

# Ich bin (k)ein Notfall<sup>1</sup>

Bruno Kissling

**Bin ich ein «richtiger» Notfall, auch wenn ich den Kopf nicht «unter dem Arm» trage? Geeignete Strategien sind gefragt, welche die Menschen bei ihrem medizinischen Bedarf, bei ihrer Angst und Verunsicherung abholen, damit sie die richtige Behandlung zur richtigen Zeit und am richtigen Ort erhalten – und nicht für alles immer gleich die höchstmögliche Stufe, die Spitalnotfallstationen, aufsuchen.**

In den folgenden Zeilen werde ich über meine Erfahrungen berichten, die ich während meiner 24jährigen hausärztlichen Tätigkeit in einem städtischen Quartier in Bern gesammelt habe. LeserInnen, die selber therapeutisch tätig sind, dürften ihren Praxisalltag leicht wiedererkennen. Meine Gedanken können auch Ausgangspunkt für wissenschaftliche Projekte sein.

## **Fieber, Kopfweh, Rücken-, Bauch- und Brustschmerzen, Schwindel, Schwellungen, Knoten, Unsicherheit, Angst & Co.**

Jeder kleine Schnitt in den Finger und jedes Nasenbluten erfordern sofortiges Handeln, nicht aus lebensbedrohlichen, sondern, ganze einfach, aus hygienischen Gründen. Fieber, Kopf-, Rücken-, Brustschmerzen oder Bauchweh, Knotenbildungen, Schwindel, ein plötzlich festgestellter hoher Blutdruck erzwingen die Aufmerksamkeit des Betroffenen und erfordern angemessenes Handeln. Diese Zustände können selbstheilend sein, oder sie benötigen medizinische Hilfe, vielleicht sogar unverzügliche Massnahmen. Doch wer sagt mir, ob es sich beim Sym-

ptom, das ich an meinem eigenen Körper spüre, um eine harmlose Störung handelt oder um die ersten Zeichen eines (lebens)bedrohlichen Zustandes? Angst, Verunsicherung sowie die mangelnde Fähigkeit, solche aussergewöhnliche Situationen «ohne Namen» richtig einzuschätzen, sind Triebfedern, (über)schnelle medizinische Hilfe anzufordern. Was aber braucht wirklich was, wann, wie und wo?

## **Was ist ein Notfall?**

In der Online-Enzyklopädie «Wikipedia<sup>®</sup>» findet sich zum Begriff «Notfall» der folgende Eintrag:

«Als Notfall werden in der Ersten Hilfe Fälle benannt, bei denen es zu einer lebensbedrohlichen Störung der Vitalparameter Bewusstsein, Atmung und Kreislauf oder der Funktionskreisläufe Wasser-Elektrolyt-Haushalt, Säure-Basen-Haushalt, Temperatur-Haushalt und Stoffwechsel kommt.

In einem weiteren Sinn fasst man auch psychische Notsituationen wie beispielsweise Selbsttötungsabsichten oder Psychosen sowie Gewalt unter den Notfallbegriff. [...]

**Tabelle 1**

Notfallklassifikation nach dem NACA-Score [2].

| NACA-Score | Beschreibung                             |
|------------|--|
| I          | Geringfügige Störung                     |
| II         | Ambulante Abklärung                      |
| III        | Stationäre Behandlung                    |
| IV         | Akute Lebensgefahr nicht auszuschliessen |
| V          | Akute Lebensgefahr                       |
| VI         | Reanimation                              |
| VII        | Tod                                      |

**Tabelle 2**

Anzahl Dienstleistungen nach klinischem Schweregrad [3].

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

Notfälle sind alle Situationen, in denen Gefahr für Leib und Leben des Betroffenen, das heisst des Notfallpatienten, besteht.» [1]

Der Schweregrad der Notfälle kann, wie im Rettungswesen üblich, nach dem sogenannten NACA-Score<sup>2</sup> eingeteilt werden (Tab. 1):

Im Kanton Graubünden, wo die Hausärztinnen und Hausärzte direkt ins Rettungswesen einbezogen sind, ergab sich nach diesem Score für die Jahre 2003 und 2004 folgende Aufschlüsselung der Notfälle (Tab. 2):

## **Notfälle in der Hausarztpraxis**

In unserem hausärztlichen Praxisalltag dürften wir es, bei der hier üblichen Epidemiologie der Krankheiten, meistens mit Notfällen der Kategorie I bis II, gelegentlich auch mit solchen der Kategorie III gemäss NACA-Score I–II zu tun haben. Je tiefer der NACA-Score, desto schwieriger kann vom Laien beurteilt werden, ob es sich «objektiv» gesehen um Notfall handelt; um so weniger eindeutig lässt sich aus der Distanz beantworten, wie dringlich nach dem Auftreten der ersten Symptome und wo die notwendige Hilfeleistung erfolgen soll.

