



# Notfallversorgung im Emmental

Was ist ein Notfall?	3
Notfalldienstpflicht der Hausärzte	7
MEDPHONE: So funktioniert es!	10
Notfallprozesse Langnau	12
Ein Abenddienst in der hausärztlichen Notfallpraxis im Spital Burgdorf	14
Das «Emmentaler Modell» im internationalen Kontext	16



## Editorial

Eine attraktive Region braucht eine attraktive Gesundheitsversorgung – dies liegt in unserer Verantwortung. Das sagten sich die Hausärzte der Region sowie die Vertreter der Regionalspital Emmental AG und entwickelten gemeinsam ein partnerschaftliches Modell. Damit wurden und werden im Bereich der Grundversorgung regionalpolitisch wichtige Akzente gesetzt.

2

Die Region Emmental kann mit einem gut funktionierenden Gesundheitswesen längerfristig ihr Potenzial als wichtiger Wohn- und Wirtschaftsraum nutzen und weiterentwickeln.

Dies, so sind sich alle Beteiligten aber einig, gelingt nur, wenn der Fokus kompromisslos auf die Bedürfnisse der Patientinnen und Patienten gerichtet ist.

### Wichtige Eckpunkte hierbei sind:

- Eine einheitliche Notfallnummer für das ganze Emmental
- Eine engere Zusammenarbeit der Hausärzte und der Regionalspital Emmental AG
- Eine nahtlose Integration der Prozesse zum Wohle der Patienten und als Mittel zur Kosteneindämmung im Gesundheitswesen

Wir freuen uns ausserordentlich, dass uns die Ehre zufällt, das zu tun, was bei einem Projekt immer das Allerwichtigste ist: nämlich von Herzen den Menschen zu danken, die dieses Projekt möglich machten.

Wir danken denjenigen, die die Idee hatten, dieses auf die Beine zu stellen.

Wir danken denen, die die Initiative hatten und sie mit Leidenschaft vorantrieben, sowie denjenigen, welche die Ideen aufnahmen und weiterentwickelten.

Wir danken denen, die nicht nur Arbeit, sondern auch Herzblut in die Sache investiert haben und noch weiter investieren werden. Denn es gilt eine partnerschaftliche Weiterentwicklung des regionalen hausärztlichen Notfalldienstes sicherzustellen.

Die Regionalspital Emmental AG hat die Zeichen der Zeit erkannt und mit diesem Projekt die Chance erhalten, sich stärker auf die Interessen der Kunden auszurichten, die Patientinnen und Patienten sowie die zuweisenden Ärztinnen und Ärzte. – Unsere Verpflichtung und damit verbunden unsere Existenzberechtigung sind einzig zufriedene Kunden! +

Bruno Haudenschild  
Vorsitzender der Geschäftsleitung  
Regionalspital Emmental AG

Hans Werner Grotemeyer  
Präsident des Verwaltungsrats  
Regionalspital Emmental AG



## Was ist ein Notfall?

**Was ist ein (medizinischer) Notfall? – Dumme Frage, das weiss doch jedes Kind... Wenn's pressiert, halt! Wenn jemand plötzlich schwer krank ist, ist doch klar! Wenn schnell ein Arzt her muss! – Solche oder ähnliche Antworten könnten Sie sich vorstellen, wenn Sie sich mit einem Aufnahmegerät vor die Migros oder den Coop stellen und Passantinnen und Passanten nach ihrer Vorstellung von einem medizinischen Notfall befragen würden.**

Die Antworten sind selbstverständlich alle richtig; dass hinter den lapidaren Aussagen aber viele neue Fragen lauern, ist den meisten von uns im Alltag wenig bewusst: Wer definiert denn, ob's pressiert und nach welchen Kriterien? Pressiert's morgens um neun gleich stark wie um Mitternacht oder am Dienstagmorgen ebenso sehr wie am Donnerstagnachmittag, wenn die Praxis meines Hausarztes geschlossen ist? Wie unterscheide ich bei einer Person, die kurz das Bewusstsein verloren hat, ob das nun Ausdruck einer schweren

Krankheit ist oder ein banales Geschehen? Das kann ja erst die Ärztin (im besten Fall...); also ist das Kriterium vor allem für den Laien eher die Vermutung einer schweren Erkrankung – Definition des Notfalls auf der Basis von Vermutungen also? In vielen Notfällen erscheint zu Recht zuerst ein Rettungssanitäter auf dem Plan – wie sollte da ein Notfall als Situation definiert werden, die rasch die Anwesenheit eines Arztes erfordert?

Manche Erfahrungen im Notfalldienst zeigen, dass der Notfallbegriff im Alltag sehr unscharf und stark von situativen Faktoren und gesellschaftlichen Trends abhängig ist:

- Die professionelle Triageorganisation MEDPHONE kann rund ein Drittel der Anrufe wegen Notfällen abschliessend am Telefon erledigen.
- In Städten und Agglomerationen nimmt die Zahl der Bagatellnotfälle auf Notfallstationen zu: Wie Einkäufe heute angesichts der Ausdehnung der Öffnungszeiten von Geschäften

vielfach nicht mehr geplant werden, sondern dann getätigt, wenn's gerade passt, wird auch eine Arztkonsultation oft nicht mehr regulär angemeldet, sondern als «Notfall» konsumiert, wenn's gerade günstig ist – am liebsten auf der Notfallstation des Spitals, da ist ja immer wer.

- So genannte Pflegenotfälle – Notfalleintritte betreuungs- und pflegebedürftiger Patienten ins Spital ohne eindeutige neue Erkrankung – häufen sich vor Festtagen.
- Patienten in stark von einer Ärzte-Persönlichkeit geprägten Settings (ländliche Gemeinden mit einem Dorfarzt, Patientengruppen mit engmaschiger Betreuung durch Spezialisten wegen einer seltenen Krankheit...) präsentieren sich manchmal wegen Abwesenheit der ärztlichen Bezugsperson bei akuten Erkrankungen zu spät.

Der Begriff Notfall hat also verschiedenste Facetten. Versuchen wir doch deshalb zuerst eine möglichst reine medizinische Definition eines Notfalls



und gehen erst nachher auf die vielen weiteren Einflussfaktoren ein, die eine Person zu einem Notfallpatienten machen können.

