Die Belastung des Hausarztes im regionalen Notfalldienst

Über den hausärztlichen Notfalldienst in der Schweiz ist wenig bekannt. Der erste Teil dieses Artikels untersucht verschiedene Aspekte der zeitlichen und emotionalen Belastung im hausärztlichen Notfalldienst; in einem zweiten Teil soll ein Kostenvergleich zwischen dem hausärztlichen Notfalldienst und den stationären Notfallstationen angestellt werden.

Il n'y a pas abondance de données sur le service des urgences en suisse. Nous avons enquêté sur différents aspects de la charge émotionnelle et en temps de travail du service d'urgence pour les médecins de premier recours (1re partie) et présentons dans la deuxième partie une étude comparative des coûts entre le service d'urgence des médecins de premier recours et les services d'urgence stationnaires.

Walter Hugentobler
Hausarztverein Effretikon und Umgebung[1]

Einleitung

Ärzteschaft und Bevölkerung betrachten es seit Jahrzehnten als Selbstverständlichkeit, dass die Hausärzte regionalen Notfalldienst leisten. Diese Dienstleistung gilt zu recht als eine Kernkompetenz der Grundversorger. Obwohl die Mehrzahl der Notfälle ambulant durch die Hausärzte betreut wird, existieren in der Schweiz kaum Untersuchungen zu diesem Bereich der Notfallversorgung.

Zahlreiche Arbeiten befassen sich mit der in der Fachpresse und in den breiten Medien auf grosses Interesse stossenden spektakulären Tätigkeit der Rettungsdienste und beschreiben damit die stationär zu behandelnden oder potentiell lebensbedrohlichen Notfälle. Auch in den nationalen und interkantonalen Gremien des Rettungswesens (SGNOR, SMEDREC, IVR) existiert der hausärztliche Notfalldienst bestenfalls in den Organigrammen. Da dieser Dienst regional organisiert und kantonal reglementiert wird, fehlt ihm ein nationales Organ, weshalb er sich höchstens über die Fachgesellschaften auf der «Plattform Schweizerisches Rettungswesen der FMH» Gehör zu verschaffen vermag.

Die Arbeit von Campell untersuchte die Zusammenarbeit der lokalen Hausärzte mit dem Rettungswesen des Kantons Graubünden [1]. Zwei Studien aus der Schweiz analysierten den Einfluss der Telefonberatung auf das Notfallverhalten der Anrufenden sowie die getroffenen Triageentscheidungen [2, 3]. Meer hat gezeigt, dass die Betroffenen mit der Selbstbeurteilung ihrer Beschwerden überfordert sind. In 70% der Fälle wich die Beurteilung der beratenden Fachleute bezüglich Handlungsbedarf und Dringlichkeit von der Patientenmeinung ab [2]. Nur 2% der Patienten, welche beabsichtigten, eine Notfallstation aufzusuchen, wurden in diesem Vorhaben bestärkt.

Eine Erhebung über Spitalselbsteinweiser ergab, dass über die Wochentage verteilt 57% der betreffenden Personen ohne vorherige Kontaktaufnahme mit dem in der Region diensthabenden Hausarzt auf der Notfallstation erscheinen und dass der Anteil dieser sogenannten «Walking-in-Patienten» am Samstag und Sonntag auf 68 respektive 80% ansteigt! Das Kollektiv der Selbsteinweiser unterscheidet sich bezüglich der Diagnosen und der Dringlichkeit nicht von jenen Patienten, die sich im regionalen Notfalldienst melden [4].