## **«Notfallfremde» Notfallfaktoren – Spiegelbild unserer Gesellschaft**

Je unklarer die Definition des Notfallbegriffs ist, desto mehr «notfallfremde» Elemente beeinflussen die Beurteilung der Lage:

■ Selbsteinschätzung durch den Patienten und dessen Umfeld aufgrund früherer

1 In leicht veränderter Form erschienen in: Managed Care. 2006(7):23–5.

2 National Advisory Committee for Aeronautics.

eigener Erfahrungen oder der Beratung durch Bekannte;

- Angst vor dem «worst case»;
- Erfordernis eines Arztzeugnisses, oft ab dem ersten Krankheitstag;
- bevorstehende Ferienreise;
- Verunsicherung durch den letzten in den Medien veröffentlichten Gesundheitsreport;
- verlorener Umgang mit der Zeit als heilendem Element und fehlendes Vertrauen in die Selbstheilungsfähigkeit;
- andere Konsumgewohnheiten: «subito möglichst umfassende Abklärung»;
- Verfügbarkeit der Notfallstationen von privaten und öffentlichen Spitälern mit unlimitierter Aufnahmepflicht und undefiniertem Ziel;
- bestmögliche Nutzung der verfügbaren Notfalleinheiten aus spitalökonomischen Gründen;
- sinkendes Vertrauen der Ärztinnen und Ärzte in ihr klinisches Gefühl;
- Angst der Ärztinnen und Ärzte, etwas zu verpassen, vor allem wegen möglicher juristischer Folgen;
- hausärztliches «watchful waiting» als «antitrendiges» Element gegenüber dem modernen «Alles und sofort» ...

In meiner eigenen Praxis konnte ich feststellen, dass die meisten PatientInnen, trotz dieser komplexen Situation und der langen Liste von beeinflussenden Elementen, ihre Lage erstaunlich gut einzuschätzen vermögen; dass sie sich in aller Regel mit den PraxisassistentInnen – wo nötig nach Rücksprache mit mir – auf einen situationsgerechten Konsultationstermin einigen können. Natürlich sind sie froh, bald einen Termin zu erhalten. Gelingt dies nicht, könnten Angst und Verunsicherung die Notlage verschärfen und die PatientInnen leicht zu ausufernden Massnahmen bewegen.

### Der fehlende hausärztliche Rückhalt der mobilen Gesellschaft

Viele Leute in unserer mobilen Gesellschaftsstruktur haben keine Hausärztin oder keinen Hausarzt (mehr) oder kennen die lokale Notfallorganisation (noch)

nicht. Es fehlt ihnen ein Ort des Vertrauens, wohin sie sich im Fall einer Erkrankung oder bei unklaren gesundheitlichen Symptomen wenden können. So begeben sie sich mit fast jeder Störung in die Notfallstationen der Spitäler [4]. Diese finden sie dort am leichtesten, und dort kann auch gleich «alles» gemacht werden.

### Die richtige Behandlung beim richtigen Patienten zur richtigen Zeit und am richtigen Ort – Steuerungsmöglichkeiten

Die Spitalnotfallstationen «laufen über», die Kosten steigen. Vor diesem Hintergrund suchen die Kostenträger – neuerdings auch die von «Notfällen» überschwemmten Spitäler – nach geeigneten niederschweligen Steuerungsinstrumenten, damit – von Beginn weg – die richtige Behandlung zur richtigen Zeit und am richtigen Ort erfolgt:

■ *Telemedizinische Beratungen* können die Unsicherheiten der Ratsuchenden auffangen. Medvantis hat festgestellt, dass 63% der Anrufenden ihre ursprüngliche Handlungsabsicht änderten, was in 81% der Fälle bedeutete: weg von der Spitalnotfallpforte. Die Zahl der Rückstufungen zu kostengünstigeren und jene der Aufstufungen zu kostenintensiveren Versorgungsorten hielten sich jedoch mit 426 zu 402 fast die Waage [5]. Nicht selten, so mein persönlicher Eindruck, beschleunigen solche telemedizinischen Beratungen, unnötigerweise, den Gang zum Arzt.

