

Ärztlicher Notfalldienst – ein verkannter Dienst der Notfallversorgung im Gesundheitswesen?

Franz Marty

Der ärztliche Notfalldienst ist eine Kernkompetenz der Hausarztmedizin und Voraussetzung einer adäquaten Notfallversorgung in unserem Gesundheitswesen. Die zahlreichen negativen Reaktionen nach Einführung des Tarmed, Demotivation unter den Hausärzten und ein Mangel an Dienstärzten haben uns zu einer Bestandesaufnahme der Situation veranlasst. Zu unserer Überraschung ist der ärztliche Notfalldienst in den Diskussionen rund um die Notfallversorgung praktisch nicht präsent. Literatur zu Organisation des Rettungswesens und zur Klinik der Notfallversorgung stammen praktisch ausschliesslich aus der klinischen und präklinischen Medizin. Die vorliegende Arbeit versucht, die Notfallversorgung aus hausärztlicher Sicht zu beleuchten.

Le service médical d'urgence est une des compétences centrales de la médecine de premier recours et une des bases du fonctionnement adéquat de la médecine d'urgence dans notre système de santé. Les nombreuses réactions négatives à l'introduction du Tarmed, la démotivation des médecins de premier recours et le manque de médecins de garde nous incitent à faire le point de la situation. A notre surprise, le service médical d'urgence est pratiquement absent des discussions sur la médecine d'urgence. Les ouvrages sur les services de secours et sur la médecine d'urgence sont pratiquement tous issus de la médecine clinique et préclinique. Le présent article veut faire le point sur la médecine d'urgence sous l'angle de la médecine générale.

Einleitung

Die Notfallversorgung ist eine wichtige Schnittstelle im Gesundheitswesen. Notfälle bzw. deren Versorgung sind zeitlich und ressourcenmässig nicht oder schlecht planbar, daher potentiell sehr teuer. Der Mitteleinsatz muss aus diesen Gründen gut überlegt und möglichst flexibel erfolgen.

Die weitaus häufigsten Notfälle werden ambulant durch Hausärzte, in der eigenen Praxis oder als Dienstärzte¹, versorgt. Bei schwerwiegenden Notfällen und vitaler Bedrohung rufen diese den Rettungsdienst; umgekehrt werden sie bei Bedarf auch vom Rettungsdienst alarmiert und leisten die erste professionelle Hilfe vor Ort.

Der (haus)ärztliche Notfalldienst, seit Jahrzehnten angeboten, ist ein wichtiger Pfeiler der Notfallversorgung unseres Gesundheitssystems. Er sieht sich allerdings zunehmend mit Schwierigkeiten konfrontiert: Die regionalen Notfalldienste beklagen sich über einen Mangel an Dienstärzten [2, 3]. Das Fehlen von jungen Hausärzten und die schlechte Ausbildung des Notfalls im neuen Tarmed-Tarif demotivieren die Hausärzte [4, 5]. Neue Entwicklungen im Gesundheitswesen, wie die Einführung telefonischer Triage und Beratung bei Notfällen [6, 7] oder die

Ausdehnung des professionellen Rettungswesens, lösen verschiedenen Orts Unmut aus [8–10]. Es besteht die Gefahr, dass sich die Hausärzte immer mehr vom Notfalldienst zurückziehen; zu ihrem eigenen Schaden, denn die Bedeutung des ärztlichen Notfalldienstes für das Image der Hausärzte wird von den Ärzten selber vermutlich unterschätzt [10, 11]; aber auch zum Nachteil des Gesundheitswesens, denn ein Rückzug der Hausärzte würde die Notfallversorgung massiv verteuern, eine adäquate Behandlung der ambulanten Notfälle wäre nicht mehr gewährleistet.

Zuständigkeiten und strukturelle Aspekte

Das Gesundheitswesen und damit auch die Notfallversorgung ist Sache des Kantons. Dieser delegiert die Organisation des Notfalldienstes an die kanto-

1 Definition FMH: Bei Notfalleingriffen unterscheidet man zwischen Notfalleingriffen, die von einem Dienstarzt (Grundversorger) durchgeführt werden, der nicht spezifisch in den Techniken der Notfallmedizin ausgebildet ist, und solchen, die durch einen entsprechend weitergebildeten Notarzt erbracht werden [1].

nale Ärztesgesellschaft. Im Kanton St Gallen z.B. verpflichtet das Gesundheitsgesetz die Ärzte, für eine zweckmässige Organisation des Notfalldienstes zu sorgen [12]. Der Kanton Graubünden kennt seit 1999 eine detaillierte Leistungsvereinbarung zwischen Kanton und kantonaler Ärztesgesellschaft [13, 14], in welcher sich der Kanton mit Beiträgen an Ausrüstung und Fortbildung der Notfallärzte beteiligt.

