

der Notfalldienst aus ärztlicher Sicht heute funktionieren muss. Der gut informierte Patient ist nicht nur über Diagnosen und Differentialdiagnosen informiert, er weiss auch vom Eid des Hippokrates und kennt die schweizerische Gesetzgebung. Sollte die geschilderte Symptomatik nicht ausreichen, einen Hausbesuch zu erreichen, werden sie präventiv schon mal ins Feld geführt.

Welche Rolle kommt den Ärzten zu?

Und auch von ärztlicher Seite spielen diese Überlegungen eine relevante Rolle. Wie sollen wir die uns zugeordnete Rolle mit Stethoskop, Thermometer, Otoskop, Biox und allenfalls portablem EKG effektiv ausfüllen? Damit ist zwar ein Eintreffen innert 60 Min. beim Patienten und ein Abschluss der Diagnostik in wenigen Minuten möglich, kontrastiert aber mit den Möglichkeiten eines Universitätsspitals, welches max. 5 km entfernt liegt (in Basel-Stadt). Dies ist vergleichbar wie Vaters Telefon mit einem Smart-

phone. Was man daraus macht, spielt für den Patienten keine Rolle. Es dominiert in seiner Wahrnehmung meist die Erwartungshaltung, die unweigerlich in eine Sackgasse führt. In Analogie zum oben genannten Beispiel aus der Kommunikationstechnologie ist auch hier ein Generationenunterschied auszumachen. So ist ein Teil der Patienten sehr dankbar und schätzt den Einsatz, während die Generation iPhone das Vertrauensverhältnis strapazieren kann. Dass mit der Anamnese und den uns zur Verfügung stehenden technischen Mitteln eine ausgezeichnete Diagnostik gemacht werden kann, ist unbestritten. Gleichzeitig können wir aber nie das Nullrisiko garantieren. Dies unabhängig davon, ob wir um 11 Uhr am Sonntagvormittag gerufen oder um 3 Uhr morgens unter der Woche aus dem Schlaf gerissen werden.

Der geneigte Leser stellt sich vor diesem Hintergrund vielleicht die Frage: Weshalb tut sich der Autor dies an? Die Ant-

wort ist relativ einfach und hat mit der Gesetzgebung im Gesundheitswesen zu tun. Hier besagt V. 5 § 25 Abs. 2 des GesG Basel-Stadt, dass alle praxisberechtigten Ärzte Patientinnen und Patienten in Notfällen zur Seite stehen müssen. Im Klartext: Wir sind verpflichtet, Notfalldienst zu leisten.

Fazit

Die oben genannten Ausführungen sind subjektiv und entsprechen meiner eigenen Wahrnehmung. Gleichwohl sollten wir Ärztinnen und Ärzte unsere privilegierte Stellung in der Gesellschaft anerkennen und auch weniger attraktive Aspekte unserer Arbeit akzeptieren. Durch eine bessere Kooperation innerhalb der Ärzteschaft wäre dies zum Gemeinwohl leicht möglich.

Dr. med. Balthasar Staehelin, Facharzt für Innere Medizin und Gastroenterologie, Mitglied der Notfallkommission der MedGes Basel

Notfalldienst (VI)

Wenn Kinder in Not fallen – und wie die Kinderärzte damit umgehen

Die kinderärztliche Notfallpraxis, die seit 2011 am Universitäts-Kinderspital beider Basel angegliedert ist, hat sich bewährt. Das Wissen und die Routine der niedergelassenen Kinderärzte ergänzen sich ideal mit der Position und der Funktion der Spitalärzte.

Bei Wikipedia finde ich folgende

Definition eines Notfalls:

«Als Notfall wird im Rettungswesen ein Fall benannt, bei dem es aufgrund einer Störung der Vitalparameter Bewusstsein, Atmung, Kreislauf oder der Funktionskreisläufe Wasser-Elektrolyt-Haushalt, Säure-Basen-Haushalt, Temperaturhaushalt und Stoffwechsel kommt. Ohne sofortige Hilfeleistungen sind erhebliche gesundheitliche Schädigungen und/oder der Tod des Patienten zu erwarten.»

Notfallpraxen von Hausärzten, die einem Spital angeschlossen sind, sind in den grösseren Städten Deutschlands seit vielen Jahren etabliert. In der Schweiz gibt es diesen Trend seit wenigen Jahren ebenfalls, auch an Kinderspitälern:

in Aarau, St. Gallen und Zürich sind seit 2010 Notfallpraxen von niedergelassenen Kinderärzten eröffnet worden. In Basel wurde Ende 2009 die GNP (Gemeinsame Notfallpraxis der Hausärzte) am Universitätsspital von unseren Hausärzte-Kollegen ins Leben gerufen. Im Februar 2011 folgten wir Kinderärzte – parallel zum Standortwechsel des Kinderspitals vom Rhein ins Zentrum – und eröffneten unseren Notfalldienst in den neuen Räumlichkeiten des UKBB an der Spitalstrasse.

Zentralisierte Notfalldienste

Wie kam es zu diesem Boom, Notfalldienste von der eigenen Praxis ins Spital zu transferieren?

Früher leisteten alle Ärzte Notfalldienst in der eigenen Praxis oder auf Hausbesuch im Turnus mit den niedergelassenen Kollegen. Ein Fulltime-Weekende (inkl. Nachtjob) hatte – je nach Zahl diensttuender Kollegen, der Patientendichte und der Grösse der Region – kurze Nachtruhephasen zur Folge und setzte

ein allradgetriebenes Auto für die Hausbesuche voraus, je entlegener die Region war. Dazu kam eine gehörige Portion Notfallmanagement und eine entsprechende Ausrüstung. Die Ärzte, die auch heute noch diese Art von Notfalldienst leisten, geniessen meine grosse Hochachtung.