■ *Apotheker*, deren Rat wegen der niedrigen Schwelle oft und gerne eingeholt wird, produzieren eine eher hohe Quote von unnötigen Notfallkonsultationen. Entweder schicken die Apothekerinnen und Apotheker die Leute selber sofort zum Arzt oder die Patientinnen und Patienten melden sich, mit einem ihnen abgegebenen und kaum begonnenen rezeptfreien Medikament, zu einer dringlichen Konsultation.

■ Die beste Trefferquote erreichen meine Praxisassistentinnen, die einen Grossteil unserer PatientInnen persönlich kennen. Ihrer Dringlichkeitsbeurteilung<sup>3</sup> – mit meinem ärztlichen Know-how im Rücken – vertrauen die Hilfesuchenden.

■ *Pflegende in den Alters- und Pflegeheimen sowie bei der Spitex* klären die Dringlichkeit des Arztbedarfs, durch direkten Draht zur Hausärztin oder zum Hausarzt, meistens sehr gut ab.

■ *Walk-in-Praxen*, wie sie in einigen Städten existieren, sind bei der Bevölkerung zunehmend sehr beliebt. Sie kommen den Konsumgewohnheiten der modernen Menschen entgegen. Deren Ärztinnen und Ärzte praktizieren eine hausarztähnliche Medizin. Ihre volle Wirkung dürften diese spitalexternen Notfallzentren jedoch, für die PatientInnen und die Hausärztinnen und Hausärzte<sup>4</sup>, erst dann voll entfalten, wenn sie in die bestehenden Notfallkonzepte der betreffenden Städte und Agglomerationen integriert sein werden und gemeinsam mit den örtlichen HausärztInnen als verlängerter Arm der Hausarztmedizin rund um die Uhr betrieben werden [6].

Niederschwellige Beratungsangebote vor einer Arztkonsultation – dazu zähle ich auch das Anmeldegespräch in einer Hausarztpraxis – scheinen mir wichtig zu sein. Diese sollen die Menschen je nach ihren medizinischen Bedürfnissen, ihren Ängsten und ihrer Verunsicherung zeitgerecht und fachkundig beraten, damit sie mit ihrem Problem den richtigen Ort zur richtigen Zeit aufsuchen können. Zudem sollen diese Erstberatungsstellen die Kompetenz der Hilfesuchenden zur Selbsteinschätzung fördern – und so mithelfen, das «überdrehte» Gesundheitswesen zu bremsen («reduce to the max»).

Niederschwellige Beratungsangebote vor einer Arztkonsultation – dazu zähle ich auch das Anmeldegespräch in einer Hausarztpraxis – scheinen mir wichtig zu sein. Diese sollen die Menschen je nach ihren medizinischen Bedürfnissen, ihren Ängsten und ihrer Verunsicherung zeitgerecht und fachkundig beraten, damit sie mit ihrem Problem den richtigen Ort zur richtigen Zeit aufsuchen können. Zudem sollen diese Erstberatungsstellen die Kompetenz der Hilfesuchenden zur Selbsteinschätzung fördern – und so mithelfen, das «überdrehte» Gesundheitswesen zu bremsen («reduce to the max»).

### Die Selbstkompetenz der Bevölkerung fördern

«Patient empowerment» oder besser «population empowerment» heisst das Zau-

<sup>3</sup> Natürlich immer mit dem Hinweis, dass sich die Patientinnen und Patienten bei einer Veränderung der Situation sofort wieder melden können.

<sup>4</sup> Als eine mögliche Massnahme gegen den Hausärztemangel infolge der Überbeanspruchung durch den Notfalldienst.

berwort zur Förderung der Selbstkompetenz in gesunden Tagen. Wie hätte man sich das vorzustellen?

■ Durch ärztliches Feedback bei jeder Neukonsultation, ob die Wahl von Ort und Zeit, im Rückblick, richtig war;

■ durch ärztliche Information über gesundheitliche Alarmzeichen;

■ durch die Förderung eines gesunden medizinischen Basiswissens anstelle eines angstfördernden spitzenmedizinischen Halbwissens, zum Beispiel in Form entsprechender Publikationen in Tageszeitungen und Illustrierten oder in Fernseh- und Radiosendungen, sprich mit «Boboli»-Kursen<sup>5</sup>.

■ Oder – warum nicht – als Hausarzt-«Soap»?

