

# Ich bin (k)ein Notfall

**Bin ich ein richtiger Notfall, auch wenn ich den Kopf nicht unter dem Arm trage? Geeignete Strategien sind gefragt, welche die Menschen, mit ihrer Angst und Verunsicherung, bei ihrem medizinischen Bedarf, abholen. Damit sollen sie die richtige Behandlung zur richtigen Zeit und am richtigen Ort erhalten und nicht immer gleich die «oberste Instanz», eine Spitalnotfallstation, aufsuchen.**

## Bruno Kissling

Jeder kleine Schnitt in den Finger und jedes Nasenbluten erfordern sofortiges Handeln, nicht aus lebensbedrohlichen, sondern ganz einfach aus hygienischen Gründen. Fieber, Kopf-, Rücken-, Bauchweh oder Brustschmerzen, 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 Symptom, das ich an meinem 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.

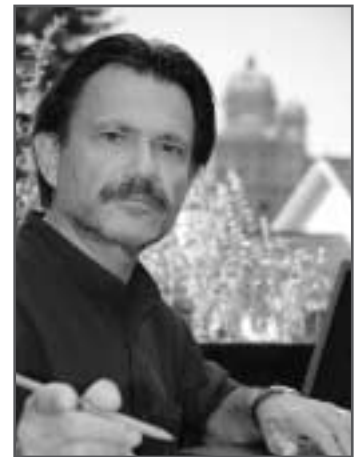
## Was ist ein Notfall?

«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 Not-situationen wie beispielsweise Selbsttötungsabsichten oder Psychosen sowie Gewalt unter den Notfall-Begriff. Notfälle sind alle Situationen, in denen Gefahr für Leib und Leben des Betroffenen, das heisst des Notfallpatienten, besteht.» So lautet die Definition von Notfall bei Wikipedia, einer freien Enzyklopädie im Internet<sup>1</sup>.

Im Rettungswesen werden Notfälle nach dem NACA-Score<sup>2</sup> definiert und eingeteilt (siehe *Tabelle 1*) [1].

Als Beispiel für eine Aufschlüsselung von Notfällen sei hier der Kanton Graubünden (für 2003 und 2004) genannt, wo die Hausärzte direkt in das Rettungswesen einbezogen sind (siehe *Tabelle 2*) [2].

Im Praxisalltag haben es Hausärzte meistens mit Notfällen gemäss NACA-Score I-II, gelegentlich III, zu tun. Je tiefer der NACA-Score, desto schwieriger ist es für einen Laien zu beurteilen, ob es sich um einen «objektiven» Notfall handelt.



Bruno Kissling

Auch lässt sich weniger eindeutig aus der Distanz beantworten, wie dringlich die Situation nach dem Auftreten der ersten Symptome ist und wo die notwendige Hilfeleistung erfolgen soll.

## Notfallfremde Faktoren

Die Erfahrung zeigt, dass, je unklarer die Definition des Notfalls ist, umso mehr «notfallfremde» Elemente die Beurteilung der Lage beeinflussen. Diese notfallfremden Faktoren widerspiegeln Haltungen und Einstellungen in unserer Gesellschaft:

- Selbsteinschätzung des Patienten und dessen Umfeldes aufgrund eigener Erfahrungen oder aufgrund einer Beratung durch Bekannte
- Angst vor dem «worst case»
- Erfordernis eines Arztzeugnisses, oft vom ersten Krankheitstag an
- bevorstehende Ferienreise
- Verunsicherung aufgrund des letzten Gesundheitsreports in den Medien

<sup>1</sup> <http://de.wikipedia.org/wiki/Notfall>

<sup>2</sup> National Advisory Committee for Aeronautics

- Verlust von Umgang mit der Zeit als heilendem Element und des Vertrauens in die Selbstheilungsfähigkeit
- Veränderung der Konsumgewohnheiten: möglichst schnell eine umfassende Abklärung
- Verfügbarkeit der Notfallstationen in privaten und öffentlichen Spitälern mit unlimitierter Aufnahmepflicht und undefiniertem Ziel
- bestmögliche Nutzung der verfügbaren Notfalleinheiten aus spitalökonomischen Gründen
- weniger Vertrauen der Ärzte in ihr klinisches Gefühl
- Befürchtung der Ärzte, etwas zu übersehen, wegen möglicher juristischer Folgen
- Minderbewertung des hausärztlichen aufmerksamen Abwartens (watchful waiting) im Gegensatz zur modernen Haltung «alles und sofort».

Der Praxisalltag zeigt jedoch, dass die meisten Patienten, trotz der komplexen Situation und der zahlreichen beeinflussenden Elemente, ihre Lage erstaunlich gut einschätzen. Sie können sich in aller Regel auch mit dem Praxispersonal auf einen situationsgerechten Konsultationstermin einigen. Gelingt dies nicht, könnten Angst und Verunsicherung die Notlage verschärfen und die Patienten leicht zu ausufernden Massnahmen bewegen; beispielsweise zum Gang in die Notfallpforte eines Spitals oder direkt zum Spezialisten.

### Steuerungsmöglichkeiten

Viele Leute in unserer mobilen Gesellschaft haben 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 [3]. Diese sind am leichtesten zu finden und für alles zuständig.

