

## Hausärztliche Notfälle

Prof. Dr. med. Oliver Senn, MPH

XXIII Diagnostik Symposium Schaan 9. März 2017

### Inhaltsverzeichnis

- Hausärztliche Kompetenzen im Notfall
- Trends & Patientenströme im Notfall
- Neue Versorgungsmodelle
- Diskussion

### Fall 1: Ausgangslage in der Praxis

#### Jetziges Leiden:

Seit 3 Tagen **belastungsabhängiges, thorakales Engegefühl ohne Ausstrahlung und Atemnot**, Nitro-Spray sensibel (Ehefrau), kein Fieber, kein Husten, keine inspiratorischen Thoraxschmerzen.

#### Persönliche Anamnese:

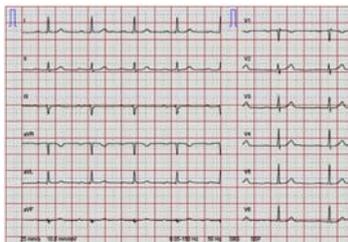
70-jähriger Patient, Raucher, art. Hypertonie behandelt (Bisoprolol 10mg/d, Amlodipin 5mg/d) paroxysmales Vorhofflimmern (CHA<sub>2</sub>DS<sub>2</sub>-VASC 2 Punkte) (Rivaroxaban 20mg/d).

### Fall 1: Befunde

#### Status:

Patient blass und kaltschweissig; Puls 64/Min. regelmässig; BD 127/64mmHg; AF 20/Min.; SpO<sub>2</sub> 94%; kardo-pulmonale Auskultation unauffällig, keine Herzinsuffizienzzeichen. Keine Beinschwellung/Seitendifferenz.

### Fall 1: Zusatzdiagnostik



Resultat Troponin: Negativ

**Und jetzt?**

### Fall 1: Katamnese

**Okkulte gastrointestinale Blutung** (Hb 57g/l) (Norm >120g/l)

DD: Angiodysplasien, Hämorrhoidalblutung, Divertikelbulutung, duodenale Ulzera

**Angina Pectoris** im Rahmen der Eisenmangelanämie

**Procedere:** 2 Ec-Transfusion, Fe-Substitution, Hb Kontrollen (Rivaroxaban)

Universität Zürich  
 UniversitätsSpital Zürich  
 Institut für Hausarztmedizin

### Blutungsrisiken: NOACs vs. „Marcoumar „

Event Rate per 100 person-years	Hazard Ratio (95% CI)	p-value
Apixiban vs. Warfarin		
n=7,695 vs. n=7,695		
Major Bleeding: 2.33 vs. 4.46	0.45 (0.34 - 0.59)	<0.001
Intracranial: 0.29 vs. 1.06	0.24 (0.12 - 0.50)	<0.001
Gastrointestinal: 1.78 vs. 3.04	0.53 (0.37 - 0.75)	<0.001
Dabigatran vs. Warfarin		
n=14,307 vs. n=14,307		
Major Bleeding: 2.37 vs. 3.03	0.79 (0.67 - 0.94)	<0.01
Intracranial: 0.28 vs. 0.79	0.36 (0.23 - 0.56)	<0.001
Gastrointestinal: 1.97 vs. 1.95	1.03 (0.84 - 1.26)	0.79
Eliquis vs. Warfarin		
n=15,175 vs. n=15,175		
Major Bleeding: 4.36 vs. 3.84	1.04 (0.90 - 1.20)	0.40
Intracranial: 0.44 vs. 0.79	0.51 (0.35 - 0.73)	<0.001
Gastrointestinal: 3.31 vs. 3.53	0.91 (0.80 - 1.03)	0.10

Favor NOAC      Favor Warfarin

Xiaoqi et al. J Am Heart Assoc 2016;5:e003725

Universität Zürich  
 UniversitätsSpital Zürich  
 Institut für Hausarztmedizin

### Fall 2: Ausgangslage Hausbesuch

**Jetziges Leiden:**  
 37-jähriger Patient, nach Zigarettenkonsum akuter Reizhusten, «brennende» inspiratorische Schmerzen, Schüttelfrost und progrediente Dyspnoe. Ehefrau habe ihn noch nie so gesehen.