Die Ärzteschaft organisiert den Notfalldienst regional. Traditionell wurden die Dienstplichten unter allen niedergelassenen Ärzten solidarisch geteilt. Die aktuellen Regelungen sind je nach den lokalen Gegebenheiten sehr unterschiedlich. So werden Spezialisten z.T. freigestellt, Kollegen ab 55 Jahren von den Dienstplichten befreit, oder es bestehen Möglichkeiten, sich vom Dienst «loszukaufen».

Der Patient wendet sich bei einem Notfall in der Regel zuerst an seinen Hausarzt, bei Abwesenheit des Hausarztes an den Dienstarzt. Den Zugang zum diensthabenden Arzt erfährt er vom Telefonbeantworter des Hausarztes oder aus der regionalen Presse bzw. dem Internet. Der Dienstarzt ist je nach Notfall-Region über eine Natel- oder Telefonnummer, eine kostenpflichtige 0900-Nummer oder über eine zentrale Notfallnummer erreichbar. Zunehmend wenden sich die Patienten direkt an die Notfallstation eines Spitals oder alarmieren den Rettungsdienst über die in der ganzen Schweiz gültige Notfallnummer 144.

Das Rettungswesen und die präklinische Notfallmedizin sind in verschiedenen Verbänden national organisiert (IVR [15], SMEDREC [16], SGNOR [17], Übersicht bei [18]) und konzeptuell auch national ausgerichtet. Es bestehen beispielsweise Leistungsaufträge überkantonaler Art, so zwischen der Sanitätsdirektorenkonferenz und dem «Interverband für das Rettungswesen».

Im Gegensatz dazu ist der ärztliche Notfalldienst aus historischen Gründen streng kantonal organisiert und deshalb in den nationalen Fachgesellschaften (SGAM, SGIM) als Thema kaum präsent. Die FMH als übergeordnete Ärztesgesellschaft lancierte 1995 eine «Plattform Schweizerisches Rettungswesen» [19] u.a. mit Vorschlägen zu «Ausrüstung des Dienstarztes» und «Qualitätskriterien des ärztlichen Notfalldienstes».

Hausarzt und Notfall I – der Notfall hat viele Gesichter

Aus Sicht der Hausärzte sind Notfälle dringliche Patientenbegehren, welche keinen Aufschub erlauben sowie schnell und kompetent versorgt werden sollten. Die Art dieser Begehren sind vielfältig, eine ad-

äquate Versorgung setzt dementsprechend flexible Angebote voraus: Beratung, Krisen-Intervention, medizinische Behandlung oder Einsatz im Rettungswesen.

Manchmal handelt es sich um Probleme, welche stärker die Person und weniger eine offensichtliche medizinische Symptomatik betreffen. In solchen Fällen erfordert die Lösung mehr gesunden Menschenverstand als medizinischen Sachverstand. In andern Notfällen, wie bei Krisenintervention oder Beziehungskonflikten, sind kommunikative und psychosoziale Kompetenz sowie die hausärztlichen Kenntnisse des sozialen Umfeldes von grossem Wert. Dasselbe gilt für die Beurteilung von Notfällen bei Kleinkindern.

Die Gruppe der klar somatisch-medizinischen Notfälle und deren Behandlung ist in sich wiederum sehr vielfältig: Alles ist möglich: vom selbstlimitierenden Zustand über Verletzungen verschiedenster Art wie Prellungen, Stauchungen, Knochenbrüche oder Schnittwunden, unklare Befindlichkeitsstörungen, Kopf-, Rücken-, Bauch- oder Brustschmerzen u.a.m., welche vom Hausarzt oder Dienstarzt untersucht, beurteilt und behandelt werden, bis hin zu ausserordentlich aufwendigen Rettungsmassnahmen beim Polytraumatisierten oder beim kardialen Notfall. Wichtig aus notfallmedizinischer Sicht sind das Erkennen von «abwendbaren gefährlichen Verläufen» (R. Braun) sowie, bei vitaler Bedrohung, rasche Alarmierung des Rettungsdienstes und Durchführung lebenserhaltender Massnahmen. In nicht städtischen Gebieten wirkt der Dienstarzt innerhalb des Rettungswesens als «first responder», d.h. er ist häufig die erste professionelle Hilfe vor Ort, leitet die lebenserhaltenden Massnahmen ein und überbrückt die Zeit bis zum Eintreffen des Rettungsdienstes.