Medizinisch gesehen sind es vier Bedingungen, die dazu beitragen, eine Erkrankung oder einen Unfall zu einem echten medizinischen Notfall werden zu lassen:

1. die Beeinflussbarkeit: Gibt es überhaupt Massnahmen zur Behandlung des Gesundheitsproblems?
2. der Schweregrad: Wie schwer ist das Gesundheitsproblem in objektiver (Grad der Gefährdung) und in subjektiver (Ausmass des Leidens) Hinsicht?
3. die Dynamik: Wie rasch hat sich das Problem entwickelt und – vor allem – wie rasch wird sich der Gesundheitszustand über die Zeit verschlechtern?
4. die Reversibilität: Kann eine Zunahme der Gesundheitsbeeinträchtigung durch eine geeignete medizinische

Behandlung wieder rückgängig gemacht werden bzw. wie wahrscheinlich ist eine spontane Rückbildung im Verlauf? Die Bedingungen müssen in gegenseitiger Abhängigkeit gesehen werden; in der Regel ergibt sich eine Notfallsituation erst aus der Kombination der Bedingungen: So wird der krebskranke Patient im Endstadium seiner Krank-

## Der Begriff Notfall hat verschiedenste Facetten.

heit trotz lebensbedrohlicher und sich rasch verschlechternder Situation nicht zwingend zum Notfall, wenn er subjektiv nicht stark leidet und die Krankheit mangels Therapiemöglichkeiten nicht mehr beeinflussbar ist. Beim gleichen Patienten kann sich aber sehr wohl eine Notfallsituation ergeben, wenn

starke Schmerzen ein rasches Handeln notwendig machen. Umgekehrt ist eine Entzündungsreaktion nach einem Bienenstich a priori kein medizinischer Notfall, da harmlos und im Verlauf spontan rückläufig. Ganz anders sieht es trotz anfänglich geringem Schweregrad des Problems bei einer Person mit einer Bienengiftallergie aus, weil wir um die voraussichtlich dramatische Entwicklung des Geschehens wissen.

### Man könnte einen medizinischen Notfall also zusammenfassend wie folgt definieren:

Unfall- oder krankheitsbedingtes Gesundheitsproblem, dessen Beurteilung und Behandlung unter den gegebenen Umständen keinen Aufschub duldet, weil die objektive oder subjektive Gesundheitsbeeinträchtigung erheblich ist und/oder Zuwarten dazu führt, dass aktuell noch vermeidbare Gesundheits-



schäden nicht mehr rückgängig zu machen sind.

So weit scheint die Notfall-Definition also ganz schön stimmig. Sie enthält aber mit den Begriffen «unter den gegebenen Umständen», «subjektiv» und «erheblich» trojanische Pferde, über die sich Legionen von Schattierungen des Notfall-Verständnisses einschleichen können. Diese Begriffe lassen es zu, dass zahlreiche verschiedene Perspektiven zum Zug kommen:

Ob ein Patient sein Problem als Notfall ansieht, wird neben dem Schweregrad seiner Erkrankung von seiner Toleranz von Gesundheitseinschränkungen, seiner Leidensbereitschaft, dem Ausmass seiner Befürchtungen, den Erwartungen an die Serviceleistungen des Gesundheitswesens und seinem Selbstverständnis («als wichtige Persönlichkeit des öffentlichen Lebens habe ich Anspruch auf...» oder aber «als alter Mann muss ich halt damit rechnen, dass es mir nicht gut geht»...) abhängen. Ob er sich dann als Notfall meldet, wird ausserdem noch von Faktoren wie Schamgefühlen, dem Vorhandensein oder Fehlen eines Betreuungsnetzes, Transportmöglichkeiten und der mit dem Krankenversicherer vereinbarten Franchise mitbestimmt.

Auf die Einschätzung des Notfallcharakters einer Erkrankung oder eines Unfalls durch die Angehörigen eines Patienten werden zu den bereits erwähnten noch Faktoren wie die Beziehung zum Patienten (Sorge um ihn, Ärger über ihn, Vorurteile...), die eigene Verfügbarkeit und eigene Pläne für die bevorstehenden Tage (Pflegenotfälle!) Einfluss haben.

Auch unter den Medizinalpersonen wird in manchen Fällen keine Einigkeit bestehen, ob das Gesundheitsproblem einer Person als «echter» Notfall zu bezeichnen ist: Während der Rettungssanitäter dazu tendieren wird, vor allem jene akuten schweren Zustände als echte Notfälle zu betrachten, auf die er einen seiner Algorithmen anwenden kann, wird die Hausärztin eher geneigt sein, auch Halsschmerzen als echten Notfall zu akzeptieren. Während die Dienstärztin der Medizinischen Klinik geneigt sein wird, der Einweisung einer schon länger betreuungsbedürftigen betagten Patientin mit unklarer Allgemeinzustandsverschlechterung den wahren Notfallcharakter abzusprechen, kann der Hausarzt hier durchaus mit der Tochter der Patientin einig gehen, dass es sich um einen Notfall handelt.

**Auch unter den Medizinalpersonen wird in manchen Fällen keine Einigkeit bestehen, ob das Gesundheitsproblem einer Person als «echter» Notfall zu bezeichnen ist.**

Wir tun als Medizinalpersonen jedenfalls gut daran, zu akzeptieren und zu respektieren, dass der Notfallcharakter eines Gesundheitsproblems je nach Perspektive in guten Treuen anders beurteilt werden kann. Nur so können wir unseren Patienten in ihrem subjektiven Leiden und allen Beteiligten als unseren Kunden gerecht werden. Das soll uns aber nicht davon abhalten, durch professionelle Information und konkrete Vorschläge für eine Weiterbehandlung des Problems im medizinischen Alltagsbetrieb den Notfallcharakter einer Situation zu relativieren, wenn wir uns

## Der Arzt muss sich sofort, verzugslos mit dem Patienten befassen

unvoreingenommen ein eigenes Bild von der Situation gemacht haben. Letztlich geht es darum, mit dem Patienten und/oder weiteren beteiligten Personen zu einer neuen, gemeinsamen Einschätzung der Notfälligkeit der Situation zu kommen. Manche Notfälle sind dann schon keine mehr (bei MEDPHONE eben beispielsweise rund 30%), manche können nach einer kurzen

notfallmässigen Intervention im Rahmen des normalen Konsultationsbetriebs weiterbehandelt oder der Selbstheilung überlassen werden, während die übrigen eine intensivere und anhaltendere Beschäftigung mit dem Problem im Hier und Jetzt erfordern.

Auch wenn nur letztere Situationen unseren theoretischen medizinischen Notfallbegriff vollumfänglich erfüllen, wird die Qualität unserer Arbeit in Notfallsituationen von den Beteiligten (zu Recht) auch am Umgang mit dem banalen Problem gemessen, das sie ursprünglich als Notfall betrachtet haben.

