

Notfalleinsätze der Dienstärzte in Graubünden 2004

Lüzza Campell¹, Franz Marty²

Wir berichteten vor einem Jahr erstmalig über die Rettungseinsätze der Dienstärzte im Kanton Graubünden. Die Zahlen für das Jahr 2004 zeigen eine leichte Zunahme der Rettungseinsätze. Die von den Dienstärzten erhobene Statistik wird erstmalig mit Zahlen der Sanitätsnotrufzentrale und den «Kenndaten der Rettungsdienste» verglichen und diskutiert.

Die Bündner Daten dokumentieren den Einsatz der Hausärzte im Rettungswesen, deren zentrale Rolle in Dienstregionen ohne spitalgestützte Notarztversorgung und geben Hinweise zur Optimierung des Rettungsdienstes.

Voici un an, nous avons fait le compte rendu des interventions d'urgence des médecins de service dans le canton des Grisons. Les chiffres de 2004 montrent une légère augmentation du nombre d'interventions. Les statistiques élaborées par les médecins de service sont pour la première fois comparées avec celles des centrales d'appels d'urgence et avec «les chiffres-clés des services secours».

Les données des Grisons documentent les interventions des médecins de famille dans les secours d'urgence, interventions qui jouent un rôle essentiel pour ces régions dépourvues de service d'urgence hospitalier. Elles donnent aussi des indications sur les possibilités d'optimisation des services de secours.

Einleitung

Die ambulanten Notfälle werden zu ca. 90% von den Hausärzten in eigener Regie erledigt, für jeden 10. Notfall muss die Rettungskette alarmiert werden ([1], Daten für die Schweiz keine bekannt).

Der Kanton Graubünden verabschiedete 1999 ein neues Rettungskonzept [2] für die medizinische Notfallversorgung der Bevölkerung. Im Rahmen dieses Rettungskonzeptes erhalten die Dienstärzte (Hausärzte im Notfalldienst) finanzielle Unterstützung für die Notfall-Ausrüstung und die Fortbildung [3]. Die Dienstärzte verpflichten sich, eine Notfallstatistik zu führen und jährlich zu berichten.

Einen ersten Bericht über die Notfalleinsätze der Dienstärzte im Rettungswesen des Kantons Graubünden 2003 publizierten wir Ende 2004 [4]. In dieser Zusammenstellung berichten wir über die Ret-

tungseinsätze im Jahre 2004 und diskutieren diese im Kontext von Daten aus dem «Kenndatenbuch der Rettungsdienste 2003» [5] und dem Jahresbericht der Sanitätsnotrufzentrale (SNZ) 144.

Unseres Wissens werden in keinem andern Kanton vergleichbare Daten erhoben, Leistungen der Hausärzte im Rettungswesen sind bis anhin nicht dokumentiert.

Methoden

Unsere Erhebung umfasst alle Notfalleinsätze der Hausärzte im Rettungswesen, d.h. Einsätze, bei welchen der boden- oder luftgebundene Rettungsdienst vom HA angefordert oder welche über die SNZ 144 ausgelöst wurden. Neben Daten zur Person, Angaben zum Ort und Diagnose werden die Art der Alarmierung und der Schweregrad der Notfälle nach dem NACA-Score (siehe Tab. 1) festgehalten. Im Gegensatz zur Erhebung des Jahres 2003 wurden die NACA-Scores Schweregrad I, II und III auch differenziert und nicht mehr nur summarisch erfasst. Die Erhebungen sind per Januar des folgenden Jahres jeweils dem Sekretär des Bündner Ärztevereins zuzustellen.

1 Daten und Bericht: Dr. med. Lüzza R. Campell-Dietrich, Facharzt für Allgemeinmedizin FMH, Notarzt SGNOR, Leitender Notarzt.

2 Redaktion: Dr. med. Franz Marty, Facharzt Allgemeinmedizin FMH, Arbeitsgruppe Literatur/Dokumentation SGAM.

Tabelle 1. Beschreibung NACA-Score.

1 geringfügige Störung
2 ambulante Abklärung
5 akute Lebensgefahr
6 Reanimation
7 Tod

Die Datenerhebung erfolgte für die Rettungseinsätze der Hausärzte in den 22 Dienstregionen mit Rendez-vous-System³. Dienstregionen mit präklinischer Versorgung im Kompaktsystem⁴ (Val Müstair, Oberhalbstein, die Landschaft Davos und die Stadt Chur) sind nicht berücksichtigt.

Resultate der Erhebung (in Klammern Zahlen aus dem Jahre 2003)

Rücklauf

Von den 120 Dienstärzten (122) der 22 Regionen haben 97 (96) die Statistik retourniert, was einem Rücklauf von 81% (80%) entspricht.

