

forum klinische notfallmedizin fKNM¹ SGNOR^{2,3}

Grundversorger im Notfall

Das «forum klinische notfallmedizin» fKNM SGNOR hat am 12.1.2007 das Thema «Grundversorger im Notfall» diskutiert. Der Autor war als einziger Hausarzt zu Gast und berichtet aus seiner Warte über einige interessante Aspekte dieses Treffens. Die Organisation des Notfalldienstes ist ein zentraler Punkt für die Zukunft des Gesundheitswesens und für die Attraktivität der Hausarztmedizin für künftige ÄrztInnen.

Le «forum de la médecine clinique d'urgence» [«forum klinische notfallmedizin» fKNM SGNOR] a discuté le 12 janvier 2007 du thème «Le médecin de famille et l'urgence». L'auteur était le seul médecin de famille présent et décrit quelques aspects intéressants sur cette rencontre. L'organisation du service d'urgence est un point central quant à l'avenir du système de santé et à l'attrait de la médecine de famille pour les futurs médecins.

Bruno Kissling

Hausarzt in Bern

Das «forum klinische notfallmedizin» fKNM SGNOR besteht seit 2002 (bis 2006 unter dem Namen «Interessengemeinschaft ärztlicher Leiter Notfallstationen»). Es ist ein Zusammenschluss von Leiterinnen und Leitern von Notfallstationen aus allen Regionen der Schweiz. Als Teil der SGNOR ist es ein Diskussionsforum für Fragen der klinischen Notfallmedizin. Die SGNOR als Dachgesellschaft vertritt die Interessen der präklinischen und klinischen Notfallmedizin sowie der Katastrophenmedizin.

Das fKNM tagt drei- bis viermal pro Jahr und widmet sich jeweils einem Schwerpunktthema, beispielsweise den Organisationsformen von Notfallstationen, den Fragen rund um die Triage etc. ... Am 12.1.2007 diskutierte es am Inselspital in Bern über «Grundversorger im Notfall». In meiner Funktion als Hausarzt und Chefredaktor von PrimaryCare war ich Gast bei diesem Treffen, an dem unter der Leitung von Robert Sieber⁴ rund 20 Personen teilgenommen haben.

Zu viele Patienten auf den Notfallstationen?

Schweizweit kämpfen die Notfallstationen der Spitäler mit den gleichen Problemen. Sie werden überannt von Patienten, die sich als Notfall verstehen.

Dabei handelt es sich längst nicht immer um lebensbedrohliche oder spitalbedürftige Situationen. Menschen fühlen sich aus mannigfachen Gründen als Notfall: Häufig aus Angst, da sie ihre Symptome oder Schmerzen nicht recht einordnen können und Schlimmeres vermeiden wollen; teils aus terminlichen Gründen, da sie zu einem sehr nahen Zeitpunkt eine Reise oder eine spezifische Arbeit antreten müssen; weil ihr Hausarzt nicht gerade zu dem Zeitpunkt, da es ihnen gut passt, zur Verfügung steht; weil sie keinen Hausarzt haben; oder ganz einfach aus dem modernen Konsumverständnis heraus, dass alles zu jedem Zeitpunkt zur Verfügung steht.

■ Wie die sogenannten «Bagatellfälle» richtig gesteuert werden könnten, ist unklar. Tarifarische Massnahmen, wie z.B. die Einführung einer Direktzahlung von 20 € in Deutschland oder des «Ticket» in Italien, haben keinen Einfluss gehabt. «Bagatellfälle»? Dieser Begriff sei mit Vorsicht zu verwenden. Erst kürzlich habe eine Studie mit rund 200 Patienten gezeigt, dass nur gerade 8% der Hilfesuchenden, nach einer nachträglichen Beurteilung durch Hausärzte, keinen dringenden ärztlichen Bedarf gehabt hätten⁵. – Das stimmt nachdenklich. Ist die Medizin ein Konsumgut wie jedes andere?