Aus der Arbeit von von Below und Marty wissen wir, wie vielfältig die Organisationsformen des ärztlichen Notfalldienstes im föderalistischen schweizerischen Gesundheitswesen sind. Diese Studie gibt auch Auskunft über die zeitliche Belastung durch den Notfalldienst, die durchschnittliche Anzahl der kooperierenden Ärzte und der betreuten Personen sowie die Zahl der Patientenkontakte pro 1000 Einwohner. Es finden sich jedoch keine Angaben über die Zahl der Patientenkontakte pro Diensteinheit,

1 Mitglieder: H. Baumann, K. Baumann, J. Berner, P. A. Bozzone, M. Canonica, R. Hammer, R. Hartmeier, M. Igual, U. Kuhn, P. Moeschlin, H. Morger, D. Müller, T. Pfister, A. Siegrist, B. Tschirky, E. Vogt, Ch. Willi, U. Zehnder

die Dringlichkeit der Notfallkonsultationen und die getroffenen Triageentscheidungen [5].
Antworten auf diese Fragen soll die vorliegende Untersuchung geben.

Methoden

Notfalldienstregion des Hausarztvereins Effretikon und Umgebung

Der Hausarztverein Effretikon und Umgebung setzt sich aus 30 in der Grundversorgung tätigen Ärzten zusammen, von denen 19 die regionale Notfallversorgung der Bevölkerung sicherstellen. Das Notfallrayon umfasst gut zehn Gemeinden und Weiler sowie die Stadt Illnau-Effretikon. In diesem Gebiet leben 48 271 Personen, das sind 2540 Einwohner pro dienstleistenden Arzt.

Organisation des Notfalldienstes in der Region

Die Organisation der *täglichen Notfalldienste* ist den Kollegen in den Gemeinden überlassen, der Donnerstagnachmittag und die Wochenenden werden vom regionalen Notfalldienst abgedeckt. *Der regionale Notfalldienst* ist in der Zeit von Donnerstag 12.00 Uhr bis Freitag 07.00 Uhr und von Samstag 12.00 Uhr bis Montag 07.00 Uhr sowie an den Feiertagen erreichbar. Pro Woche teilen sich zwei Hausärzte den Dienst. Der eine ist von Donnerstag bis Samstag verfügbar, der andere während der 24 Stunden von Sonntag 07.00 Uhr bis Montag 07.00 Uhr. Für die Statistik wurden der Dienst von Donnerstag bis Samstag und jener an den Sonn- und Feiertagen als *eine* Diensteinheit gewertet. Im Jahr 2004 leistete der Verein 126 Diensteinheiten, das sind sechs bis sieben Einheiten pro Hausarzt und Jahr.
Der diensthabende Notfallarzt hat zumindest bis abends um 18.00 Uhr sein Praxispersonal im Einsatz, kann also tagsüber auch an den Feiertagen die volle Dienstleistungspalette einer Grundversorgerpraxis inklusive Labor und Röntgen anbieten.
Die Publikation der Dienstliste erfolgt mittels eines halbjährlichen Versands eines Orientierungsblattes an alle Haushaltungen sowie über eine Annonce in den Mitteilungsblättern der Gemeinde und in einer Regionalzeitung.

Aufzeichnung der Dienste

Im ersten Halbjahr 2005 wurden alle Patientenkontakte im Notfalldienst der Region Effretikon und Umgebung erfasst. Gefragt wurde nach der Anzahl der untersuchten Patienten, der telefonischen Beratungen sowie der Haus- oder Heimbesuche. Ebenfalls erfasst wurden die Anzahl der Hospitalisationen und Ambulanzeinsätze sowie jene der Patienten, die nach 22.00 Uhr untersucht oder telefonisch beraten worden waren.
Ergänzend erfolgte nach subjektiver Einschätzung des Dienstarztes eine Einteilung der Notfälle in die beiden Kategorien der «echten Notfälle» und der «Komfortbehandlungen».
Im Anschluss an die Erhebungsphase wurde mit einem Fragebogen die Meinung der Dienstärzte zu Problemen rund um den Notfalldienst und den festgestellten Veränderungen der letzten Jahre erhoben.

