

TELEFONTRIAGE IN DER SCHWEIZ

Patienten sind zufrieden

Vor- und Nachteile der überregionalen Notfall-Telefontriage sind mithilfe der Erfahrungen des Schweizer Modells besser einschätzbar.

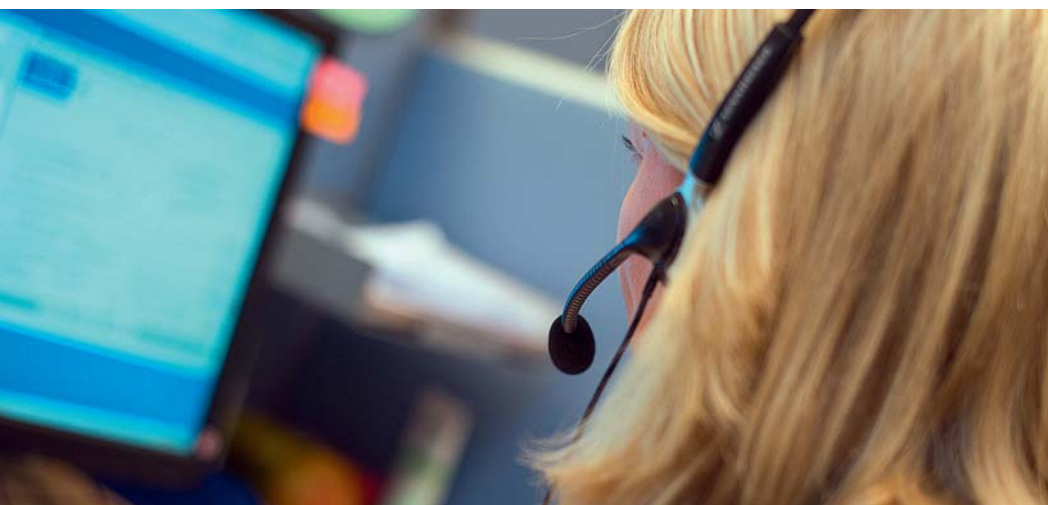


Foto: dpa

individuellen Erfahrungsschatzes der Telefonisten/-innen getroffen.

Nachteil der Telefontriage ist, dass man Patienten nicht vor sich sieht. Da die Patienten aber meist in der Praxis bekannt sind, können die angegebenen Beschwerden aufgrund der bekannten Vorgeschichte zumindest in den Kontext gesetzt werden. Da die Richtigkeit der Triageentscheidung nicht systematisch erfasst wird, gibt es keine Angaben über die Güte dieser Entscheidungen. Auch die Vorgehensweisen, wie in Praxen diese Entscheidungen getroffen werden, sind unbekannt.

Es gibt zahlreiche Publikationen zu Theorie und Effekten von Telefontriage. In der bisher größten, randomisiert kontrollierten Studie (1) untersuchten Campbell J et al. drei Strategien, um die Bedürfnisse von akut hilfesuchenden Patienten zu adressieren:

- Telefontriage durch einen Arzt;
- Telefontriage durch Pflegekraft mit PC-gestützter Entscheidungshilfe;
- übliche Praxis.

Als Endpunkte waren der Ressourcenverbrauch 28 Tage nach Primärkonsultation, die Kosten und die Patientenzufriedenheit festgelegt. Praxen mit einer arztbesetzten Telefontriage hatten einen 33-prozentigen Anstieg der mittleren Anzahl von Patientenkontakten pro Person über 28 Tage gegenüber der „üblichen Praxis“. Die pflegegestützte Telefontriage einen 48-prozentigen Anstieg. Gegenüber der üblichen Praxis wurde aber die Zahl der persönlichen Kontakte mit dem Niedergelassenen in den Interventionsgruppen um 40 beziehungsweise 20 Prozent gesenkt. Gleichzeitig stieg die Anzahl telefonischer Anfragen.

Zusammenfassend kam es zu einer Umverteilung der Arbeitslast

Die Erfassung der Ergebnisqualität der Telefontriage ist nach Meinung der Autoren unabdingbar.

Notfall Notaufnahmen“, so titelte eine überregionale Zeitung in Deutschland. Die Krankenhäuser und damit auch die Notaufnahmen sind am Limit. Spätestens zum Winter bringen jahreszeitbedingte Infektionskrankheiten kombiniert mit der Influenzawelle und vermehrtem Auftreten von RSV-Infektionen die Krankenhäuser – und in der Folge auch die Notaufnahmen sowie Arztpraxen und Rettungsdienste – an die Belastungsgrenzen.