Verteilung der Dienstärzte auf die einzelnen Regionen

Die 97 (96) Dienstärzte haben in 91 Arztpraxen ihren Dienst geleistet. Die Anzahl der Ärzte in den einzelnen Dienstregionen ist sehr unterschiedlich: Während sich in der Region Bündner Herrschaft insgesamt 13 (14) Ärzte den Dienst teilen, wurden zum Beispiel in den Regionen Bergell und Samnaun alle Dienste von je einer Praxis geleistet. In insgesamt 7 (8) der 22 Dienstregionen mussten alle Dienste von drei oder weniger Arztpraxen geleistet werden, was einer Belastung von mehr als zwei Dienstagen à 24 h pro Woche und mehr als einem Wochenende pro Monat neben der normalen Arbeitszeit entspricht.

Tabelle 2. Dienstleistungen im Rettungswesen (Alarm via Praxis und via 144).

Jahr	Alarm von 144	Alarm Praktiker	Alarm total	Alarm 144 Rettung nicht notwendig	Rettungseinsätze total
2003	551	1309	1860	204	1656
2004	751	1459	2210	297	1913

Tabelle 3. Anzahl Dienstleistungen nach klinischem Schweregrad.

Jahr	NACA-Score							Gruppen		
	I	II	III	IV	V	VI	VII	total	I-III	IV-V
2003				399	189	28	73	1656	1129	689
2004	38	256	1113	602	136	25	40	1913	1407	803

Art der Alarmierung

Die dienstleistenden Ärzte wurden entweder von den Patienten oder deren Umfeld direkt alarmiert, via SNZ 144 aufgeboden oder mussten den Rettungsdienst für Patienten in ihrer Praxis anfordern. 751 (551) oder 34% (30%) der Alarmierungen erfolgten über die SNZ, 1459 (1309) oder 66% (70%) direkt aus der Praxis heraus. Unverändert gegenüber dem Jahre 2003 blieben die regionalen Unterschiede: In den 5 Regionen Mesolcina, Disentis-Sedrun, Scuol, Zernez und St. Moritz wurden mehr Einsätze auf Anforderung der SNZ geleistet als direkt aus der Praxis heraus.

Zahl der Einsätze

Im Jahr 2004 wurden 2210 (1860) Notfalleinsätze erfasst (Tab. 2). Es wurden bei praktisch gleichbleibender Ärztezahl 350 Notfälle mehr versorgt als im Jahre 2003, was einem Plus von 19% entspricht. Bei 1913 (1656) der insgesamt 2210 (1860) Dienstärzteinsätze oder 86,5% (89%) waren die regionalen Rettungsdienste oder die REGA beteiligt. Bei 297 (204) Alarmierungen durch SNZ 144 war die Mitarbeit der Rettungsdienste nicht nötig, da die Patienten am Ereignisort ambulant versorgt werden konnten.

Schweregrad der Notfälle

Die Beurteilung des Schweregrades der Notfälle wurde nach dem NACA-Score (National Advisory Committee for Aeronautics) beurteilt ([5], Tab. 3). Die Zahlen zeigen, dass es sich in 803 (689) oder 42% (42%) der effektiv geleisteten 1913 (1656) Einsätze um schwere bzw. schwerste Notfälle handelte (NACA-Score IV-VII). In diesen Fällen ist ein möglichst kurzes Zeitintervall zwischen Alarmierung und präklinischer Erstversorgung für den weiteren Verlauf entscheidend.

294 (Zahlen 2003 nicht bekannt) betraf Patienten mit einem NACA-Score von I (geringfügige Störung) oder II (ambulante Abklärung).

90 der insgesamt 97 Ärzte wurden zu mindestens 2, 21 Ärzte zu mehr als 10 und 7 Ärzte zu über 20 solcher schweren Notfälle gerufen (Samnaun, Pontresina, Sils, Silvaplana, Arosa, Bergell und Poschiavo).

Beanspruchung Telefon SNZ 144

Laut Jahresbericht 2004 der SNZ erreichten aus den 22 von uns untersuchten Dienstregionen insgesamt

3 Der alarmierte Dienstarzt und der Rettungsdienst treffen sich beim Patienten.

4 Arzt und Rettungswesen rücken gemeinsam vom Spital aus. In Chur Notarzt.

3944 Anrufe die Notrufnummer 144 [7]. Wie aus unserer Erhebung ersichtlich, wurde dabei in 751 Fällen oder in 19% der 144er-Anrufe der Dienstarzt mobilisiert. In 454 dieser Einsätze oder in 11,5% der 144er-Anrufe kam es zu einem Aufgebot des Rettungsdienstes, in 297 Fällen war dies nicht nötig.