Das haben auch die Vertragspartner bei der Tariffestsetzung in Tarmed so gesehen. Die Notfallinkonvenienzpauschale (ein Zuschlag dafür, dass der Arzt im Notfalldienst zugunsten dieses Patienten alles fallen lässt und sich seinem Problem widmet) darf nämlich bei Erfüllung der folgenden Notfallkriterien verrechnet werden:

- die Leistung muss medizinisch notwendig sein und/oder vom Patienten, Angehörigen oder Dritten als offensichtlich notwendig erachtet werden
- der Arzt muss sich sofort, verzugslos mit dem Patienten (bzw. dem Anrufer) im Falle der Inkonvenienz-

pauschale für telefonische Notfallkonsultationen) befassen bzw. ihn aufsuchen

- ein direkter und unmittelbarer Arzt-Patienten-Kontakt wird vorausgesetzt (Ausnahme: Inkonvenienzpauschale für telefonische Notfallkonsultationen).

Das geschäftliche Risiko für die Beschäftigung mit ungerechtfertigten Notfallkonsultationen trägt also nicht die Notfalldienst leistende Ärztin, sondern der Krankenversicherer bzw. über die Prämien die Allgemeinheit. Insgesamt sind wir also gut beraten, wenn wir Gesundheitsprobleme, die Laien als Notfall deklarieren, vorerst als solche akzeptieren. Ein gestaffeltes, gut organisiertes und klar kommunizierendes System von Fachpersonen und -institutionen, wie wir es mit der professionellen Triageorganisation MEDPHONE, dem eingespielten Rettungsdienst, den kompetenten Grundversorgern in der hausärztlichen Notfallpraxis (am Standort Burgdorf) und den bewährten Notfalldiensten der verschiedenen Kliniken des RSE haben, ist eine ausgezeichnete Antwort auf die Vielfalt der medizinischen (und nicht-medizinischen) Probleme, die sich hinter dem Etikett Notfall verstecken können. +



Dr. med. Martin Egger  
Leitender Arzt Medizin  
und ärztlicher Leiter Notfall, RSE AG  
martin.egger@rs-e.ch



René Jaussi  
Abteilungsleiter Rettungsdienst  
und Notfallstationen, RSE AG  
rene.jaussi@rs-e.ch



## Notfalldienstpflicht der Hausärzte – die Not mit der Not auf dem Land

Seit dem 1. April 2009 ist der NFD im Emmental neu organisiert.

Die wichtigsten Neuerungen sind: die Einführung einer einheitlichen Notfallnummer für das ganze Emmental und die enge Zusammenarbeit zwischen den Hausärztinnen und der RSE AG. Im unteren Emmental bringt die hausärztliche Notfallpraxis die Hausärztinnen direkt ins Spital. Für die Patientinnen wichtig und neu ist auch die professionelle Triage und Beratung durch MEDPHONE.

### Die Dienstpflicht

Das kantonale Gesundheitsgesetz sieht für jede Ärztin mit einer Berufsbewilligung auch die Notfalldienstpflicht vor. Spitalärztinnen leisten im Spital Notfalldienst, Grundversorgerinnen leisten für hausärztliche Notfälle Dienst, Kinderärztinnen für Kindernotfälle, Frauenärztinnen für Geburten und frauenärztliche Notfälle, Augenärztinnen für Augennotfälle und so weiter, jede Ärztin in ihrem Gebiet und entsprechend ihren Möglichkeiten.

Vom Notfalldienst ausgenommen sind nur gewisse Spezialistinnen und Ärztinnen, die nicht klinisch tätig sind (zum Beispiel Angestellte von Krankenkassen oder Ämtern).

Für die Organisation des Notfalldienstes

ist jeweils der ärztliche Bezirksverein in der entsprechenden Region zuständig, ein Verein, dem sich jede Ärztin mit einer Praxisbewilligung anschliessen muss. Das gilt auch fürs Emmental.

### Im Emmental

Der Ärzte-Bezirksverein Emmental organisiert den Notfalldienst der niedergelassenen Ärztinnen für die ganze Region Emmental, das heisst von Utzensdorf bis ins Eggwil (in der Nord-Südachse) bzw. von Wasen bis Grosshöchstetten (in der Ost-West-Achse).

Bis vor kurzem war die Region in sieben sogenannte Dienstkreise unterteilt gewesen. Innerhalb diesen Dienstkreisen galt jeweils eine eigene Notfallnummer und die Hausärztinnen organisierten sich in diesen Dienstkreisen weitgehend autonom.

Je nachdem wie viele Grundversorgerinnen dem jeweiligen Kreis angehörten, war die Dienstbelastung unterschiedlich gross. Unter Umständen musste eine Hausärztin bis 10 Wochen Notfalldienst pro Jahr leisten, und dies rund um die Uhr, inklusive Wochenenden und Feiertage. Ganz klar gilt: je mehr Ärztinnen sich am Notfalldienst beteiligen, desto kleiner ist die Belastung durch den Notfalldienst. Und ganz klar gilt



## Der Start ist gelungen – dank grossem Einsatz und gutem Willen.

auch, je weniger Notfalldienst geleistet werden muss, desto attraktiver ist eine Praxis. Daraus lässt sich auch verstehen, weshalb Landpraxen zunehmend Nachfolgerprobleme haben.

Das war einer der wichtigsten Gründe, warum der Ärzte-Bezirksverein Emmental im Frühjahr 2007 eine Arbeitsgruppe einsetzte, mit dem Ziel, den Notfalldienst zu reorganisieren.

### Gründe für die Reorganisation des Notfalldienstes

Die Reorganisation sollte in erster Linie eine Entlastung für die Hausärztinnen bringen, aber gleichzeitig mithelfen, die hausärztliche Versorgung der Bevölkerung (das betrifft etwas über 100 000 Einwohner) möglichst flächendeckend sicherzustellen. Neben den Bedürfnissen der Grundversorgerinnen, sollte aber ebenfalls den veränderten Bedürfnissen der Patientinnen Rechnung getragen werden. Auch im Emmental suchen die Patientinnen bei einer Notfallsituation ausserhalb der Praxisöffnungszeiten zunehmend direkt die Notfallstation des Spitals auf. Gemäss aktuellen Untersuchungen der Hausärztinnen wurden auf der Notfallstation der RSE AG Standort Burgdorf

fast gleich viele Patientinnen mit einem hausärztlichen Problem versorgt wie in den umliegenden Dienstkreisen des unteren Emmentals zusammen. Zudem ist die Grundversorgung an sich komplexer geworden, interdisziplinäre Probleme werden immer häufiger und eine optimale Zusammenarbeit zwischen Praktikerinnen und Spital wird für den Patienten in Zukunft noch wichtiger sein.

