	Anteil	Anzahl
Abverlegung auf Normalstation aufgrund Bettenmangel verzögert	86,5 %	313
Abverlegung auf IMC aufgrund Bettenmangel verzögert	48,3 %	175
Abverlegung auf Intensiv aufgrund Bettenmangel verzögert	53,6 %	194
Verlegung in externe Kliniken aufgrund Bettenmangel erforderlich	37,9 %	137
Trifft nicht zu, da kein Exit-Block vorhanden	9,4 %	34
Sonstiges	10,8 %	39

eGRAFIK

Information der Integrierten Leitstelle über Kapazitätserschöpfung in den letzten 24 h („Abmeldung“)?