Kenndatenbuch 2003 der Rettungsdienste des Kantons Graubünden [5]

In den 22 untersuchten Notfalldienst-Regionen wurden durch den Rettungsdienst insgesamt ca. 5200 Primäreinsätze⁵ gefahren, davon ca. 2000 Primäreinsätze oder 40% mit der Dringlichkeitsstufe D1 (Blaulicht)⁶. Unsere Daten aus dem Jahre 2003 dokumentieren 1650 Einsätze von Dienstärzten im Rettungswesen. Wir müssen somit davon ausgehen, dass bei ca. 25% der D1-Einsätze der regionalen Rettungsdienste kein Dienstarzt aufgeboten wurde. Nach dem Kenndatenbuch betrifft dies v.a. die Regionen mit Spital, wo keine Ärzte mit dem Rettungswagen mitfahren (Thusis, Schiers, Oberengadin) und als Arztersatz oft ein speziell ausgebildeter Anästhesiepfleger mit hoher fachlicher Kompetenz eingesetzt wird.

Diskussion

Der Rücklauf der Notfallstatistik lag wiederum bei erfreulichen 80%! Die Einsätze der Dienstärzte im Rettungswesen nahmen um knapp 20% zu, jeder Dienstarzt leistete durchschnittlich 20 Einsätze, wobei die Beanspruchung in den einzelnen Regionen sehr unterschiedlich ist. In 7 Dienst-Regionen teilen sich nach wie vor 3 oder weniger Ärzte die Dienstpflichten, was zu übermässigen Präsenzzeiten führt.

Der Vergleich der Anzahl bei der SNZ eingegangenen Anrufe mit der Zahl der Einsatz-Aufgebote durch die SNZ demonstriert den Triage-Effekt dieser vorgeschalteten Stelle. Lediglich 19% der Anrufe lösten einen Dienstarzt-Einsatz aus. Von diesen Dienstarzt-Einsätzen konnten zudem 40% vor Ort, d.h. ohne Aufgebot des Rettungswesens, versorgt werden.

Der Vergleich unserer Daten 2003 mit dem Kenndatenbuch der Rettungsdienste zeigt, dass in einigen Regionen des Kantons bei Einsätzen der Dringlichkeitsstufe D1 weder ein Dienstarzt noch ein Spitalarzt aufgeboten wurde. Neben dem «Kompakt»- und dem «Rendez-vous»-System kamen und kommen so zusätzlich regionale Lösungen zum Zuge.

Es betrifft vor allem die Regionen, wo keine Ärzte auf dem Rettungswagen mitfahren und nur auf das Rendez-vous-System mit den Dienstärzten zurückgegriffen werden kann (z.B. Oberengadin, Schiers,

Thusis). In diesen wird z.T. als Arztersatz ein speziell ausgebildeter Anästhesiepfleger mit hoher fachlicher Kompetenz eingesetzt, was sicher eine gute Variante ist, falls sie konsequent über das ganze Jahr und bei allen Fällen mit hoher Dringlichkeitsstufe angewendet wird. Es ist aber festzustellen, dass sich aufgrund der SpARBemühungen des Kantons der Einsatz von Ärzten und Anästhesieplegern aus dem Spital (z.B. Ilanz, Samedan) im Rettungsdienst stark reduziert hat und somit die Dienstärzte mehr eingesetzt werden.

Die grundsätzliche Frage, wer zu einem schweren Notfall aufgeboten werden soll (Ärzte, Anästhesiepfleger, Rettungssanitäter, REGA und weitere), wird im Moment auch intensiv erforscht [8].

In über 40% der Rettungs-Einsätze der Dienstärzte lag der Schweregrad der Gefährdung des Patienten bei einem NACA-Score von IV oder darüber (mögliche Lebensgefahr oder sichere Lebensgefahr). Die Dienstärzte können so in der Funktion des «professionellen first-responder» [9] die ersten lebenserhaltenden Massnahmen (Frühdefibrillation, kardiopulmonale Reanimation, Lagerung, Legen eines Venenzuganges, Volumentherapie und medikamentöse Therapie) mit den Rettungssanitätern der Rettungsdienste durchführen.

Um solche Notfälle fachgerecht versorgen zu können, müssen die Ärzte gut ausgebildet und ausgerüstet werden. Diesbezüglich wurden sie in den letzten Jahren wirkungsvoll vom Kanton unterstützt, die jährlichen Investitionen von 160 000 bis 200 000 Fr.⁷ in Material und Ausbildung für die 120 Dienstärzte sind unseres Erachtens gut investiert.