**Klinische Befunde:**  
 Im Bett liegender agitierter Patient, afebril, unauffällige kardiopulmonale Auskultation

**Und jetzt?**

**Ergänzende Anamnese und Zusatzdiagnostik:**  
 Tagsüber mit Aralditklebstoff gearbeitet, ungewöhnlicher Tabakgeruch festgestellt. Spontansättigung (SpO2) 90%.

Universität Zürich  
 UniversitätsSpital Zürich  
 Institut für Hausarztmedizin

### Fall 2: Katamnese



• Toxisches Lungenödem bei akzidentellem Rauchen von Aralditklebstoff

• Ambulante antibiotische Behandlung bei rascher Remission der pulmonalen Symptomatik unter O2-Gabe

Universität Zürich  
 UniversitätsSpital Zürich  
 Institut für Hausarztmedizin

### Fall 3: Regulärer Praxisbesuch

**Konsultations-Gründe bei Herrn W. 67 Jahre**

— linker arm  
 schulle bis daumengröße / fingergrösse → "schweinegros gelb" (schon seit jahren → möglicherweise verschulterter lipomat?) gibt es da wirklich keine möglichkeit das zu tunen??  
 sehr unangenehm (insbes. bei wasser) links schlüsseln → schultertage schme → linker hoden ziemlich gross und sehr empfindlich → hodenbruch, nur harter, an der bedarf "schmerz" stechradfahrgasse zurite (schulter?) → allfällige dringlinge (wenige sekunden aber ziemlich heftig)

— geschwinn summiert: über weg → schweinegros 2 x 100cm → 1 geht selten, während max. 3 stunden (weiter aber nur minuten) wieder einstecken → wundenke eingetrennt gelöst, sparsam fast alles ein "knoten" empfinden wird links rasendich sehr häufig verstopft

— hofes ohr  
 einseitiges hörschwäche ab links ist sehr selten (jahren) damit mit wasser etwas reduziert werden

— schmerz schwach schlimmer zu werden gibt es wirklich keine chance auf heilung? 2 hofe pro tag rechen nur, wenn ich nicht ins hofe gehe → verarzt mit antibiot

Sprecher will gerne zur garten abwandern  
 verunsichert aber starkes stören (d.h. freizeite schritt "schweinegros")

— hofeske  
 wenige aben, oft nur einige werte (z.b. in einem etwas empfindlicher geschwür?) können sofort zu sehr unangenehm herauskoll, sodass es aufhört und ich gehn will, wenn ich nicht abhören will → dringlich mit aralditklebmittel  
 manchmal kurtze, "rückener", überflächliche hofen, die "im leere geht" - 7

— links möglicherweise wundenbruch (1 - 2) → wenn nicht schlimmer wird belassen mehr oder weniger deutliche beule im unterbauch (ohne beschwerden)  
 "schmerz" stechradfahrgasse zurite (schulter?) → allfällige dringlinge  
 hofen verkleinert sich immer stärker (zum deutlichen "druck") etwas psychischer hofenbruch → gefürchte links beim stehen (wie "hose voll")  
 nachtschweisse = "bauchschmerzen"  
 kann erwachen (fast täglich) - oft alles "im unterbauch spüren" - leicht bis bedrückend (ist an sicherheit grenzender wahrnehmbarkeit = psychische ursache?)