■ Die Patientenzahlen auf den Notfallstationen aller Spitäler sind in den letzten Jahren kontinuier-

1 forum médecine d'urgence ospidalière MUO.

2 www.sgnor.ch.

3 Société Suisse de Médecine d'Urgence et de Sauvetage SSMUS www.ssmus.ch.

4 Leiter der Notfallstation des Ospedale Regionale di Lugano.

5 Studie des Notfallzentrums des Inselspitals, to be published.

6 Markus Schwendinger, Leiter der Notfallstation des Kantonsospitals Baden.

lich, teils steil angestiegen. Im Kantonsspital Baden⁶ beispielsweise seien es 1979 rund 8000 und 2006 ca. 24 000 Konsultationen gewesen. Dabei muss erwähnt werden, dass im Mai 2005 die Notfallstation des Spitals Brugg geschlossen worden ist. Die Spitzen fänden sich um die Mittagszeit und am frühen Abend bis 22 Uhr. Bei 55% handle es sich um Selbstzuweisungen; 21% würden von einem Hausarzt, 6% von einem Notfallarzt zugewiesen, 13% von 144 und REGA, 2% von der Polizei und 3% von anderen Spitälern. – Diese Entwicklung stimmt nachdenklich. Müssten die Hausarztpraxen ihre Öffnungszeiten neu überdenken?

■ Eine Umfrage der Schweizerischen Patientenorganisation SPO im Rahmen der kantonalen Patientenstromanalyse 2004⁷ habe ergeben, dass viele Leute die Notfallnummer nicht kennen. Dadurch würde die Suche nach einem Notfallarzt aufwändig. Die Kostenpflichtigkeit von da und dort üblichen 0900-Nummern würde die Hilfesuchenden abschrecken. Das Vertrauen in die Notfallärzte sei mangelhaft. – Das stimmt nachdenklich. Was erwarten die Leute? Ruft dies nach zumindest regionalen einheitlichen Notfallnummern?

■ Eine Umfrage an einer Spitalnotfallpforte habe ergeben, dass etwelche Patienten lieber mehrere Stunden auf eine Behandlung auf der Spitalnotfallpforte mit einem vielleicht weniger erfahrenen Arzt warten, als dass sie sich, mit sehr kurzer Wartezeit, von einem erfahrenen Hausarzt im «fast track» behandeln liessen. – Das stimmt nachdenklich. Ist das Vertrauen der Menschen in eine Technologie-gestützte Medizin grösser als in die von uns HausärztInnen immer wieder ins Feld geführte Arzt-Patient-Beziehung? Haben die erfassten Patienten (k)einen Hausarzt? Haben sie neben dem aktuellen Leiden (keine) weitere(n) Krankheiten?

■ Die Frage, wo die Notfallbehandlung kostengünstiger sei, müsse durch eine Vollkostenrechnung beantwortet werden. Isoliert betrachtet seien die Notfallbehandlungen durch den hausärztlichen Dienst mit weniger apparativer Medizin sicher niedriger [1]. Auf das gesamte Outcome bezogen könnten sich eine Spitalnotfallversorgung mit frühem Einbezug von Oberärzten (sprich Fachärzten), ein sofortiger Beizug eines situationsbezogenen Spezialarztes sowie ein sofort eingesetzter hoher apparativer Einsatz zur Erzwingung der genauen Diagnose jedoch günstiger auswirken: z.B. durch eine schnellere Heilung oder kürzere Arbeitsunfähigkeitszeiten ... Diese Behauptung stimmt nachdenklich. Eine entsprechende Studie gibt es bis heute nicht; diese müsste von Spitälern und Hausärzten gemeinsam

durchgeführt werden, um alle möglichen Selektions-Bias zu vermeiden.