### Von den chronisch Kranken lernen

Für den positiven Effekt durch eine erhöhte Selbstkompetenz spricht die sinkende Zahl hausärztlicher Notfallkonsultationen wegen Asthmakrisen, Angina-pectoris-Anfällen, Episoden von hyper- oder hypoglykämischem Koma oder wegen Lungenödemem bei unseren chronisch Kranken. Diese positive Entwicklung geht sicher teilweise auf das Konto von deutlich effizienteren interventionellen und medikamentösen Behandlungsmethoden, jedoch darf die Rolle des kompetenteren Selbst- und Krisenmanagements durch die besser informierten Patienten nicht unterschätzt werden.

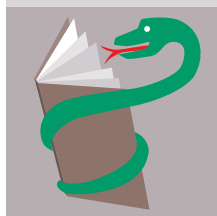
Übertragen wir diese erfolgreiche Strategie auf die akut Kranken!

### Literatur

- 1 <http://de.wikipedia.org/wiki/Notfall>.
- 2 von Planta M. Konzeption eines nationalen Forschungsprojektes für präklinische Medizin. Schweiz Ärztezeitung. 2004;85(13):676–8.
- 3 Campell-Dietrich LR, Marty F. Notfalleinsätze der Dienstärzte in Graubünden 2004. PrimaryCare. 2005;5(38):775–8.
- 4 Zehnder K. Selbsteinweisungen ins Spital. PrimaryCare. 2002;2(10):280–3.
- 5 Gatti D, Brügger U, Federspiel B, im Auftrag der Medvantis AG. Gesundheitsökonomische Beurteilung der Telefontriage-Dienstleistung. Bericht März 2005. Winterthur: Zürcher Hochschule Winterthur. School of Management. Winterthurer Institut für Gesundheitsökonomie WIG; 2005.
- 6 Kissling B. Notfallkonzept in der Stadt Bern. doc.be. 2006(2):4–6. Available from: [www.berner-aerzte.ch/cms/docs/1954.pdf](http://www.berner-aerzte.ch/cms/docs/1954.pdf).

Dr. med. Bruno Kissling  
Facharzt für Allgemeinmedizin FMH  
Elfenauweg 6  
3006 Bern  
[kissling@primary-care.ch](mailto:kissling@primary-care.ch)

5 Solche «Boboli»-Kurse werden etwa in Genf von Frau Dr. med. Brigitte Zirbs angeboten.



## LA MÉDECINE GÉNÉRALE ENTRERA À L'UNIVERSITÉ DÈS LA RENTRÉE 2007

*Communiqués des Ministères de l'Éducation nationale, de l'Enseignement supérieur et de la Santé, MG France – 20 octobre 2006, Le Figaro économie – 21/22 octobre 2006, Communiqué Unof – 23 octobre 2006*

Gilles de Robien, ministre de l'Éducation nationale, Xavier Bertrand, ministre de la Santé, et François Goulard, ministre délégué à l'Enseignement supérieur, ont signé vendredi dernier deux arrêtés. Le premier crée l'option de médecine générale au sein du Conseil national des universités, dotant ainsi la médecine générale des caractéristiques universitaires propres aux spécialités médicales. Les réunions de concertation avec les enseignants généralistes et les ministères concernés vont se poursuivre de manière accélérée afin de mettre en place les dispositions statutaires précisant les modalités de recrutement des chefs de cliniques ainsi que des maîtres de conférences et professeurs titulaires. La création de postes de chefs de clinique dès la rentrée 2007 permettra aux internes terminant leur cursus de formation de médecine générale de s'engager pleinement dans une carrière universitaire. Le second arrêté met en place un stage de médecine générale pour les étudiants en médecine dès la quatrième année de leurs études. Ce stage, qui prendra place au côté des stages hospitaliers effectués au cours du deuxième cycle, a pour but de sensibiliser les étudiants en médecine à l'exercice de la médecine générale en cabinet et d'appréhender de manière différente la relation médecin-patient. MG France se félicite de cette reconnaissance de la médecine générale au sein du Conseil national des universités, ouvrant à la création de la filière universitaire médecine générale. L'Intersyndicale nationale autonome représentative des internes de médecine générale (Isnar-IMG) et le Syndicat national des enseignants de médecine générale (SNEMG) saluent également ces mesures, indique Le Figaro économie, mais «demandent des moyens suffisants». Même réaction du côté de l'Union nationale des omnipraticiens français (Unof) qui reste «vigilante».

BB