Hausarzt und Notfall II – zwei Versorgungstypen

Art und Häufigkeit der Notfälle stellen sich, je nach Gesichtspunkt des Betrachters, ganz unterschiedlich dar. Für den Hausarzt liegt nur in seltenen Fällen eine medizinisch bedrohliche Symptomatik vor, welche den Einsatz des Rettungswesens erfordert. Zahlen aus der Schweiz sind uns nicht bekannt, eine grosse englische Studie beziffert die Hospitalisierungsrate auf lediglich 5,5% aller Notfalleinrufe [20]. Aus Sicht des ausrückenden Notarztes, des Klinikers und des Rettungswesens handelt es sich bei den Notfällen meist um hospitalisationsbedürftige und oft vital bedrohte Patienten, um Fälle mit Polytrauma, akutem Abdomen, Herzinfarkten, epileptischen Anfällen, Blutzuckerentgleisungen oder Hirnschlägen [21].

Der Notfall gliedert sich so aus Sicht des Hausarztes in zwei unterschiedliche Versorgungstypen.

1. Der ambulante Notfall: Er ist häufig, medizinisch oft harmlos, wird vom Hausarzt oder Dienstarzt selbständig versorgt. Das Rettungswesen kommt nicht zum Einsatz.
2. Der präklinische Notfall (ab NACA 3, siehe Tabelle 1): Er ist vergleichsweise selten und erfordert den Einsatz des Rettungsdienstes. Er wird vom Patienten oder den Angehörigen/Beteiligten oft als solcher erkannt und das Rettungswesen/REGA wird direkt alarmiert (z.B. bei Myokardinfarkt, Polytrauma, Appendizitis usw.).

Die Konzepte und der Mitteleinsatz zur Versorgung der beiden Notfalltypen unterscheiden sich erheblich. Die Versorgung des ambulanten Notfalls orientiert sich, neben der medizinischen Behandlung, vor allem an der Person, deren Ressourcen und dem Umfeld. Manchmal klärt sich ein Notfall schon am Telefon; das Kennen des Patienten erleichtert dabei den Entscheid. Oft muss er in die Praxis bestellt oder zuhause besucht werden, um sich ein verlässliches Bild machen zu können.

Der präklinische Notfall erfordert demgegenüber eine Fokussierung auf die medizinische Symptomatik und bei vitaler Bedrohung ein schnelles, prozedurales Handeln. Der Hausarzt, als Spezialist dieser Schnittstellen, ist in beiden Welten zuhause. Er erkennt die beiden Notfall-Typen verlässlich und ist in idealer Position für den adäquaten Mitteleinsatz.

Aus Sicht der Kosten ist es entscheidend, die ambulanten Notfälle entsprechend zu versorgen und das Rettungswesen idealerweise nur für stationär zu Behandelnde aufzubieten. Wie effizient die heutige Notfallversorgung in dieser Hinsicht arbeitet, ist nicht klar. Die uns bekannten Publikationen [21] diskriminieren bei den Interventionen des Rettungswesens zwischen vitaler und nicht-vitaler Bedrohung, nicht aber zwischen «ambulanter Abklärung» und «stationärer Behandlung».