Die seit einigen Jahren überproportional steigende Zahl von ambulanten Notfallpatienten in den Notaufnahmen von Krankenhäusern wird von den verschiedenen Partnern der Krankheitsversorgung in Deutschland unverändert kontrovers und zum Teil hitzig diskutiert.

Als mögliche Lösung wird die regionale Bündelung von KV-ärztlicher Notfallversorgung und der klinischen Notfallversorgung vorgeschlagen. Es werden aber auch alternative Lösungsansätze angedacht: Kann „Telefontriage“ unterstützen, die Bedürfnisse von Erkrankten so zu steuern, dass akute Notfälle entsprechend der Dringlichkeit zu den zuständigen Versor-

gungseinrichtungen im Notfall und weniger dringliche Erkrankte an den Hausarzt während der regulären Praxisöffnungszeiten gelenkt werden kann? Diese Frage ist Anlass, verschiedene Aspekte der Telefontriage zu beleuchten.

Ziel von Telefontriage ist es, die konkurrierenden Bedürfnisse von akut Erkrankten und der Planbarkeit des Praxisablaufes zu steuern. „Telefontriage“ ist Alltag in jeder niedergelassenen Praxis. Eine meist nichtärztliche Mitarbeiterin entscheidet – mit oder ohne Rücksprache mit dem verantwortlichen Arzt –, ob der telefonisch Hilfesuchende umgehend oder erst zu einem späteren Zeitpunkt einen Termin zur ärztlichen Versorgung erhalten kann.

Keine Angaben zur Güte

Ein ähnliches Vorgehen findet auch bei akut aufgetretenen Gesundheitsstörungen statt. Im Gegensatz zum 5-Stufen-Triagesystem in den Notaufnahmen von Kliniken findet die Telefontriage meist ohne eine definierte und schriftlich niedgelegte Systematik statt. Diese Entscheidungen werden aufgrund des

bei zwischen den Gruppen vergleichbaren Kosten. Die Patientenzufriedenheit war bei der pflegegestützten Telefontriage etwas niedriger als in den beiden anderen Gruppen. Die Sterblichkeit nach 28 Tagen war in den drei Gruppen sehr niedrig und nicht signifikant unterschiedlich. Diese wichtige Studie bestätigt die Ergebnisse kleinerer Untersuchungen, die ebenfalls eine signifikante Reduzierung einer ärztlichen Konsultation am gleichen Tag erreichten. Gleichzeitig nahm die Zahl nachfolgender Konsultationen beziehungsweise Telefonkontakte zu. Einige Publikationen berichten, dass durch Telefontriage die Inanspruchnahme von Notaufnahmen zugenommen hat. Es können sich somit auch Begleiteffekte zeigen, die gegen die ursprünglichen Intentionen sprechen.

Umverteilte Arbeitslast

Was bedeuten diese Ergebnisse für unsere tägliche Praxis? Die Anzahl von Personen, die an die ständige Verfügbarkeit von ärztlichen Leistungen gewohnt ist, nimmt zu. Telefontriage führt offensichtlich zu einer Umverteilung der Arbeitslast auf andere Personen- oder Berufsgruppen. Auch eine computergestützte Entscheidungshilfe scheint nicht die Fähigkeit der Dispositionsentscheidung einer erfahrenen Kraft hinreichend ersetzen zu können und ist mit Kosten assoziiert.

Verschiedene europäische Länder wie die Niederlande oder die Schweiz praktizieren eine überregionale Telefontriage. So sind in der Schweiz private Dienstleister seit Jahrzehnten mit Telefontriage beschäftigt. Dabei sind die ältesten dieser Dienstleister von Ärzten gegründet worden mit der Absicht, hilfesuchenden Patienten rasche Unterstützung zu bieten, diensthabende Ärzte aufzubieten und unnötige Notfallkonsultationen zu vermindern.