Resultate

Alle 60 Diensteinheiten in der Halbjahresperiode vom 1. Januar bis zum 30. Juni 2005 konnten lückenlos dokumentiert werden. Es wurden insgesamt 1723 Patientenkontakte erfasst. 1387 Patienten (80,5%) wurden vom Arzt untersucht, in 336 Fällen (19,5%) erfolgte die Beratung telefonisch, in 202 Fällen (11,7%) fand der Kontakt nach 22.00 Uhr statt (Tab. 1).
Pro Dienst fanden im Durchschnitt 28,7 Notfallkontakte statt: 23,1 am Patienten und 5,6 am Telefon; 3,4 (2 am Patienten und 1,4 am Telefon) fanden nach 22.00 Uhr statt.
Nach Einschätzung der behandelnden Ärzte war in 58,3% der geforderten Notfallkontakte (Konsultation und Telefon) eine medizinische Dringlichkeit gegeben; 116 (6,7%) der Patienten mussten hospita-

Tabelle 1
Zeitpunkt und Art des Kontaktes, Anzahl der Hospitalisationen und Besuche.

	Anzahl Kontakte	
	Total	Pro Dienst (in %)
Total Notfallkontakte	1723	28,7
Untersuchungen am Patienten	1387	23,1
Echte Notfälle	872	14,5
Nach 22.00 Uhr	119	2
Telefonische Konsultationen	336	5,6
Echte Notfälle	132	2,2
Nach 22.00 Uhr	83	1,4
Hospitalisationen	116	1,9
Telefonisch	21	0,4
Von zu Hause	27	0,5
Aus der Praxis	68	1,1
Ambulanztransporte	34	0,6
Hausbesuche		
Beim Patienten	80	1,3
Im Heim	32	0,5
Echte Notfälle	872	63
«Komfortbehandlungen»	515	37

lisiert werden, in rund einem Viertel der Fälle durch die Ambulanz.
Es wurden in der sechsmonatigen Beobachtungsperiode 112 Notfallbesuche durchgeführt, 80 beim Patienten zu Hause und 32 Heimbesuche (Alters- und Pflegeheime der Region).
Die Frage «Was belastete mich im Notfalldienst vor allem, und welche Probleme nehmen meiner Meinung nach zu, welche ab?» zeigt, dass die verschiedenen Bereiche der Notfallversorgung sich unterschiedlich entwickeln (Tab. 2).
Als klar zunehmend wurden genannt: psychosoziale Krisensituationen, Migrationsprobleme, masslose Patientenforderungen, Nachtpräsenz/Schlafmangel, Inkassoprobleme sowie «das Gefühl, dass der Einsatz als absolut selbstverständlich hingenommen wird».
Aufschlussreich sind die Einschätzungen bezüglich die Zu- oder Abnahme einiger häufiger Notfallsituationen (Tab. 3). Von den Befragten waren 21 Dienstärzte der Meinung, die «Bequemlichkeitsnotfälle» hätten zugenommen. Eine klare Mehrheit war der Ansicht, die Zahl der Panikattacken, der psychosozialen Notfälle und der «Zweitmeinungsnotfälle» sei gestiegen. Abgenommen hat offensichtlich die Häufigkeit von Wundversorgungen, Herz-Kreislauf-Notfällen und akuten respiratorischen Problemen.

Tabelle 2
Subjektiver Eindruck zur Belastungssituationen im Notfalldienst.

Belastungssituation	Ist belastend	Veränderung	
		Zunahme	Abnahme
Konfrontation mit psychosozialen Krisensituationen	9	11	0
Hoher Ausländeranteil mit schwer nachvollziehbarer Mentalität	10	14	1
Konfrontation mit masslosen, ungerechtfertigten Patientenforderungen	8	16	0
Psychische Anspannung durch die jederzeit mögliche Konfrontation mit lebensbedrohlichen Situationen	12	6	1
Nachtpräsenz und Schlafmangel	11	12	3
Angst davor, mit Regressforderungen von Notfallpatienten konfrontiert zu werden	7	5	1
Angst vor der Fehleinschätzung einer Notfallsituation	12	6	1
Probleme bei der nächtlichen Suche nach Hausnummern und Strassen	14	5	3
Der Notfalldienst belastet mich nicht, ich betrachte ihn als Herausforderung.	3		
Konfrontation mit Drogen- und Alkoholproblemen	8	9	1
Einsätze auf Aufforderung der Polizei (FFE von Inhaftierten)	10	9	1
Gefühl, in der lebensrettenden Ersten Hilfe ungenügend routiniert reagieren zu können	10	5	1
Häufigkeit der Inkassoprobleme	10	11	2
Gefühl, dass mein Einsatz als absolut selbstverständlich hingenommen wird	10	16	0
Häufigkeit der Probleme mit der sprachlichen Verständigung	6	6	5
Häufigkeit von Konfrontationen mit pädiatrischen Problemen	6	0	0