Tabelle 1. National Advisory Committee for Aeronautics (NACA-Score) (nach [21]).

| NACA-Score | Beschreibung |
|------------|---|
| 1 | geringfügige Störung |
| 2 | ambulante Abklärung |
| 3 | stationäre Behandlung |
| 4 | akute Lebensgefahr nicht ausschliessbar |
| 5 | akute Lebensgefahr |
| 6 | Reanimation |
| 7 | Tod |

Der ambulante Notfall – ein schlecht wahrgenommener Dienst

Auszug von Prof. Stalder «Ein Tag Notfalldienst ...» [24]: «... Der Notfall hat viele Seiten: Notfallärztinnen/-ärzte denken an Reanimation und Intubation, die Bürger sehen die Ambulanz mit Sirene und Blaulicht, die/der diensttuende Assistenzärztin/-arzt fürchtet die Polytraumatisierten und die Herzinfarkte. Für die Patienten/-innen bedeutet der Notfall oft die unerträgliche Angst vor akutem Leiden, psychischem oder somatischem, die sie die diensttuende Ärztin, den diensttuenden Arzt anrufen lassen. Und für die praktizierende Ärztin, den praktizierenden Arzt? Wir wissen eigentlich wenig, wie sie und er den Notfalldienst erlebt ...»

Praktisch alle Publikationen zur Notfallmedizin in der Schweiz beschränken sich auf das Rettungswesen und die präklinische Medizin. Neben Fachpublikationen [25, 26] und einem Konzept für ein nationales Forschungsprojekt [21] erschienen in der Schweizerischen Ärztezeitung auch Arbeiten zur Organisation des Rettungswesens [27, 28]. Im Auftrag der Schweizerischen Sanitätsdirektorenkonferenz (SDK) entstand im Jahre 2003 zudem eine umfassende Zusammenstellung zur «Qualitätssicherung im Rettungswesen» [28].

Der hausärztliche Notfalldienst wird nicht zur Kenntnis genommen oder höchstens in Organigrammen erwähnt [18]. Publikationen spezifisch zum ärztlichen Notfalldienst sind rar. Wir wissen wenig über die Einsätze der Hausärzte, über die Art, die Häufigkeit und die Versorgung des ambulanten Notfalls. Aufgrund dieser Dokumentationslage ist es für alle «Nicht-Hausärzte» (Beteiligte im Rettungswesen, zuständige Stellen im Gesundheitswesen) schwierig, sich eine Bild und eine Vorstellung über den Stellenwert des ärztlichen Notfalldienstes innerhalb der Notfallversorgung zu machen.

In letzter Zeit wurden allerdings einige bedeutende Arbeiten publiziert, welche einen Einblick in die hausärztliche Notfallmedizin gewähren:

■ L. R. Campell berichtet über Notfall-Einsätze von Hausärzten im Rettungswesen des Kantons Graubünden ([29], vgl. Seite 1039). Es ist unseres Wissens die erste Publikation in der Schweiz, welche die Einsätze der Hausärzte in der Präklinik untersucht.

Im Kanton Graubünden erfolgt die präklinische Versorgung ausserhalb der notärztlich versorgten Notfallregionen Chur und Davos im sogenannten «Rendez-vous-System», d.h. der alarmierte Dienstarzt (niedergelassene Praktiker) und der Rettungsdienst treffen sich beim Patienten. Im Jahr 2003 sind insgesamt 1860 Einsätze von Hausärzten im Rettungswesen

sen dokumentiert, in 616 Einsätzen mussten von den Hausärzten schwere oder schwerste Notfälle behandelt werden (NACA 4–6).

■ Die Kommission «Forschung und Entwicklung in angewandter Medizin» (RRMA) der Schweizerischen Akademie der Medizinischen Wissenschaften rief 1992 in der Schweizerischen Ärztezeitung die Kollegen dazu auf, Erlebnisberichte zum Notfalldienst einzureichen [24]. Es konnten über 40 narrative Berichte, meist von Hausärzten geschrieben, publiziert werden. Sie geben einen exzellenten Einblick in die Vielfalt des ambulanten Notfalls.

Vergleicht man diese narrativen Berichte mit den Arbeiten aus der präklinischen Notfallmedizin, wird sofort klar, dass es sich bei den beiden «Versorgungsformen» um zwei verschiedene Welten handelt. Die Berichte machen auch klar, dass Wesentliches des ambulanten Notfalls nur schwer formalisierbar ist und damit mit den Werkzeugen klinischer Forschung nur schlecht abgebildet werden kann.

■ Der Qualitätszirkel Brugg untersuchte, in Zusammenarbeit mit zwei Spitälern, das Patientenverhalten in Notfallsituationen. Die Arbeit ging der Frage nach, warum immer mehr Patienten direkt die Notfallstationen der Spitäler aufsuchen [31]. Sie kamen zum Schluss, dass Abwesenheit des Hausarztes, Patienten-Alder von weniger als 35 Jahren sowie Ausländerstatus das direkte Aufsuchen des Notfalls im Spital begünstigen. 80% dieser Notfälle hätten vom Hausarzt oder Dienstarzt versorgt werden können.