Diese überregionalen Callcenter sind teils privatgemeinnützig, teils gewerblich, teils von Krankenkassen unterstützt und teils von Ärztesellschaften geführt oder diesen nahestehend. Es gibt große Unterschiede im Zweck: Klassische „Gatekeeper“ spiegeln eher die Interessen der Ver-

sicherer wider, während niederschwellige Dienstleistungen wie zum Beispiel die Gesundheitsbetreuung für Personal großer Firmen oder die Unterstützung des hausärztlichen Notfalldienstes eher vom Nothilfedanken ausgehen. Dabei gibt es auch erhebliche Unterschiede in der Personaldotierung: Während Telefonistinnen und Praxisassistentinnen eine kostengünstige Triage anbieten, können Ärztinnen gleichzeitig auch eine qualifizierte Beratung – allerdings zu einem höheren Preis – anbieten.

Ein wissenschaftlich untersuchtes Beispiel stellt die Medizinische Notrufzentrale der Nordwestschweiz (> 50 000 Anrufe in einem Gebiet von > 500 000 Einwohnern) dar: Breitschmid errechnete 2012 die Kosten-Nutzen-Analyse dieser privatgemeinnützigen Stiftung, die rund um die Uhr ausschließlich diplomiertes und speziell geschultes Pflegefachpersonal (mit ärztlicher Aufsicht im Hintergrund) beschäftigt.

Die Kosten-Nutzen-Analyse als Gegenüberstellung der Betriebskosten und des Triagenutzens unterteilt in Nutzen der Abtriagierung

Die Abtriagierung wird auf rund 2,3 Millionen Schweizer Franken gerechnet, der Gesamtnutzen – inklusive der Auftriagierung – wird auf rund 5 Millionen Schweizer Franken jährlich geschätzt.

(Patienten beanspruchen aufgrund der Beratung eine kostengünstigere Behandlung als sie selber gewählt hätten) und Nutzen der Auftriagierung (Patienten hätten eine unzureichende Behandlung – oder keine – gewählt, obwohl sie mehr gebraucht hätten) zeigt das Folgende:

Die Abtriagierung wird auf rund 2,3 Millionen Schweizer Franken gerechnet, der Gesamtnutzen – inklusive der Auftriagierung – wird auf rund fünf Millionen Schweizer Franken jährlich geschätzt. Die Limitationen einer solchen Studie sind natürlich die schmale Datenbasis und die fehlende Kontrollgruppe. Zudem wurde die Patientenzufriedenheit nicht erfasst. Allerdings ist dieses System seit 50 Jahren bei gleichbleibend tiefer Reklamationsfrequenz von unter einem Fall pro

10 000 Anrufer. Gleichzeitig gilt sie als Prototyp für die schweizerische Variante der Telefontriage. Die praktizierenden Ärzte und Spitäler im Einzugsgebiet geben eine hohe Zufriedenheit mit diesem Dienstleister an (Breitschmid L 2012: Kosten-Nutzen-Analyse der Medizinischen Notrufzentrale Basel, Bachelorarbeit Universität Basel).

Ergebnisqualität erfassen

Zusammenfassend könnte die Telefontriage auch in Deutschland unterstützen, akut Hilfesuchende entsprechend der Dringlichkeit ihrer Erkrankung in die zuständigen Versorgungsbereiche zu lenken. Aus unserer Sicht wäre wichtig, Dringlichkeitskriterien für Triage festzulegen, diese zu standardisieren und das Personal, das die Telefontriage durchführt, systematisch zu schulen. Telefontriage muss nicht obligat durch einen Arzt durchgeführt werden, es sollte aber ein Arzt für etwaige Rückfragen rasch verfügbar sein. Telefontriage ist methodisch limitiert, da die Aussage von akut Hilfesuchenden meist nicht durch Informationen aus verfügbaren Patientenakten ergänzt werden kann,

der Patient nicht gesehen wird und auch sprachliche Verständigungsprobleme auftauchen können.

Auch sollten Sekundäreffekte der Telefontriage nicht aus dem Auge verloren werden. Falls man sich deshalb für eine flächendeckende Telefontriage in Deutschland entscheiden sollte, wäre die Erfassung der Ergebnisqualität aus unserer Sicht unabdingbar. Die Abgleichung mit verfügbaren Informationen von Krankenkassen wäre eine interessante Option. ■

Michael Christ, Interdisziplinäres Notfallzentrum, Luzerner Kantonsspital, Schweiz

Roland Bingisser, Notfallzentrum, Universitätsspital Basel, Schweiz

LITERATUR

1. The Lancet 2014; DOI: 10.1016/S0140-6736(14)61058-8)