Die grau unterlegten Probleme wurden von mehr als der Hälfte der Kollegen als belastend empfunden und ihre Häufigkeit als zunehmend eingestuft.

Tabelle 3
Subjektiver Eindruck zur Häufigkeit klinischer Notfallsituationen.

	Zunahme	Abnahme
«Bequemlichkeitsnotfälle»	21	0
Panikattacken	15	1
Psychosoziale Notfälle	13	0
«Zweitmeinungsnotfälle»	10	2
Pädiatrische Notfälle	7	4
Wundversorgungen	0	13
Herz-Kreislauf-Notfälle	3	9
Akute respiratorische Probleme	4	8

Diskussion

In 93% der Fälle konnte das Notfallanliegen der Patienten von den Dienstärzten behandelt werden, und nur bei 6,7% der Konsultationen musste eine Spitaleinweisung erfolgen.
Die ermittelten knapp dreissig Patientenkontakte pro Dienstperiode von 38 (Do/Sa) respektive 24 Stunden (Sa/So) sind physisch und psychisch belastend.
Als Belastungsfaktoren wurden wiederholt genannt:
- immer öfter Konfrontation mit Menschen in psychosozialen Krisensituationen (Drogen, Alkoholmissbrauch, akute Beziehungskrisen und psychiatrische Fälle), insbesondere an den Wochenenden;
- «Drehtürpsychiatrie» mit häufigen FFEs;
- Einsätze auf Aufforderung der Polizei (psychiatrische Einweisung von Inhaftierten, Beurteilung der Hafterstehungsfähigkeit);
- Konfrontation mit masslosen und ungerechtfertigten Patientenforderungen;
- hoher Anteil an Ausländern mit schwer nachvollziehbarer Mentalität.

Die 3,4 Patientenkontakte nach 22.00 Uhr verkürzen die durchschnittliche ungestörte Schlafzeit auf fünf bis sechs Stunden.
Obwohl die Anzahl der Patientenkontakte in den letzten 20 Jahren im Schnitt konstant geblieben ist, werden die Diensteinsätze von den älteren Kollegen als stärker belastend wahrgenommen, dies insbesondere wegen der Anspruchshaltung der Patienten und

der abnehmenden Wertschätzung für die erbrachte Leistung.
In der heutigen Dienstleistungsgesellschaft versteht sich auch der Patient zunehmend als Kunde, welcher glaubt – der Kunde ist König –, auf jede von ihm gewünschte Dienstleistung rund um die Uhr einen verbürgten Anspruch erheben zu können. Damit sind wir beim immer wieder bemühten Bild des Gesundheitswesens als Selbstbedienungsladen oder – auf den Notfalldienst bezogen und noch deutlicher ausgedrückt – beim «Rund-um-die-Uhr-Shopping». Wir müssen uns die Frage stellen, ob der von uns angebotene 24-Stunden-Dienst nicht deshalb auf so wenig Wertschätzung bei den beanspruchenden Patienten stösst, weil er unzeitgemäss ist und die Patienten wohl davon ausgehen, dass er aufgeteilt in zwei bis drei Schichten versehen wird!