Um allen diesen Ansprüchen gerecht zu werden, drängte sich die Zusammenarbeit mit dem Regionalspital auf. Von Anfang an wurde die Reorganisation des Notfalldienstes mit Vertretern der RSE AG geplant.

### Die Zusammenarbeit mit dem Spital und die hausärztliche Notfallpraxis in Burgdorf

Am Abend, an den Wochenenden und an den Feiertagen, wenn die Praxen geschlossen sind, bzw. die Hausärztinnen nicht erreichbar sind, werden die Patientinnen ans Spital verwiesen; das heisst im oberen Emmental nach Langnau, im unteren Emmental nach Burgdorf. Im oberen Emmental gilt diese Regelung bislang für die Nachtstunden (von 22.00 Uhr bis 07.30 Uhr).



Im unteren Emmental betreiben die Hausärztinnen im RSE Standort Burgdorf eine hausärztliche Notfallpraxis. Die hausärztliche Notfallpraxis ist unter der Woche abends von 17.30 Uhr bis 22.00 Uhr und an den Wochenenden von 08.00 Uhr bis 22.00 Uhr besetzt. Die hausärztliche Notfallpraxis befindet sich in den Räumlichkeiten des Ambulatoriums des Spitals (zwei Sprechzimmer und ein Warteraum – in unmittelbarer Nähe zur Notfallstation). Die Räume können ausserhalb der Betriebszeiten der hausärztlichen Notfallpraxis weiterhin durch das Spital genutzt werden.

Während der Nacht werden ambulante Patientinnen im unteren Emmental – gleich wie im oberen Emmental – durch die Notfallstation des Spitals versorgt. Die Hausärztinnen garantieren an beiden Standorten rund um die Uhr einen Pikettdienst für unumgängliche Besuche.

Während den Praxisöffnungszeiten an den Werktagen wird – nicht zuletzt aufgrund der komplizierten Topographie des Emmentals – eine weiterhin dezentrale hausärztliche Versorgung in den bestehenden Dienstkreisen aufrechterhalten.

#### Gewinnen sollen alle

Mit der am 1. April 2009 eingeführten Lösung des reorganisierten Notfalldienstes im Emmental soll in erster Linie die medizinische Grundversorgung der Bevölkerung sichergestellt und gleichzeitig den veränderten Bedürfnissen der Grundversorgerinnen und Patientinnen Rechnung getragen werden.

Auf der andern Seite wird durch die Lösung der hausärztlichen Notfallpraxis im Spital die Notfallstation des Spitals entlastet. Das Zusammenarbeiten zwischen Spital und Praktikerinnen bietet aber auch die Möglichkeit zur Bildung

eines Kompetenzzentrums, in welchem den Patienten vom hausärztlichen Problem bis zur Intensivpflege alles geboten werden kann. Dadurch wird die Bedeutung der Spitalstandorte Burgdorf und Langnau gefestigt. Eine klar definierte und gut auffindbare Anlaufstelle mit einem umfassenden Leistungsangebot ausserhalb der Praxisöffnungszeiten bietet für die Patientinnen eine echte Verbesserung. Durch die Einführung einer einheitlichen Notfallnummer fürs ganze Emmental und die professionelle Triage durch MEDPHONE wird der Weg für den hilfeschuchenden Patienten zusätzlich vereinfacht.

#### Gelungenes Projekt

Für derartige Lösungen sind gut funktionierende Partnerschaften unerlässliche Voraussetzung. Deshalb wurde die Reorganisation von Anfang an in enger Zusammenarbeit mit den Betroffenen geplant und entwickelt.

Das gemeinsame Projekt führte bereits vor dem Start zu einer konstruktiven Diskussion zwischen Praktikerinnen und Spitalärztinnen. Die Erfahrungen in den ersten Wochen nach dem Start des Pilotprojekts werden von beiden Seiten positiv beurteilt. Die Erfahrungen werden laufend ausgewertet und bestimmt werden noch Anpassungen und Feinabstimmungen nötig sein.

Der Start ist gelungen – dank grossem Einsatz und gutem Willen von allen Beteiligten. +

Im Artikel wird vorwiegend die weibliche Form verwendet. Die Männer sind mitgemeint



Dr. med. Paul Wittwer  
Hausarzt in Oberburg und Mitglied  
des Verwaltungsrates der RSE AG  
[p.wittwer@hin.ch](mailto:p.wittwer@hin.ch)

**Für derartige Lösungen sind gut funktionierende Partnerschaften unerlässliche Voraussetzung.**



## MEDPHONE: So funktioniert es!

**MEDPHONE ist das medizinische Call Center der Berner Ärzteschaft für den ambulanten Notfalldienst. Seit 2004 koordiniert MEDPHONE die Notfallanrufe über eine zentrale Nummer und vermittelt bei Bedarf den regionalen Notfallarzt.**

**Die Region Emmental ist neu seit 1. April 2009 ebenfalls bei MEDPHONE angeschlossen.**

### **Was genau macht MEDPHONE?**

Begleiten wir eine typische Patientin am Samstagabend:

Frau Müller zeigt eine tiefende Nase, Husten und Fieber und fühlt sich krank. Sie sucht ärztliche Hilfe, aber wo?

0900 57 67 47 (CHF 0.48/Min.).

Die Beraterin von MEDPHONE, eine medizinische Fachkraft mit spezieller Ausbildung, nimmt den Anruf entgegen, nimmt die Personalien auf und führt eine kurze Befragung über das medizinische Problem durch.

Anhand von Richtlinien fällt die Beraterin eine Triageentscheidung, wo Frau Müller optimal medizinisch versorgt wird. In unserem Fall organisiert sie einen Termin in der Hausarztpraxis des Spitals Burgdorf. Die medizinischen Daten werden direkt an die Notfallpraxis weitergeleitet und Frau Müller erhält einen genauen Termin, so dass Wartezeiten möglichst vermieden werden. Die Beurteilung der medizinischen

### **Die Beurteilung der medizinischen Dringlichkeit (Triage) durch eine Fachperson ist das entscheidende Element von MEDPHONE.**

Sie ruft richtigerweise in der Praxis ihres Hausarztes an und erfährt dort die Telefonnummer von MEDPHONE

Dringlichkeit (Triage) durch eine Fachperson ist das entscheidende Element von MEDPHONE. Dadurch wird sicher-



gestellt, dass der Patient entsprechend seiner Erkrankung einerseits rasch an die richtige medizinische Instanz gelangt, andererseits die zunehmend knapperen Ressourcen im Gesundheitswesen am besten eingesetzt werden. Nicht zuletzt hilft MEDPHONE mit, die medizinische Versorgung ökonomisch zu nutzen.