Doch sind die Spitalnotfallstationen überlastet und die Kosten steigen. Vor diesem Hintergrund suchen die Kostenträger – neuerdings auch die von «Notfällen» überrollten Spitä-

Tabelle 1:

#### Punkteskala zur Beurteilung eines Notfalls

NACA-Score	Beschreibung
I	geringfügige Störung
II	ambulante Abklärung
III	stationäre Behandlung
IV	akute Lebensgefahr nicht ausschliessbar
V	akute Lebensgefahr
VI	Reanimation
VII	Tod

ler – nach geeigneten niederschweligen Steuerungsinstrumenten, damit – von Beginn weg – die richtige Behandlung zur richtigen Zeit und am richtigen Ort erfolgt. Beispiele für solche Steuerungsinstrumente sind:

- *Telemedizinische Beratungen* können Unsicherheiten auffangen. Medvantis hat festgestellt, dass 63 Prozent der Anrufenden nach einer Beratung ihre ursprüngliche Handlungsabsicht änderten, was in 81 Prozent weg von der Spitalnotfallpforte führte [4]. Die Anzahl Rückstufungen zu kostengünstigeren und Aufstufungen zu kostenintensiveren Versorgungseinrichtungen halten sich jedoch mit 426 zu 402 fast die Waage. Nicht selten, so mein persönlicher Eindruck, beschleunigen sie 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. Dies entspricht meinen Erfahrungen aus der Praxis: Entweder schicken sie die

Ratsuchenden sofort zum Arzt oder die Patienten melden sich wenig später mit einer kaum begonnenen rezeptfreien Medikamentenpackung zu einer dringlichen Konsultation.

- *Praxisassistentinnen* erreichen erfahrungsgemäss die besten Trefferquoten, weil sie die meisten Patienten persönlich kennen. Ihrer Dringlichkeitsbeurteilung – mit ärztlichem Know-how im Rücken – vertrauen die Hilfesuchenden.

- *Pflegende in Alters- und Pflegeheimen sowie der Spitex* klären die Dringlichkeit des Arztbedarfs meistens sehr gut ab, da sie direkt mit dem Hausarzt in Verbindung stehen.

- *Walk-in-Praxen*, wie sie in einigen Städten existieren, werden bei der Bevölkerung immer beliebter. Sie kommen den Konsumgewohnheiten der modernen Menschen entgegen. Die Ärzte dort praktizieren eine hausarztähnliche Medizin. Ihre Bedeutung dürften diese spitalexternen Notfallzentren jedoch erst dann voll entfalten, wenn sie in die bestehenden Notfallkonzepte der betreffenden Städte und Agglomerationen integriert sind und gemeinsam mit den örtlichen Hausärzten als «verlängerter Arm» der Hausarztmedizin rund um die Uhr betrieben werden [5].

Niederschwellige Beratungsangebote vor einer Arztkonsultation – dazu gehört auch das Anmeldegespräch in einer Hausarztpraxis – scheinen mir wichtig zu sein. Dort sollen die Patienten, mit ihrer Angst und Verunsicherung, fachkundig beraten werden, damit sie am richtigen Ort und zur richtigen Zeit adäquate Hilfe für ihr medizinisches Problem erhalten. Zudem sollen diese Erstberatungsstellen die Kompetenz zur Selbsteinschätzung fördern – und so mithelfen, das «überdrehte» Gesundheitswesen zu bremsen.

Tabelle 2:

#### Diensteinsätze nach klinischem Schweregrad im Kanton Graubünden

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

## Die Selbstkompetenz fördern

Patient-Empowerment, oder besser Population-Empowerment, heisst das Zauberwort zur Förderung der Selbstkompetenz in gesunden Tagen. Was könnte das konkret bedeuten?

■ ärztliches Feedback bei jeder Neukonsultation, ob die Wahl von Ort und Zeit rückblickend richtig war

■ ärztliche Information über gesundheitliche Alarmzeichen, die unverzügliches Handeln nötig machen

■ Förderung eines gesunden medizinischen Basiswissens anstelle eines angstfördernden spitzenmedizinischen Halbwissens durch entsprechende Medienberichte

■ Warum nicht eine Hausarzt-«Soap» als Fortsetzungsserie im TV? Für den positiven Effekt von erhöhter Selbstkompetenz spricht die Abnahme von hausärztlichen Notfallkonsultationen wegen Asthmakrisen, Angina-pectoris-Anfällen, hyper- und

hypoglykämischem Koma oder Lungenödemen bei den chronisch Kranken. Diese positive Entwicklung geht sicher teilweise auf das Konto von deutlich effizienteren interventionellen und medikamentösen Behandlungsmethoden. Trotzdem darf die Rolle des kompetenten Selbst- und Krisenmanagements durch die besser informierten Patienten nicht unterschätzt werden. Nun gilt es, diese erfolgreiche Strategie auf die akut Kranken zu übertragen. ■

**Autor:**

**Dr. med. Bruno Kissling**

Hausarzt in Bern

Mitarbeiter 10% im City Notfall  
in Bern

Chefredaktor PrimaryCare

Elfenuweg 6

3006 Bern

E-Mail: [bruno.kissling@hin.ch](mailto:bruno.kissling@hin.ch)

**Literatur:**

1. Planta M: Konzeption eines nationalen Forschungsprojektes für präklinische Medizin. Schweizerische Ärztezeitung 2004. 85(13): 676-678.

2. Campell-Dietrich LR, Marty F: Notfalleinsätze der Dienstärzte in Graubünden 2004. Primary Care 2005. 5(38): 775-778.

3. Zehnder K: Selbsteinweisungen ins Spital. Primary Care 2002. 2(10): 280-283.

4. Gatti D, Brügger U, Federspiel B: Gesundheitsökonomische Beurteilung der Telefontriage-Dienstleistung; Bericht März 2005; Im Auftrag von Medvantis Arbeitsgruppe durch das Winterthurer Institut für Gesundheitsökonomie WIG. [www.medi24.ch/assurer/content.php/pages/id/34](http://www.medi24.ch/assurer/content.php/pages/id/34)

5. Kissling B: Notfallkonzept in der Stadt Bern. doc.be.April 2006. 2: 4-6. <http://www.berner-aerzte.ch/cms/docs/1954.pdf>