

Hausärztliche Notfallpraxis am Universitätsspital Basel

Die am Universitätsspital angeschlossene Hausärztliche Notfallpraxis (HNP) betreut jährlich rund 6000 Patienten, von denen die meisten keinen eigenen Hausarzt haben.

Die Hälfte der Notfalldienst leistenden Ärztinnen und Ärzten von Basel-Stadt leisten ihren Dienst in der Hausärztlichen Notfallpraxis (HNP). Diese Praxis ist werktags geöffnet zwischen 17.00 und 23.00 Uhr und an den Wochenenden zwischen 09.00 und 23.00 Uhr. Im Schnitt werden pro Dienst zwischen 12 bis 25 Patienten betreut. Es handelt sich um Patienten, die leichtere und ambulant behandelbare Pathologien haben, insbesondere kleinchirurgische Probleme. Die Zusammenarbeit mit der Notfallstation und den diensthabenden Facharkollegen am Unispital ist sehr gut und fördert die Kollegialität zwischen den Niedergelassenen und den Spitalangestellten. Die Öffnungszeiten der HNP hat dazu geführt, dass in den Abendstunden und an den Wochenenden sowie an den Feiertagen die Wartezeiten der Patienten verkürzt werden konnten, wie eine Studie aus dem Jahr 2010 nachwies.

Einfluss auf das Patientenverhalten

Die Medges hatte ursprünglich die Idee, einen sinnvollen Notfalldienst anzubieten, der auf das Verhalten der hilfesuchenden Patienten Einfluss nimmt. Konkret: Man versuchte mittels Telefontriage der MNZ, eine Beratung abzugeben, welche an den gesunden Menschenverstand, an die Selbstverantwortung appellierte, und offerierte nicht primär eine rasch erhältliche Dienstleistung, falls dies aus medizinischer Sicht vertretbar war. Wir hofften damit, auf das Verhalten im Gesundheitswesen Einfluss nehmen zu können. Dies gelang nicht zufriedenstellend. Es zeigte sich, dass die gestiegenen Ansprüche der Patienten nicht mehr zulässig. Diese Bedürfnisse werden insbesondere durch persönliche Bedürfnisse und Stundenpläne dirigiert, nicht zwingend durch medizinische Notfallsituationen. Notabene gibt es diese auch. Der Dienst in der HNP stellt nebst der fundierten und sorgfältigen Behandlung der Patienten auch eine Möglichkeit dar, mit den Patienten über die Indikation zur Notfallbehandlung zu sprechen. Mit dem zunehmenden Notfalldienstangebot von Permanenzen wird das Anspruchsver-

halten unserer Bevölkerung aber nicht modifiziert, sondern gefördert.

Ausserdem haben wir festgestellt, dass sehr viele Patienten, die die HNP aufsuchen, keinen eigenen Hausarzt haben. Sie sind in der Regel sehr dankbar, wenn sie an einen Kollegen oder an eine Kollegin weitervermittelt werden.

Fazit

Der Notfalldienst wird von den HNP-Dienstleistenden als sicher, in der Regel als konstruktiv, als sinnvoll und (durch den Austausch mit den Kollegen am Unispital) als fruchtbar erlebt. Es werden fast 6000 Patienten behandelt pro Kalenderjahr. Wir werden unterstützt von einem guten MPA-Team, und auch die Zusammenarbeit mit dem Triage-Personal funktioniert gut.

Dr. med. Sabine Lingenhel, Fachärztin für Innere Medizin, Koordinationsmitglied der HNP

Den Notfalldienst auf der «Marke Hausarzt» aufbauen

Wie auch immer künftige Notfalldienstsysteme konzipiert sind, sie sollten nach Ansicht des Autors auf der «Marke Hausarzt» aufbauen.

Seit 2000 betreibe ich eine Einzelpraxis mit etlichen Schwerpunkten. Ich verstehe und verstand mich immer als gewöhnlicher Hausarzt und leistete selbstverständlich und gerne Notfalldienst. Ebenso lange bin ich ärztlicher Leiter der Medizinischen Notrufzentrale (MNZ – 061 261 15 15), wo ich den triagierenden Pflegefachleuten mit meinem Rat zur Seite stehe und ich setze mich u.a. auch immer wieder für das Vernetzen der MNZ in einem wechselnden Notfallumfeld ein.