**9 Behandlungsanlässe:**

- Rheuma
- ORL
- Pneumologie
- Chirurgie
- Urologie
- Gastro

**Akute Behandlungsbedürftigkeit (1/9):**  
 Infektexazerbiertes Asthma mit Sprechdyspnoe und klinisch bronchialer Obstruktion

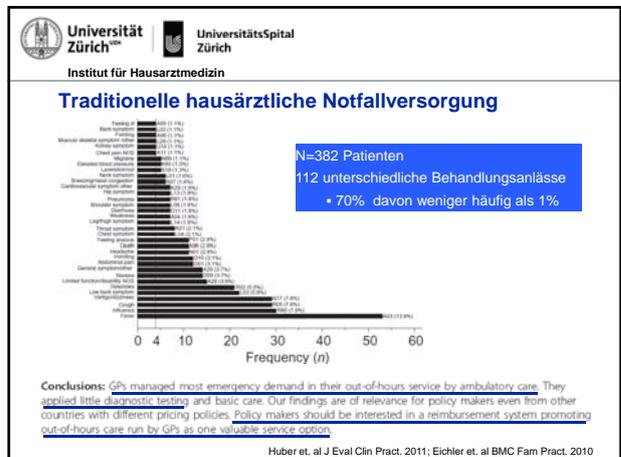
Universität Zürich  
 UniversitätsSpital Zürich  
 Institut für Hausarztmedizin

### 1. Fazit: Hausärztliche Notfallversorgung

- Klinische „Skills“ zur Risikoeinschätzung sind essentiell in Kombination mit wenig Zusatz-Diagnostik
- Priorisierung als hausärztliche Kernkompetenz
- Diagnostische Unsicherheit als Herausforderung



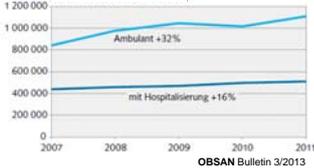
Ausschluss abwendbar gefährlicher Verlauf (rule-out)      «watchful waiting»




  
**Universität Zürich** | **UniversitätsSpital Zürich**
  
 Institut für Hausarztmedizin

## Trends & Patientenströme in der Notfallversorgung

Konsultationen in Notfallstationen



OBSAN Bulletin 3/2013

Notfallpraxis im Spital



Selbstzuweiser («walk-ins») am Waidspital

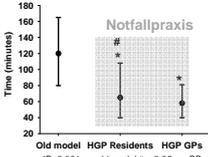
- 2007: 54% (davon 79% ambulant behandelt)
- 2011: 64% (p<0.001)

Chmiel et al. Swiss Med Wkly. 2016


  
**Universität Zürich** | **UniversitätsSpital Zürich**
  
 Institut für Hausarztmedizin

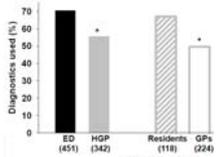
## Hausärztliche Notfallversorgung von Selbstzuweisern am Spital

Notfallpraxis



\*P<0.001 vs. old model #p<0.05 vs. GPs

Diagnoses used (%)



\*P=0.05 vs. ED (2007)

Wang et al. J Eval Clin Pract 2013

**Kosten ambulante Fälle**

Notfallstation: 338 CHF

Notfallpraxis: 188 CHF

Eichler et al. Emerg Med J 2013

**Effizienz Notfallpraxis**

Ambulante Behandlungsrate 95%

Entlastung der Notfallstation

Chmiel et al. Swiss Med Wkly. 2016


  
**Universität Zürich** | **UniversitätsSpital Zürich**
  
 Institut für Hausarztmedizin

## Die besseren Notfallärzte

Wenn in Spitälern Hausärzte Notfallpatienten behandeln, geht das schneller und billiger

NZZ am Sonntag 13.02.2011


  
**Universität Zürich** | **UniversitätsSpital Zürich**
  
 Institut für Hausarztmedizin

## Take home- hausärztliche Notfallversorgung

- **Breites Spektrum** an Behandlungsanlässen & Erkrankungen
- **Freier Zugang** zu Leistungserbringern führt zu einer **inadäquaten Behandlungslast der Notfallstationen**
- Die Hausärztin als **Spezialistin** für den Erstkontakt, sowohl bei Selbstzuweisern am Spital als auch im traditionellen Notfalldienst


  
**Universität Zürich** | **UniversitätsSpital Zürich**
  
 Institut für Hausarztmedizin

## Danke für Ihre Aufmerksamkeit