Ärztlicher Notfalldienst – wie bringen wir uns national ein?

Es stellt sich die Frage, ob die historisch gewachsenen Strukturen des ärztlichen Notfalldienstes den Entwicklungen innerhalb der Notfallversorgung noch gerecht werden. Die präklinische Medizin und das Rettungswesen sind national organisiert (SGNOR, IVR, SMEDREC, REGA). Die ärztlichen Informations- und Beratungszentren, welche telefonische Auskunft und Triage anbieten, kooperieren auf nationaler Ebene mit den Verbänden, den Krankenkassen und Ärztenetzwerken. Der hausärztliche Notfalldienst, das mit Abstand wichtigste Segment der Notfallversorgung und ein wichtiger Pfeiler der präklinischen Versorgung, hat national keine Stimme, und es fehlen dementsprechend Möglichkeiten, die Interessen wirksam zu vertreten.

Zweifelsohne sollte der ärztliche Notfalldienst auch national vertreten sein. Zum Beispiel ist eine Korrektur der tariflichen Abbildung in Tarmed ohne nationalen Ansprechpartner auf ärztlicher Seite formal

wohl äusserst schwierig, wenn nicht unmöglich. Eine nationale Plattform würde auch die Voraussetzungen für Erfahrungsaustausch, Erforschung und Entwicklung schaffen. Insbesondere wären möglich:

- Kontakte und Einbindung in die national relevanten Gremien der Notfallversorgung/Rettungswesen;
- Vergleich, Diskussion und Erfahrungsaustausch aus den Notfalldienstregionen;
- Nutzung gemeinsamer Ressourcen (z.B. Dienstärzte auf Abruf, Notrufzentralen);
- Dokumentation und Erforschung des ambulanten Notfalldienstes;
- Entwicklung von Ideen und Modellen optimaler NFD-Organisation und -versorgung;
- gute Dienstarzt-Fortbildungen.

Der ärztliche Notfalldienst, eine Spezialität des Hausarztes, ist eine wichtige, flexible und kostengünstige Dienstleistung an einer potentiell enorm umtriebigen und teuren Schnittstelle des Gesundheitswesens zur Bevölkerung. Gute Fortbildung, faire Entschädigung, Anerkennung des geleisteten Einsatzes, fachliche Herausforderung und organisatorisch gute Vertretung im Rettungswesen wären Voraussetzungen, der Demotivierung und dem Dienstarztmangel entgegenzutreten zu können.

Literatur

- 1 [http://www.saez.ch/pdf/2001/2001-12-239.pdf](http://www.saez.ch/pdf/2001/2001-12/2001-12-239.pdf)
- 2 Tschudi P. Fragen rund um den Notfalldienst. Zürcher Ärztezeitung Nr. 3/2004.
- 3 OSGAM-Treffen mit den Grundversorgern im Fürstentum Liechtenstein. PrimaryCare 2004;4:661. Internet: <http://www.primary-care.ch/pdf/2004/2004-35/2004-35-329.pdf>
- 4 Stellungnahme des OSGAM-Vorstandes zur aktuellen Notfall-Regelung im Tarmed, PrimaryCare 2004;4: Nr. 13; <http://www.primary-care.ch/pdf/2004/2004-13/2004-13-101.PDF>
- 5 Notfalldienst – Theorie und Praxis, Müller M. PrimaryCare 2004;4: Nr. 13; <http://www.primary-care.ch/pdf/2004/2004-13/2004-13-085.PDF>
- 6 Medvantis; <http://www.medi-24.com/de/>
- 7 Medgate; <http://www.medgate.ch>
- 8 Haefeli A, Stäubli R, Brunner HH, Laetsch R. Ärztlicher Notfalldienst: Qualitätskriterien. Schweiz Ärztezeitung 2001;82:1573–4. Internet: <http://www.saez.ch/pdf/2001/2001-30/2001-30-744.pdf>
- 9 Horn B. Bei Notfall zuerst den Hausarzt anrufen. Schweiz Ärztezeitung 2004;85:1249. Internet: <http://www.saez.ch/pdf/2004/2004-24/2004-24-Leserbriefe.pdf>
- 10 Periat P. Synapse Nr. 2/2003. Internet: http://www.aerzte-bl.ch/extern/synapse_pdf/2003-2.pdf
- 11 Tschudi P. Zürcher Ärztezeitung Nr. 4/2003.
- 12 Gross R. Notfall TARMED. Schweiz Ärztezeitung 2004;85:1140. Internet: <http://www.saez.ch/pdf/2004/2004-22/2004-22-Leserbriefe.pdf>
- 13 Scharplatz D. Arzt im Rettungskonzept der Kantone. Schweiz Ärztezeitung 2002;83:513. Internet: <http://www.saez.ch/pdf/2002/2002-11/2002-11-291.pdf>