Bei schwersterkrankten oder verletzten Patienten mit akuter Lebensgefahr (NACA V) wäre es wünschbar, jederzeit noch ein professionelles Notarzt-Team alarmieren zu können, um erweiterte lebenserhaltende Therapien und einen sicheren und direkten Transport in ein Zentrumsspital zu gewährleisten. Im Kanton Graubünden wird ein solcher Notarzt-Dienst in der Stadt Chur (vom Kantonsspital) und von den beiden REGA-Basen (Samedan und Untervaz) angeboten.

5 Rettungseinsätze im «Feld», im Gegensatz zu «Sekundäreinsatz» (Verlegung von Spital zu Spital).

6 Im Kenndatenbuch sind «Chur Stadt» (nicht eingeschlossen in unserer Untersuchung) und «Chur Land» (eingeschlossen in unserer Untersuchung) nicht separat aufgeführt, genauere Angaben sind deshalb nicht möglich.

7 Zum Vergleich Kosten Rettungswagen komplett: ab 250 000 Fr.

Ausblick

Welche Anstrengungen der verschiedenen Partner müssen in Zukunft weiter unternommen werden, damit dieses System noch effizienter eingesetzt werden kann?

■ Wir Hausärzte müssen uns bewusst sein, dass der Notfalldienst eine Kernkompetenz [10] der Grundversorger ist und die Qualität als Dienstarzt im Rettungswesen auf den drei Pfeilern «jährliche Fortbildung» (Refresher-Kurse), «adäquate Ausrüstung» und einheitliche Behandlungsstandards (Algorithmen) stehen.

■ Von der SNZ 144 erwarten wir eine einheitliche Indikationsliste für das Aufgebot der Dienstärzte. Um wirklich immer den nächstgelegenen einsatzbereiten Dienstarzt zu alarmieren, bedarf es noch einer Verfeinerung des jetzigen Systems.

■ Von der Politik (Bund, Kanton, Gemeinden) erwarten wir klare Vorgaben und Konzepte zum Rettungswesen, die auf den aktuellen Wissensstand basieren.

Um Rettungskonzepte im Gesamten nachhaltig umsetzen zu können, müssen die Leistungen der Ärzte entsprechend honoriert und Lücken in der Leistungsvereinbarung geschlossen werden. Insbesondere ist die Situation in den Notfalldienst-Regionen mit weniger als drei Ärzten noch völlig unbefriedigend.

Dank

Ich möchte mich bei allen teilnehmenden Kollegen und den Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern meiner Praxis für ihre Teilnahme und grosse Unterstützung bedanken. Ebenso herzlichen Dank an den Geschäftsführer des Bündner Ärztevereins Herrn Dr. jur. C. Portner und seinen Mitarbeiterinnen für die logistische Unterstützung.

Literatur

- 1 Salisbury C, Trivella M, Bruster W. Demand for and supply of out of hours care from general practitioners in England and Scotland: observational study based on routinely collected data. *BMJ* 2000;320:618–21. Internet: <http://bmj.bmjournals.com/cgi/content/full/320/7235/618>
- 2 Rettungskonzept: http://www.gesundheitsamt.gr.ch/download/rettungskonzept_graubuenden_1999.pdf
- 3 Leistungsvereinbarung, Sekretariat Bündner Ärzteverein, Chur: <http://www.buendneraerzteverein.ch/>
- 4 Campell-Dietrich LR. Notfalleinsätze der Dienstärzte im Rettungswesen (Graubünden 2003). *PrimaryCare* 2004;4:1039–41. Internet: <http://www.primary-care.ch/pdf/2004/2004-50/2004-50-304.pdf>
- 5 Kenndaten Rettungsdienste 2003: http://www.gesundheitsamt.gr.ch/download/RD_Kenndaten_2003_farbig.pdf
- 6 Modler C, Jank KW, Werdan K, Hrsg. Das NAW-Buch. Praktische Notfallmedizin. München: Urban & Schwarzenberg; 1995. S. 106–7.
- 7 Jahresbericht der Sanitätsnotrufzentrale 144, Regionalspital Ilanz.
- 8 Matter P. Datenerhebung in der präklinischen Medizin in der Schweiz. Vortrag am 12. Schweizerischen Notfallsymposium, Bern 2003.
- 9 Reymond S. Der praktizierende Arzt als «First responder» – die Sicht der Schweizerischen Gesellschaft für Allgemeinmedizin. Vortrag am 12. Schweizerischen Notfallsymposium, Bern 2003.
- 10 Marty F. Ärztlicher Notfalldienst – ein verkannter Dienst der Notfallversorgung im Gesundheitswesen? *Primary Care* 2004;4:1042–6. Internet: <http://www.primary-care.ch/pdf/2004/2004-50/2004-50-541.pdf>

Dr. med. Lúzza R. Campell-Dietrich
Via Maistra 35
CH-7504 Pontresina
luezza.campelldietrich@hin.ch