Die Pflegefachfrau von MEDPHONE hat prinzipiell vier Möglichkeiten, dem Anrufer weiterzuhelfen:

- Beratungsgespräch mit direktem Abschluss gemäss internen Richtlinien
- Zuweisung zur Notfallpraxis der entsprechenden Region
- Auslösen des Hintergrunddienstes der Notfallärzte mit Hausbesuch
- Alarmierung der Rettungsorgane (Ambulanz)

Da die Pflegefachfrau jederzeit über die zuständigen Notfallpraxen, Dienstärzte, Notfallporten der Spitäler und Rettungsdienste orientiert ist, kann unverzüglich und fehlerfrei die richtige medizinische Instanz kontaktiert und vermittelt werden.

Der Einbezug von MEDPHONE in die Behandlungskette bringt allen entscheidende Vorteile:

**Die Bevölkerung profitiert von:**

- einer raschen und kompetenten Hilfe im medizinischen Notfall
- der zielgerichteten Vermittlung des regionalen Notfallarztes
- der unverzüglichen Alarmierung der Rettungsorgane (Sanität)

**Der Notfallarzt wird entlastet durch:**

- Vororientierung über die medizinischen Daten
- Zuweisung des Patienten an die optimale Versorgungsstelle
- Konzentration auf seine Kernkompetenz: die ärztliche Behandlung der Patienten

**Die Spital-Notfallporte gewinnt durch:**

- Entlastung von leichteren, weniger dringlichen Notfällen
- Optimalen Einsatz der personellen und technischen Ressourcen
- Vermeiden von langen Wartezeiten +

**Nicht zuletzt hilft MEDPHONE mit, die medizinische Versorgung ökonomisch zu nutzen.**



Dr. med. Daniel Marth  
Verwaltungsratspräsident MEDPHONE  
medphone@hin.ch

## Notfallprozesse Langnau: Ein Abend im Notdienst

**Am dritten Tag nach Beginn des reorganisierten Notfalldienstes im Emmental hatte ich meinen ersten Einsatz während 24 Stunden an einem Freitag zu leisten.**

12 Im oberen Emmental (Region Langnau) wurde das Modell übernommen und weitergeführt, welches im kleineren Kreis der Ärztinnen und Ärzte des Amtes Signau bereits während zwei Jahren nach «unbürokratischer» Absprache mit dem Spital Langnau praktiziert wurde und wie folgt funktioniert: tagsüber bestreiten in geografisch grösseren Kreisen des oberen Emmentals je ein(e) Notfallärztin/Notfallarzt pro Kreis den Dienst in der eigenen Praxis. Während der Nacht übernimmt das Spital Langnau den Dienst. Nachts erhalten die Notfalldienst leistenden Hausärztinnen und Hausärzte lediglich einen Pikettdienst aufrecht für ausserhalb des Spitals notwendige Einsätze. Dieses Modell fand bei den Ärztinnen und Ärzten des oberen Emmentals von

allen erarbeiteten Lösungen die grösste Akzeptanz. Ziel war dabei einerseits eine engere Zusammenarbeit mit dem Spital, andererseits die Entlastung der dienstleistenden Ärztinnen und Ärzte durch eine Reduktion der Anzahl Dienstage.

Die Triage der Patientenrufe übernimmt dabei neu nun ebenfalls – wie im unteren Emmental – MEDPHONE, eine in der Ärzteschaft breit abgestützte Vermittlungsstelle für den ärztlichen

**Dieses Modell fand bei den Ärztinnen und Ärzten des oberen Emmentals von allen erarbeiteten Lösungen die grösste Akzeptanz.**

Notfalldienst, was im oberen Emmental zunächst umstritten war. Überzeugt hat aber neben der Dienstleistung von MEDPHONE die ideologische Über-





## Die wesentlichen Zielsetzungen des reorganisierten Notfalldienstes wurden an meinem ersten Dienstag erreicht.

Dr. med. Lorenz Sommer  
Hausarzt in Signau  
l.sommer@hin.ch



legung, sich an das untere Emmental anzugleichen und damit über eine einheitliche Notfall-Telefonnummer im ganzen Einzugsgebiet der RSE AG zu verfügen.

Mein Dienst begann ruhig, worüber ich angesichts der übervollen Sprechstunde sehr froh war. Meine Befürchtung, wegen eines Hausbesuches in unserem grossen Dienstkreis weite Distanzen zurücklegen und durch meine Abwesenheit die Praxisassistentinnen zur Umorganisation der Sprechstunde zwingen zu müssen, bewahrheitete sich nicht. Nachmittags wurde mir von MEDPHONE einzig eine junge Patientin mit Harnwegsinfekt eines ferienabwesenden Kollegen zugewiesen. Am Abend um 20.00 Uhr vermittelte mir MEDPHONE die Mutter eines zehnjährigen Mädchens aus Schlosswil (in Richtung Westen der entfernteste Ort unseres Dienstkreises), welches mit dem Fahrrad gestürzt war und nun weinend über heftige Schmerzen des linken, nicht mehr belastbaren Fusses klagte. Mit leicht bedauerndem Unterton beschrieb ich der Mutter den weiten Weg in meine Praxis (die unter Umständen grösseren Distanzen in

eine Notfallpraxis sind für die Patienten meines Erachtens der einzige Nachteil des reorganisierten Notfalldienstes). Wie bisher konnte ich mich bei der Wegbeschreibung auf den Orientierungspunkt «Kino Roxy» in Signau verlassen und ich werde bis zu meiner Pensionierung wohl kaum Patienten erleben, die den Standort dieses Kinos nicht kennen. Die Mutter der jungen Patientin empfand den Weg in meine Praxis keineswegs als zu weit. Eine Fraktur konnte ausgeschlossen und das Mädchen mit Gehstücken und einem Schmerzmedikament versorgt werden. Die Nacht blieb danach während der Umstellung des Notfalldienstes in das Spital ruhig und mein Schlaf ungestört. Allerdings war ich bisher weder an einem Donnerstag noch an einem Wochenende oder Feiertag im Einsatz, was erfahrungsgemäss die arbeitsintensivsten Tage sind.