- 14 Bündner Rettungskonzept; http://www.buendneraerzteverein.ch/regl_notfalldienst.htm
- 15 Interverband für Rettungswesen; <http://www.ivr.ch/>
- 16 Schweizerische Medizinische Rettungskommission.
- 17 Schweizerische Gesellschaft für Notfall- und Rettungsmedizin; <http://www.sgnor.ch/>
- 18 Matter P, Imbach S. Kooperation im Schweizerischen Rettungswesen. Schweiz Ärztezeitung 2004;85:562–3. Internet: <http://www.saez.ch/pdf/2004/2004-11/2004-11-260.pdf>.
- 19 Plattform Schweizerisches Rettungswesen. http://www.fmh.ch/ww/de/pub/dienstleistungen/rettungswesen/plattform_rettungswesen.htm
- 20 Demand for and supply of out of hours care from general practitioners in England and Scotland: observational study based on routinely collected data. <http://bmj.bmjournals.com/cgi/content/full/320/7235/618>
- 21 von Planta M. Konzeption eines nationalen Forschungsprojektes für präklinische Medizin. Schweiz Ärztezeitung 2004;85:676–9. Internet: <http://www.saez.ch/pdf/2004/2004-13/2004-13-299.pdf>
- 23 Rettungswesen in der Schweiz – eine Bestandesaufnahme; <http://www.saez.ch/pdf/2003/2003-35/2003-35-703.pdf>
- 24 Stalder H. Ein Tag Notfalldienst ... Schweiz Ärztezeitung 2002;83:459–60. Internet: <http://www.saez.ch/pdf/2002/2002-10/2002-10-194.pdf>
- 25 Osterwalder J, Gerecke P, Oechslin E, von Planta M. Neuerungen der ACLS-Richtlinien 2000 im Überblick. Schweiz Ärztezeitung 2002;83:2488–96. Internet: <http://www.saez.ch/pdf/2002/2002-46/2002-46-114.pdf>
- 26 Oechslin E, Bernoulli L, Klemmer U, Malacrida R, Osterwalder J, von Planta M, et al. Defibrillation mit automatischen und halbautomatischen externen Defibrillatoren (AED). Auszug aus den Richtlinien und Empfehlungen zur Ausbildung und Anwendung. Schweiz Ärztezeitung 2001;82:2088–91. Internet: <http://www.saez.ch/pdf/2001/2001-39/2001-39-458.pdf>
- 27 Meier K, Heim C, Reinhardt D. Muss unser Rettungswesen optimiert werden? – Ja! Gedanken von Anästhesisten, die in der präklinischen Notfallmedizin tätig sind. Schweiz Ärztezeitung 2003;84:1787–9. Internet: <http://www.saez.ch/pdf/2003/2003-35/2003-35-812.pdf>
- 28 Qualitätssicherung im Rettungswesen; <http://www.gdk-cds.ch/de/gespol/planungvers/Evaluation-Rettungswesen-1-1-d.pdf>
- 29 Campell RL. Notfalleinsätze der Dienstärzte im Rettungswesen Graubünden 2003. PrimaryCare 2004;4:1039–41.
- 30 Un jour de garde ... / Ein Tag Notfalldienst SÄZ, verschiedene Ausgaben; Herausgegeben von Prof. H. Stalder, Genf. Ganze Artikel-Serie unter <http://www.bibliosgam.ch/dok.php> (4.7 Mb)
- 31 Qualitätszirkel Brugg. Selbsteinweisungen ins Spital. PrimaryCare 2002;2:280–3. Internet: <http://www.primary-care.ch/pdf/2002/2002-10/2002-10-061.pdf>