Auf dem Stadtgebiet, wo die Verhältnisse übersichtlich und die Kollegen mir meist persönlich bekannt sind, war es mir ein Anliegen, die von der MNZ zugewiesenen Patientinnen und Patienten gut zu betreuen. Als Praxisinhaber (modern Physician Ownership) bürgte ich mit meinem Namen für die geleistete Arbeit im Dienst. Die vorbehandelnden Kollegen unterrichtete ich am Dienstende über meine Beobachtungen und Massnahmen umgehend. In Erinnerung bleiben mir Sonntage mit Dauereinsätzen und über 15 Hausbesuchen ... Natürlich ärgerte ich mich auch über Patienten, welche aus finanziellen Gründen keinen Hausarzt (und evtl. keine Krankenkasse,

weil verschuldet) mehr hatten, und dann prompt die Rechnung aus dem Notfalleinsatz nicht bezahlten. Doch dies war eine kleine Minderheit und die hat man bekanntlich auch in der Praxis. Dies war für mich nie ein Argument, dass der Notfalldienst sinnlos oder defizitär wäre. Wichtig war mir, dass etwas lief während eines Tages-, Nacht- oder Wochenenddienstes. Doch diese Zeiten sind vorbei.

Was hat sich geändert?

Viele der Neuerungen habe ich als Mitglied der Kommission Notfalldienst, als ärztlicher Leiter der MNZ mitdiskutiert, mitinitiiert und mitgetragen. Dazu gehö-

ren Dienstersatzabgabe, neues Dispositionsreglement, Doc-Box-Dienstplanung, Vereinfachung Pikettdienst, Gemeinsame Notfallpraxis (GNP), Hausarzt Notfallpraxis (HNP) etc.

Die Einführung der Dienstersatzabgabe (DEA) war gedacht als finanzieller Abgleich von Ärzten mit verschiedenen Dispositionsgründen und Verhinderungen. Sie sollte die Dienstpflichtigen davon abhalten, ihren Dienst nicht zu tun. Leider ist die DEA nie im Sinne des gerechten Ausgleichs direkt den noch Diensttuenden zugeflossen. Dieser Mangel wird per 2013 endlich behoben.

Dann wurde die Idee einer hausärztlichen Notfallpraxis am Spital lanciert. An anderen Zentren waren solche Einrichtungen erfolgreich gestartet. Bei der Gründung der GNP (gemeinsame Notfallpraxis der Hausärzte – heute HNP) konnte man in einer Umfrage seine Präferenz für den NFD angeben. Ich habe beide Dienstarten angegeben, und wurde im Pikett eingeteilt, weil es genügend viele Kolleginnen und Kollegen gab (vorwiegend Frauen, Spezialisten, solche die noch nie Dienste gemacht haben und auch erfahrene Kollegen, die sich ausschliesslich für die GNP meldeten). Hätte zu jenem Zeitpunkt eine sorgfältigere Einteilung die heutige Misere verhindert? Zum Beispiel, indem nur auf die GNP eingeteilt werden sollte, wer vorher mehrere Jahre Pikettdienst geleistet hat? Man wusste es nicht besser und war froh, überhaupt genügend Praktiker für beide Dienste gefunden zu haben.

Status quo

Heute haben wir die Situation, dass zwei sehr unterschiedlich attraktive und intensive Dienste parallel existieren: Der Dienst auf der HNP (ca. 40 Ärzte × 365 × fixe Öffnungszeiten, plus Feiertagsaufstockung) und der ausrückende Pikett-

dienst (ca. 80 Ärzte mit Tagespikett und Nacht- bzw. Wochenenddienst × 365 × 24). Während der HNP-Dienststarzt ein geregeltes, im Voraus bekanntes und attraktives Honorar erhält, ist der Pikettleistende vor der Situation, dass er wenige Einsätze und somit auch geringe Einkünfte gemessen an der Dienstzeit erzielen kann. Dieses Ungleichgewicht bestand seit Anfang und entsteht aus der Triagevorgabe für die MNZ, die jeden mobilen Patienten bittet, auf die NFS zu gehen (Vertrag zwischen MedGes und Unispital). Zudem gibt es einige professionelle Dienstleister, welche den an sich attraktiven Markt der Heimpatienten (das sind eigentlich unsere Hausarztpatienten und gelten als einträgliche Stammkunden) in professioneller Pflegeumgebung (wo sich viele Notfälle am Telefon lösen lassen) bearbeitet haben.