Die wesentlichen Zielsetzungen des reorganisierten Notfalldienstes wurden an meinem ersten Dienstag erreicht: nämlich die Aufrechterhaltung eines hausärztlichen Notfalldienstes und die Entlastung eines dienstleistenden Hausarztes. +



## Ein Abenddienst an der hausärztlichen Notfallpraxis im Spital Burgdorf

Ich muss pünktlich um 17.00 Uhr meine Praxis in Lützelflüh verlassen, denn heute Abend habe ich von 17.30 Uhr bis 22.00 Uhr meinen Notfalldienst in Burgdorf zu absolvieren. Meine medizinische Praxisassistentin hütet noch bis 18.00 Uhr das Praxistelefon und macht administrative Arbeiten. Im Spital Burgdorf angekommen, melde ich mich an der Loge und auf der Notfallstation und eröffne dann die hausärztliche Notfallpraxis in den Sprechstundenräumen gegenüber der Notfallstation. Die Schilder werden angebracht, damit die Patienten mich auch finden und der Verbandswagen mit dem Untersuchungsmaterial wird neben der Liege platziert. Unsere Apotheke mit den wichtigsten Medikamenten zur Erstabgabe an die Patienten ist geöffnet und bereit.

Ich bin nun für gut vier Stunden als Hausärztin für die ambulanten Notfallpatienten alleine und selbständig zuständig, habe aber gleichzeitig das Regionalspital als Unterstützung und

für gewisse Infrastrukturen (Labor, Röntgen) im Rücken. Schon läutet mein Telefon. Eine Mitarbeiterin von MEDPHONE, der Notfallzentrale in Bern, die die Anrufe unserer Patienten im Notfall entgegennimmt, meldet mir einen Patienten mit hohem Fieber und starkem Husten an. Sein Hausarzt ist heute Abend nicht mehr erreichbar. Der Patient wird in ca. 30 Minuten bei mir eintreffen. In der Zwischenzeit erledige ich einige organisatorische Arbeiten, als Leiterin der hausärztlichen Notfallpraxis gibt es seit dem Start am 1. April 2009 noch einiges an Arbeit (Anpassungen, Verbesserungen etc.).

Pünktlich steht der erste Patient vor meiner Türe; die Personalien wurden von der Mitarbeiterin an der Loge erfasst und Papiere und Klebeetiketten dem Patienten mitgegeben.

Nach einer Befragung über die akute Erkrankung und Vorerkrankungen sowie allfällige Medikamenteneinnahmen mache ich eine körperliche Untersu-

**Unsere Apotheke mit den wichtigsten Medikamenten zur Erstabgabe an die Patienten ist geöffnet und bereit.**

chung. Der Patient hat 39 Grad Fieber und einen starken, schmerzhaften Husten mit Auswurf und ist in einem deutlich reduzierten Allgemeinzustand. Zur weiteren Abklärung, ob hier eine Lungenentzündung vorliegt, nehme ich Blut ab. Nach einem kurzen Telefon ins Labor des Spitals holt die diensthabende Laborantin die Blutproben bei mir ab. Sie wird mir die Resultate der Analysen sobald als möglich übermitteln. Unterdessen melde ich den Patienten für eine Röntgenaufnahme der Lunge bei der diensthabenden Röntgenassistentin an und begleite ihn kurz über den Gang zum Röntgen. Bis die Röntgenbilder gemacht sind, kann ich die Informationen des Patienten und meine Untersuchungsbefunde auf dem entsprechenden Formular notieren. Nach kurzer Zeit kommt der Patient mit den Röntgenbildern zurück zu mir, auch die Resultate vom Labor sind ausgedruckt. Aus den Befunden muss ich die Diagnose einer Lungenentzündung stellen. Der Patient erhält ein Antibiotikum, ein fiebersenkendes und schmerzstillendes Medikament und Hustensirup. Ich stelle ihm ein Arbeitsunfähigkeitszeugnis für vorläufig drei Tage aus und weise ihn an, am übernächsten Tag zur ersten Kontrolle zum Hausarzt zu gehen. Noch während ich den Patienten verabschiede, habe ich eine weitere Patientin von MEDPHONE angemeldet, ein 6-jähriges Mädchen mit einer Platzwunde am Kopf. Ein junger Mann mit einem verstauchten Fuss hat sich direkt auf der Notfallstation gemeldet und wird, da eine ambulante Behandlung sehr wahrscheinlich ist, von der Schichtleitung der Notfallstation an mich weitergewiesen. Bevor die zwei neuen Patienten eintreffen, kann ich noch meine Krankengeschichte vom ersten Patienten vervollständigen, die Meldung an den

Hausarzt faxen und das Abrechnungsblatt ausfüllen. Ich bin bereit für neue Taten.

Die Eltern mit dem Mädchen mit der Platzwunde läuten an meiner Türe. Die Wunde am Hinterkopf muss genäht werden. Die kleine Patientin hat Angst vor der Spritze zur lokalen Betäubung. Sobald ich alles Material bereit habe, hole ich eine Pflegefachfrau von der Notfallstation zur Unterstützung und Beruhigung des Mädchens. So kann ich gut die Spritze machen, danach können die Eltern die kleine Patientin gut ablenken und besänftigen. Ich brauche die Mitarbeiterin der Notfallstation nicht mehr für die Wundversorgung und kann wieder alleine weiterarbeiten. Ich bin aber sehr froh, dass ich im Notfall auf diese Unterstützung vom Spital zählen kann. Auch der Patient mit dem verstauchten Fuss wird untersucht und der Fuss geröntgt. Zum Glück ist nichts gebrochen und er wird mit Krücken, Schmerzmitteln und einer kühlenden Salbe nach Hause geschickt, um den Fuss hochzulagern. Er wird sich nach zwei bis drei Tagen bei seinem Hausarzt zur Nachkontrolle melden.