Wer die Entwicklung der Arbeitszeiten in den Spitälern und die dabei vorgebrachten arbeitsrechtlichen und qualitätsbezogenen Argumente verfolgt hat, muss zum Schluss kommen, dass die Belastung im regionalen Notfalldienst unter beiden Aspekten nach heutigem Verständnis untragbar ist. Zu fordern wäre eine Entlöhnung des Notfalldienstes, die einen anschliessenden Freitag zur Kompensation ermöglichen würde!

Die Hochrechnung unserer Zahlen auf ein Jahr ergibt 71 Patientenkontakte pro 1000 Einwohner und Jahr. Das ist im Vergleich zu anderen Studien wenig. Nationale [13] und ausländische Untersuchungen [6–8] zeigten, dass pro 1000 Einwohner und Jahr mit 120 bis mehr als 400 Notfallkontakten zu rechnen ist. Ein direkter Vergleich dieser Studien ist allerdings aus methodischen Gründen mit Vorsicht zu geniessen; unsere tiefen Werte lassen sich aber möglicherweise als Ausdruck einer zunehmenden Patientenselbsteinweisung interpretieren.

Es muss uns Hausärzte beschäftigen, wenn wir feststellen müssen, dass sich heute in den Rand- und Nachtstunden immer mehr Notfallpatienten direkt an das Spital wenden [6], anstatt sich beim diensthabenden Hausarzt zu melden! Diese Entwicklung ist völlig ungesteuert erfolgt und stellt einen teils gewollten, teils unbeabsichtigten Missbrauch der Notfallressourcen durch die Patienten dar.

Folgende Hauptgründe sind für diese Entwicklung – sie wird in den zitierten Studien auch diskutiert – verantwortlich:
- Schlecht integrierte Ausländer und zunehmend auch junge Patienten, die bisher pädiatrisch-fachärztlich betreut wurden, kennen das Hausarztsystem nicht und sind ihm auch nicht verbunden.
- Kleinkinder und Kinder machen einen überproportional hohen Anteil der Notfallpatienten aus, und auch hier ist der Bezug zum Hausarzt nicht oder nicht mehr wie früher gegeben, während sich die Eltern offenbar im Spital besser beraten fühlen.
- Die Erreichbarkeit des diensthabenden Hausarztes wird in der Studie sowohl tagsüber als auch nachts als ungenügend eingestuft [2]. Dies könnte durch eine einheitliche, in der ganzen Schweiz gültige Notfallnummer für den hausärztlichen Notfalldienst verbessert werden.

Der kostengünstige und effiziente hausärztliche Notfalldienst wird mehr und mehr von der teuren Notfallmedizin abgelöst, die in zunehmend interdisziplinär geführten Notfallstationen, neuerdings auch in Privatspitälern praktiziert wird.

Für die Zukunft des hausärztlichen Notfalldienstes sehen wir folgende Szenarien:
1. Die Gesamtzahl der Notfallbehandlungen (Spital und hausärztlicher Dienst) hat in den letzten Jahren vermutlich stetig zugenommen und wird als Folge von Mentalitätsveränderungen in unserer Bevölkerung weiter zunehmen.
2. Die zunehmende Zahl der Selbsteinweiser oder «Walk-in-Patienten» in Notfallstationen lässt sich nur effizient versorgen, wenn es gelingt, diese wieder vermehrt an den hausärztlichen Notfalldienst zu binden. Der Zugang zu unserem Notfalldienst soll einfach und klar geregelt werden. Zu fordern sind eine einheitliche Notfallnummer, Prämienanreize zur Förderung der Notfallversorgung durch den Hausarzt, planerische und organisatorische Absprachen mit den stationären Einrichtungen und eine Steuerung des stationären Notfallangebotes durch eine entsprechende Spitalplanung.
3. Die Entschädigung des Notfalldienstes für Hausärzte muss attraktiver gestaltet werden. Tarifliche Verbesserungen sind unumgänglich, Vorhalteleistungen durch die Vertragsgemeinden sind zu diskutieren.
4. Die Zahl der zu leistenden Diensteinsätze wird für die jüngeren Hausärzte zunehmen (Überalte-

rung). Neue Organisationsstrukturen sind auch aus diesem Grund mittelfristig unumgänglich. Es ist zu hoffen, dass die gegenwärtig laufende gesamtschweizerische Umfrage zur Situation der ambulanten ärztlichen Notfalldienste (im Auftrag der GDK) neue Impulse geben wird.