Suche nach neuen Formen

Die Spitäler suchen nach Wegen, wie sie ihre Notfallstationen entlasten können. Dabei wollen sie nicht in erster Linie die Patientenzahlen verringern, denn diese ambulante Tätigkeit beinhaltet einen nicht zu vernachlässigenden ökonomischen Input. Vielmehr geht es ihnen um eine geeignete Steuerung des Patientenflusses, mit verschiedenen Pfaden für lebensbedrohlich Kranke, für spitalbedürftige und für ambulant behandelbare Patienten. Damit wollen sie einerseits den Einsatz von Betreuenden und Technik optimieren und andererseits der zunehmenden Kritik an den langen Wartezeiten begegnen.

Die «Walk in»-Notfallpraxis «City Notfall» in Bern wurde von der Stiftung des Universitätsspitals Insel und der Privatklinik Sonnenhof als Aktiengesellschaft gegründet. Die lokale und regionale Ärzteschaft hat sich nur zu einer bescheidenen Aktienbeteiligung entschliessen können. Seit Herbst 2005 erfreut sich der «City Notfall» bei einer breiten Bevölkerung aus Stadt und Land wachsender Beliebtheit zur unverzüglichen Behandlung von verschiedensten Leiden. Der «City Notfall» habe dazu geführt, dass die Patientenzahlen auf der Insel-Notfallpforte, im Gegensatz zu vielen anderen Spitälern, nicht mehr weiter angestiegen seien. Die anfängliche Skepsis vieler Hausärzte habe sich weitgehend gelegt. Bereits würden viele Hausärzte – z.B. bei Abwesenheit während Feiertagen – ihre Patienten via Ansage auf dem automatischen Telefonbeantworter an den «City Notfall» verweisen.

Notfallpraxis intra muros am Kantonsspital Baden – ein Kooperationsmodell

Eine Notfallpraxis im Rahmen eines Kooperationsmodells zwischen den regionalen Hausärzten des Bezirksvereins und dem Kantonsspital Baden zur regionalen Notfallversorgung wurde Anfang 2007, nach zweijähriger Verhandlungs- und Vorbereitungszeit, gestartet. Das Ziel des Badener Modells ist es, die grosse Notfalldienstlast der Hausärzte zu verringern und das Spital von nicht spitalbedürftigen Patienten zu entlasten. Die Notfallpraxis befindet sich im Spital direkt und durchlässig neben der Spitalnotfallstation; sie ist von 09.00 bis 23.00 Uhr in Betrieb. Nachts laufen alle Behandlungen über die Spitalnotfallstation. Etwa 35 HausärztInnen, rund

7 Wurde nicht publiziert.

ein Drittel der regionalen Hausärzte, arbeiten während 365 Tagen von 16.00 bis 23.00 in der Notfallpraxis; von 09.00 bis 16.00 wird sie von einem Spitalarzt betreut. Die mitwirkenden HausärztInnen sind in dieser Funktion Angestellte des Spitals. Sie arbeiten zu einem Fixlohn pro Stunde. Das Kantonsspital Baden ist der rechtliche Betreiber mit den damit verbundenen ökonomischen und juristischen Folgen. Das Projekt wird von einer Kommission, die paritätisch aus praktizierenden Ärzten und Vertretern des Spitals zusammengesetzt ist, überwacht. Eine wissenschaftliche Begleitung ist geplant.

0844 844 500 lautet die neu eingeführte einheitliche Notfallnummer für die ganze Region Baden. Die Triage der anrufenden sowie der «walk in»-Patienten erfolgt durch erfahrene Pflegenden, gestützt durch die anwesenden ÄrztInnen, in der neuen Notfallpraxis. Es gibt drei Pfade: Behandlung in der Notfallpraxis, gefolgt von einer Entlassung oder Weiterbehandlung auf der Notfallstation; direkte Behandlung auf der Notfallstation, gefolgt von einer Entlassung oder Hospitalisation; Organisation eines Hausbesuches. Die zwei Drittel der HausärztInnen, die nicht in der integrierten Notfallpraxis mitarbeiten, betreiben einen rückwärtigen Dienst und führen auch die nötigen Hausbesuche durch.