Mit weiteren Notfallpatienten geht es den ganzen Abend weiter, um 22.00 Uhr räume ich die Sprechzimmer auf, versorge alles Material der hausärztlichen Notfallpraxis, verabschiede und bedanke mich beim Personal der Notfallstation und am Haupteingang und fahre nach Hause. Mein Dienst ist zu Ende. Falls in der Nacht weitere Notfallpatienten im Spital eintreffen, werden sie durch die diensthabenden Ärzte des Regionalspitals versorgt. +



Dr. med. Susanna Mosimann  
Hausärztin in Lützelflüh und Leiterin der hausärztlichen Notfallpraxis und Mitglied im Leitungsgremium Notfalldienstregion unteres Emmental  
[s.mosimann@vtxmail.ch](mailto:s.mosimann@vtxmail.ch)

**Mit weiteren Notfallpatienten geht es den ganzen Abend weiter.**

# Das «Emmentaler Modell» im internationalen Kontext

## Stufengerechte ambulante Notfallversorgungsmodelle in Dänemark, Holland und im Emmental

### Die Notfallversorgung in der Krise

Im Bereiche der ambulanten Notfallversorgung wird ausserhalb der Sprechstundenzeiten mit einer beschränkten Anzahl an Fachkräften und einer reduzierten Infrastruktur ein grosser Bevölkerungskreis medizinisch versorgt. In verschiedenen europäischen Ländern führten die langen und häufigen Notfalldienstzeiten, die Beeinträchtigung des Privatlebens, der mangelhafte Einbezug von paramedizinischem Personal sowie die ungenügende Unterstützung durch Informatikmittel (z.B. vernetzte elektronische medizinische Patientendokumentation) zu einem zunehmenden Unmut der Hausärzte. In einigen Ländern wurden deshalb in den letzten Jahren die bestehenden Strukturen und Prozesse der ambulanten Notfallversorgung überdacht und tief greifende Reformen durchgeführt. In diesem Artikel werden am Beispiel von Holland und Dänemark zwei Lösungsansätze gezeigt und dem «Emmentaler Modell» gegenübergestellt.

### Lösungsansätze in zwei verschiedenen europäischen Ländern

In Holland wird die ambulante Notfallversorgung seit 10 Jahren umstrukturiert. Ausschlaggebend dafür war die hohe Arbeitsbelastung der holländischen Kollegen. Zu den 55 Stunden regulärer Sprechstundenzeit kamen durchschnittlich zusätzliche 20 Stunden Notfallpräsenz pro Woche. Zudem

wurde das Notfalldispositiv seitens der Patienten oft nicht richtig genutzt. Mehr als 60% der Notfallkonsultationen an den Spitälern hätten ebenso gut oder besser durch den Grundversorger ambulant behandelt werden können.

Im Zuge der Umstrukturierung fusionierten existierende Notfalldienstkreise mit einem Einzugsgebiet von circa 10000 Einwohnern zu grösseren Einheiten mit einer Versorgungspopulation von 100000 bis 500000 Einwohnern und einem Perimeter von bis zu 30 Kilometern. Jede Kooperative betreibt ein Notfallzentrum, dessen medizinische Leitung den Grundversorgern obliegt. Die meisten Notfallzentren liegen in der Nähe von grösseren Spitälern, sie sind jedoch meistens räumlich nicht integriert.

Die Notfallkooperativen sind nur ausserhalb der Sprechstundenzeiten am Wochenende geöffnet. Das Notfallzentrum kann seitens der Patienten über eine einheitliche, regionale Notfallnummer erreicht werden. Vorgängig zur Notfallkonsultation erfolgt eine computergestützte Telefontriage. Bei einfachen Beschwerden werden die Patienten durch die erfahrenen Pflegefachleute am Telefon in der Selbstbehandlung unterwiesen. Bei Patienten mit Beschwerden, welche einer ärztlichen Betreuung bedürfen, wird entweder eine Konsultation am Notfallzentrum, ein Hausbesuch oder gegebenenfalls eine notfallmässige Spitäleinweisung durch einen Rettungswagen organisiert. Nach der Umstrukturierung reduzierte sich die Belastung der Ärzte durch den Notfalldienst von durchschnittlich 20



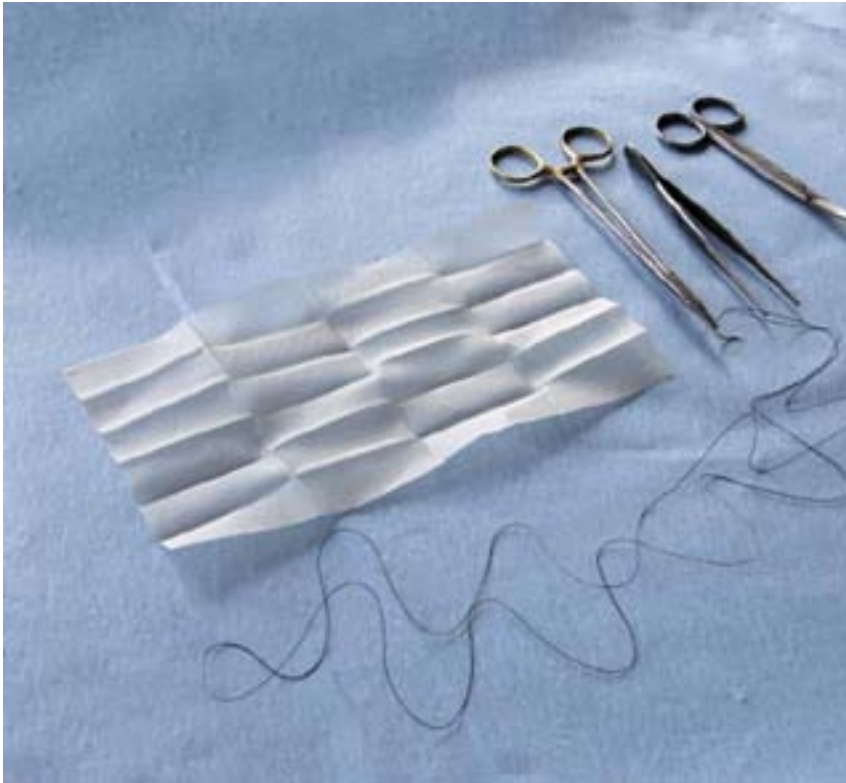


Stunden Pikettdienst auf wöchentlich 4 Stunden Präsenzzeit am Notfallzentrum. Die Ärzte schätzen die höhere Intensität der Notfallkonsultationen während der Präsenzzeiten und die Arbeit im Team. Die Motivation und die Befriedigung im Notfalldienst sind gestiegen.

Die Patientenzufriedenheit mit der ärztlichen Behandlung und der medizinischen Telefontriage der Gesundheitsberaterinnen ist sehr hoch. Die Vernetzung und die Behandlungskontinuität zwischen den Hausärzten, den

Notfallzentren und den Notfallstationen der Spitäler werden noch als ungenügend beurteilt und sollen zukünftig optimiert werden. Zudem werden regional einheitliche Notfallnummern eingerichtet. Im Weiteren sollen an den Notfallzentren künftig auch Konsultationen durch Pflegefachleute (physician extender, nurse practitioner) durchgeführt werden können.