Literatur

1 Campell LR. Notfalleinsätze der Dienstärzte im Rettungswesen (Graubünden 2003). PrimaryCare 2004;4:1039–41.
2 Meer A, Simonin C, Trapp A, Niemann S, Abel T. Einfluss der medizinischen computerassistierten Telefontriage auf das Patientenverhalten: erste Erfahrungen in der Schweiz. Schweiz Ärztezeitung 2003;84:2160–5.
3 Berchtold P, Spycher S, Guggisberg J. Evaluation der Telefonberatung Medgate. Management Summary. Bern: College-M, Büro BASS; 2004.
4 Zehnder K. Selbsteinweisungen ins Spital. PrimaryCare 2002;2:280–3.
5 von Below J, Marty F. Organisationsformen und Zeitbelastung im ambulanten ärztlichen Notfalldienst in der Schweiz. PrimaryCare 2005;5:740–2.
6 Brogan C, Pickard D, Gray A, Fairman S, Hill A. The use of out of hours health services: a cross sectional survey. BMJ 1998;316:524–7.
7 Salisbury C, Trivella M, Bruster S. 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.
8 Lattimer V, Sassi F, George S, Moore M, Turbull J, Mullee M, Smith H. Cost analysis of nurse telephone consultation in out of hours primary care: evidence from a randomised controlled trial. BMJ 2000;320:1053–7.

Dr. med. Walter Hugentobler
Facharzt für Allgemeinmedizin FMH
Lindauerstrasse 2
8309 Nürendorf
hugi@hin.ch

PRIMARY SCHTÄRN: ÄrztInnen-Horoskop[1]

Krebs (ca. 22. Juni bis 22. Juli)

Sie haben sich bei der Betreuung eines Patienten jahrelang besondere Mühe gegeben. Und nun stellen Sie fest, dass der Betreffende beim Kollegen im Nachbardorf gelandet ist. Damit haben Sie grösste Mühe. Sie schenken anderen gerne Zuwendung und Empathie, sind dann aber durchaus beleidigt, wenn Ihr Gegenüber nicht in der gleichen Währung antwortet. Vereinigte man romantische Schwärmerei und kühle Pragmatik in ein und derselben Person, dann wären Sie das Resultat! Sie sind ein emotionaler Typ und handeln aus dem Bauch heraus, weichen eigentlichen Experimenten jedoch eher aus. Neue Therapieformen nehmen Sie nur zögernd in Ihr Repertoire auf – wenn dann aber von der Industrie eine noch «formidablere» Behandlungsmöglichkeit angepriesen wird, sind Sie der erste, der jene Therapiemethode verteidigt, gegen die Sie anfangs opponiert haben. Sie haben Sinn für Familie, ein trautes Zuhause, ein schönes Heimatland, eine befrachtete Geschichte. Sie sind aber auch offen für fremde Kulturen, reisen gerne und bringen auch schon mal Souvenirs mit – Ihre Stube legt beredtes Zeugnis von Ihren Ausflügen ab! Ein medizinhistorisches Museum wäre bei Ihnen bestens aufgehoben.

Markus Gnädinger

1 Wenn es Sie stört, dass die Sternzeichen wegen der historischen Kalenderverschiebungen und der Bewegung unseres Sonnensystems in der Milchstrasse durcheinandergeraten sind, oder falls Sie nicht an Astrologie glauben, suchen Sie sich einfach ein anderes Sternzeichen aus, das Ihnen dann hoffentlich besser zusagt … Wenn hier von *dem* Krebs die Rede ist, so gilt das Gesagte natürlich genauso für die Krebs*frau*.