Die insgesamt über die Jahre entstandene Entwertung des Pikettdienstes zusammen mit der unregelmässig ausgeschütteten Pikettentschädigung führte meines Erachtens zu einer Demotivierung und zu einer unprofessionell tiefen Einsatzfrequenz, was bekanntlich die Qualität gefährdet, die auf Routine und Erfahrung baut. Identifikation mit und Motivation für den NFD litten beträchtlich.

Wie weiter?

Soll nun der unattraktive Teil des Pikettdienstes an Dritte vergeben werden? Mit welchen Konsequenzen? Wir alle kennen wahrscheinlich Patientinnen und Patienten, die bereits solche Dienste in Anspruch nahmen. Unsere im Qualitätszirkel und in der Notfalldienstkommission ausgetauschten Erfahrungen waren gemischt. Man kritisierte vor allem, dass der NFD eben nicht durch einen hausärztlichen Kollegen betreut und ausgeführt wurde, sondern durch einen Notfallarzt mit all seinem Eskalationspo-

tential und vielleicht einer anderen Einstellung zum Notfall.

Oder gelingt es uns Hausärztinnen und Hausärzten (angestellte, selbständige, freie und managed-care-verpflichtete, patchwork- und teilzeittätige), uns nochmals zu einer homogenen Diensterfüllung zu sammeln? Oder stehen wir vor dem «Opting-out» von Teilen des NFD mit all seinen Vor- und Nachteilen?

In einem solchen Dilemma gibt es oft den noch unsichtbaren dritten Lösungsweg. Vielleicht sollten sich VHBB, Managed-care-Institutionen (Meconex, Ärztenetz Nordwestschweiz etc.), MedGes, AeGes BL zusammen mit der Öffentlichkeit/Gesundheitsversorgung nochmals eine von allen Seiten getragene Lösung andenken.

Meine Sorge gilt dabei auch der Relevanz und Finanzierbarkeit einer MNZ. Die seit über 45 Jahren erfolgreiche Schaltstelle lebt von einem attraktiven, vermittelbaren und zuverlässigen NFD. Der hausärztliche Dienst auf der HNP hat sich als verlässlicher Partner der MNZ bewährt, und die HNP mit dem hausärztlichen Know-how wirkt als **letzte Wasserscheide** vor der teureren Spitaldiagnostik. Geplante und aktive Walk-in-Praxen leben ebenfalls von ihrer niedrigen Schwelle, sie sind nicht via MNZ verlinkt und wirken als Solitär im Notfallmarkt. Wir brauchen aber eine One-Number-Strategie, vor allem in einem städtischen Gebiet. Ich als älterer Kollege wäre froh, wenn alle, die auf der Marke Hausarzt künftig aufbauen, sich nochmals vereint Gedanken machen, wie es mit dem NFD weitergehen soll; und ich bin gespannt, wer meine Hausarztpatienten demnächst behandeln wird, wenn ich mal nicht erreichbar bin ...

*Dr. med. Roland Keller-Gudat, Innere Medizin FMH
Ärztlicher Leiter MNZ und Mitglied KNFD BS*

Unterschiedliche Wahrnehmung von Patient und Arzt

Was ist ein Notfall? Arzt und Patient haben dazu manchmal unterschiedliche Vorstellungen, was zu Spannungen führen kann.

Im Befehlston verlangte der Patient einen Hausbesuch! Ihm muss aufgefal-

len sein, dass ich am Telefon wenig Bereitschaft erkennen liess, ihm in diesen frühen Morgenstunden einen Hausbesuch zuzugestehen. Der Entscheid, ihm nur ein Telefonkonsil zu gewähren, welcher aus rein medizinischer Sicht leicht

zu begründen war, wurde vom Patient nicht akzeptiert.

Diese kurze Sequenz aus einem Telefongespräch während des Notfall- oder Bereitschaftsdienstes scheint mir exemplarisch für das Spannungsfeld, in welchem