Ein interessantes Phänomen: Unter den mitwirkenden Ärzten findet sich eine stattliche Zahl von Hausärztinnen, die bisher, wegen möglicher persönlicher Gefahr bei Hausbesuchen, vom regionalen Notfalldienst befreit waren. Eine wichtige Botschaft zur Förderung der Attraktivität der Hausarztmedizin für künftige ÄrztInnen, die zu einem wachsenden Teil Frauen sein werden.

Beeindruckend für alle Beteiligten, dieses Badener Kooperations-Modell.

Die Notfallstation des Kinderspitals Zürich

Das Kinderspital übernimmt seit längerem die nächtlichen Notfalltelefonate – bis vor kurzem kostenlos. Eine Zusammenarbeit der Notfallstation des «Kispi» mit den praktizierenden Pädiatern beruht auf Freiwilligkeit; derzeit sind es nur drei KollegInnen. Diese arbeiten selbständig und unabhängig in den regulären Behandlungsräumen der Notfallstation. Die Notfallstation des Kinderspitals Zürich behandelt täglich 120 bis 140 Kinder. Die Wartezeit beträgt an Wochentagen rund 30 Minuten, an Wochenenden und Feiertagen 3 bis 4 Stunden. Daneben bewältigen die OberärztInnen der Notfallstation ca. 100 telefonische Notfallberatungen. Diese grosse und wachsende Zahl von Telefonanrufen erforderte

eine Aufstockung des Oberarzt-Stellenetats. Aus diesem Grund musste eine kostenpflichtige Notfallnummer eingeführt werden: CHF 3.23 pro Minute, berechnet aus dem TARMED-Tarif. Die Hilfesuchenden werden über die Kostenfolge ihres Anrufes informiert.

Es gibt noch viel zu tun

Im Einzugsbereich der anwesenden TeilnehmerInnen des «forum klinische notfallmedizin» fKNM ist der Kontakt zwischen den ÄrztInnen aus der Praxis und dem Spital sehr unterschiedlich. An einigen Orten regt sich nichts. Andernorts gibt es mutigere oder zaghaftere Annäherungsversuche, oft anfänglich begleitet von lautem Widerstand. Die Kontaktnahmen erfolgen teils von seiten der Hausärzte, teils der Spitäler. Es ist denkbar, dass das Badener Modell da und dort als «Pacemaker» dienen könnte.

Kooperationsmodelle – Modelle der Zukunft?

Kooperationsmodelle zwischen Hausärzten und Spital-Notfallzentren bieten sehr interessante Ansätze:

- zur qualitativen Verbesserung der Notfallversorgung;
- zur Steuerung der Patienten;
- zur Kostenoptimierung;
- zur Dosierung der Last auf den Schultern der Hausärzte, die zunehmend um Nachwuchs bangen, nicht zuletzt wegen der oft unmenschlichen Arbeitsbelastungen durch die Notfalldienste.

Mit dem Ziel: die richtige Behandlung des richtigen Patienten am richtigen Ort, zur richtigen Zeit, durch den richtigen Arzt, mit den richtigen Mitteln und zu einer für alle tragbaren Arbeitslast.

Herzlichen Dank an Robert Sieber, Markus Schwendinger, Heinz Zimmermann und Dieter von Ow für die konstruktive Gegenlektüre. Nach Mitte 2007 wird PrimaryCare über die ersten Erfahrungen des Kooperationsmodells Baden berichten.

Literatur

- 1 Hugentobler W. Kostenvergleich der ambulanten Notfallversorgung in der hausärztlichen Praxis und auf den Notfallstationen der Spitäler. PrimaryCare. 2006;6(32):586–9.

Dr. med. Bruno Kissling
Facharzt für Allgemeinmedizin FMH
Elfenuweg 6
3006 Bern
kissling@primary-care.ch