Im Zuge einer gross angelegten Gesundheitsreform im Jahre 1992 wurde in Dänemark auch der ambulante Notfalldienst neu organisiert.



**Das «Emmentaler Modell» spielt damit eine Vorreiterrolle.**

Die Reorganisation hatte zum Ziel, die Konsultationen der Notfallzeiten, soweit möglich, in die regulären Sprechstundenzeiten zu verlagern. Vor der Reform wurde die Dienstleistung vor allem in ländlichen Regionen durch den einzelnen Grundversorger für seine Patienten angeboten. Einige Kollegen organisierten sich in kleinen Notfalldienstkreisen (2 – 20 Kollegen). In städtischen Agglomerationen wurde der ambulante Notfalldienst über eine medizinische Telefonzentrale durch einen oder mehrere Notärzte geleistet. Im Zuge der Reform wurden in ganz Dänemark ambulante Notfallregionen mit einem Einzugsgebiet von 50000 bis 600000 Einwohnern und einem Perimeter von 20 bis 40 km geschaffen, wobei sich die Grundversorger der verschiedenen Notfallregionen zu grösseren Kooperativen zusammengeschlossen haben. In einem Schichtbetrieb werden die Ambulatorien von 16.00 Uhr nachmittags bis 08.00 Uhr morgens betrieben. Es werden jeweils mehrere Ambulatorien durch ein Medizinisches Call Center versorgt. Je nach Tageszeit arbeiten im Call Center 1 bis 7 Ärzte, welche eine medizinische Telefontriage durchführen. Je

nach Bedarf veranlassen diese Ärzte eine ambulante Notfallkonsultation im nächstgelegenen Ambulatorium, einen Hausbesuch, eine Konsultation zu regulären Sprechstundenzeiten beim zuständigen Hausarzt oder erteilen Selbstbehandlungsanweisungen.

Die Reform hatte eine rigorose Umverteilung der verschiedenen Konsultationstypen zur Folge: betrug der Anteil der Hausbesuche im Jahre 1990 (vor der Reform) noch 49% der Notfallkonsultationen, reduzierte sich deren Anteil bis ins Jahr 2001 auf 15%. Demgegenüber verdoppelten sich die Telefonkonsultationen innerhalb dieser Zeitspanne von 27% auf 54%. Die Reform führte zu einer starken Reduktion der Arbeitsbelastung der Grundversorger durch den Notfalldienst: der Anteil derer, welche mehr als 10 Stunden/Woche Notfalldienst leisteten, betrug im Jahre 1990 mehr als 50% und liegt nun unter 10%. Der Anteil der Grundversorger, welche aufgrund dieser Optimierung, keinen Notfalldienst mehr leisten müssen, stieg von 23% auf 44%.

**Innovation der Emmentaler Hausärzte**

Eine Umgestaltung der ambulanten Notfallversorgung wird auch in der Schweiz in verschiedenen Regionen zur Notwendigkeit. Ohne geeignete Massnahmen kommt es in den nächsten Jahren aufgrund einer Überalterung der Hausärzte und des Nachwuchsmangels in einigen Gegenden zum Zusammenbruch der Notfallversorgung. Es wird gefolgert, dass die gesamte Notfalldienstorganisation überdacht und gegebenenfalls neu strukturiert werden muss.

Reformen im schweizerischen Gesundheitswesen scheitern oft am



föderalistischen System und an den fehlenden oder divergierenden Anreizen für die verschiedenen Beteiligten. Im Bereiche der ambulanten Notfall-

### Einige Kollegen organisierten sich in kleinen Notfalldienstkreisen.

versorgung treffen sich die Interessen der Patienten, Ärzte, Versicherer und Politiker: von allen gemeinsam wird eine qualitativ hochstehende, effiziente und effektive medizinische Notfalldienstleistung gefordert. Die Bereitschaft, Gewohntes zu überdenken und sich auf Neues einzulassen, dürfte indes auch in diesem Bereich für eine erfolgreiche Systementwicklung ausschlaggebend sein. Die neu organisierte ambulante Notfallversorgung in der Spitalregion der RSE-AG mit der hausärztlichen Notfallpraxis (HANP) am Standort Burgdorf ist ein Beispiel dafür, dass Schweizer Hausärzte durchaus in der Lage sind, neue, innovative Gesundheitsversorgungsmodelle zu entwickeln und umzusetzen. Das «Emmentaler Modell» zeigt auf, wie im schweizerischen Gesundheitssystem

eine durchgängige stufengerechte ambulante Notfallversorgung etabliert werden kann. Über eine einheitliche Telefonnummer und den Einbezug eines Medizinischen Call Centers (MEDPHONE) in die Versorgungskette erfolgt in einer ersten Stufe eine telemedizinische Triage und Beratung der Patienten am Telefon. In einer zweiten Stufe findet bei Bedarf eine hausärztliche Beurteilung und Betreuung an der HANP statt sowie in Abhängigkeit des Beschwerdebildes als dritte Stufe eine spitalärztliche Notfallversorgung. Das «Emmentaler Modell» spielt damit eine Vorreiterrolle in Bezug auf eine patientenzentrierte, effektive und effiziente ambulante Notfallversorgung. Mit einer leichten provinziellen Stilverspätung hat das Emmental im Bereiche der ambulanten Notfallversorgung auf die in der Modernisierung des Gesundheitswesens führenden Nationen Dänemark und Holland aufgeschlossen. +



Dr. med. Andreas Meer, MHIM  
 Facharzt Allgemeine Medizin FMH  
 Dipl. Informatiker NDL Universität Freiburg  
[www.in4medicine.ch](http://www.in4medicine.ch)



#### **Impressum**

##### **Herausgeber**

Regionalspital Emmental AG  
Oberburgstrasse 54  
3400 Burgdorf  
Telefon 034 421 21 21  
Fax 034 421 21 99  
info@rs-e.ch  
www.rs-e.ch

##### **Redaktion**

Karin Lange, karin.lange@rs-e.ch  
Regula Obbens, regula.obbens@rs-e.ch

##### **Gestaltung, Vorstufe, Druck**

Atelier Schöni, Krauchthal  
Haller + Jenzer AG, Burgdorf



Diese Publikation wird  
von MEDPHONE unterstützt.