Heute aber gibt es immer weniger davon, was mit dem grösser werdenden Anteil Frauen unter den Mediziner zu tun hat, die Mutterpflichten und Teilzeittätigkeit unter einen Hut bringen wollen. Deshalb wird es auch immer schwieriger, einen Nachfolger in einer Landarztpraxis zu finden. Die jungen Ärzte möchten Teilzeittätigkeit, Familie und ein gutes Einkommen vereinen können, was in einer klassischen Landarztpraxis (mit wenig Kollegen in den umliegenden Dörfern) kaum mehr möglich ist.

Aus diesem Dilemma heraus entstanden die regionalen Notarztdienste, die immer häufiger am Zentrumsspital geleistet werden. Weil sich immer mehr Ärzte diesem Dienst anschliessen, nimmt die

Zahl der Dienste für den einzelnen Arzt ab. Ausserdem wird die mitternächtliche Praxistätigkeit insofern obsolet, als das Zentrumsspital diese eher seltenen Notfälle immer mehr übernimmt.

Bis 2010 wurden die Notfalldienste der Kinderärzte in Basel-Stadt und Baselland getrennt geleistet. Insbesondere die Kinderärzte in der Stadt waren mit dem wöchentlichen Dienst (7 × 24 Stunden non-stop) unzufrieden, der uns einengte (soll ich jetzt duschen gehen, oder ruft gerade wieder jemand an?) und der ungenügend entlohnt wurde, da es viele Patienten im Notfalldienst mit der Bezahlung nicht so genau nahmen (die Bindung an den eigenen Kinderarzt entfällt beim Notfall). Dazu kam insbesondere in Basel-Stadt, dass die Notfallstation des Kinderspitals am Abend jeweils massiv überfüllt war, meist mit banalen Infekten und Problemchen, weil es immer mehr Eltern der kleinen und grossen Patienten vorzogen, direkt ins Kinderspital zu pilgern (Standort bekannt, Parkplatzmöglichkeit etc.), statt in der Stadt herumzukurven und die Praxis des diensttuenden Kinderarztes zu suchen. So verwaisten unsere Praxen in der Stadt im Notfalldienst immer mehr – Tendenz jedes Jahr steigend.

In Baselland waren die Eltern der Patienten dem individuellen Notfalldienst der Landschäftler Ärzte treuer, vielleicht auch, weil der Weg ins Kinderspital in Basel-Stadt weiter war. Der Handlungsbedarf war weniger dringend, aber die Bezahlung des Notfalldienstes (inkl. Mahnung und Betreibung) war auch in Baselland ein Dorn im Auge.

Neuer Notfalldienst am Unispital

Wir entschlossen uns deshalb, im Februar 2011, nach dem Modell anderer kinderärztlicher Dienste und dem hausärztlichen Notfalldienst, zusammen mit der Medizinischen Gesellschaft Basel-Stadt und Baselland eine Notfallpraxis im neuen Universitäts-Kinderspital bei der Basel (UKBB) zu eröffnen.

Zu Beginn war geplant, unseren Notfalldienst nur am Donnerstagabend und das ganze Wochenende über zu öffnen. Doch die Nachfrage wuchs rasch und so kamen dann schnell weitere Dienste am Freitagabend dazu und die Öffnungszeiten am Wochenende wurden um eine Stunde vorverlegt (von 9 bis 22 Uhr).

Eine Triageperson am Empfang der Notfallstation teilt die Krankheiten und Unfälle der Kinder und Jugendlichen mittels eines Scores innerhalb einer Skala von eins bis fünf ein. Bis Stufe zwei (oder drei) werden sie von uns niedergelasse-

nen Kinderärzten behandelt. Stufe vier und fünf entsprechen den eigentlichen Notfällen.

Alle banalen Infekte und einfache Kleinchirurgie (je nach kinderärztlichem Können) werden von uns angeschaut. Dank unserer Routine machen wir als Praktiker rascher ein Bild und dank unseres Wissens bezüglich häufiger und seltener Differentialdiagnosen kommen wir mit wenig zusätzlichen Mitteln aus (allerhöchstens Blutbild, CRP-Diagnostik oder Urinkontrolle). Ein kurzer Notfallbericht wird schriftlich direkt an den nachbetreuenden Kinderarzt gefaxt.

Selbstverständlich behandeln die Spitalärzte (Assistenten, Oberärzte der Medizin und Chirurgie) weiterhin alle komplexeren Fälle und alle eigentlichen Notfälle, wo rasches Handeln immer noch Leben rettet.

Die Spitalassistenten müssen im Rahmen ihrer Fortbildung mehr Zeit für den Patienten, zusätzlich Zeit für die Besprechung mit dem Oberarzt und mehr Zeit für den Notfallbericht (andere Anforderung an den Bericht-Lehrer) aufwenden, um am Schluss auf dasselbe Ergebnis – sprich Diagnose und Therapie – zu kommen.

Hier springt die kinderärztliche Notfallpraxis ein und hilft so drastisch, die Wartezeiten auf der Notfallstation zu verkürzen und immer genügend Personal für die Notfälle, die keinen Aufschub dulden, zu gewährleisten.

Unsichere Eltern – gestiegene Ansprüche

Insbesondere in der Stadt Basel brauchen immer mehr Familien – die meisten mit Migrationshintergrund – die Notfallstation immer häufiger. Dabei ist nicht immer klar, ob es sich um einen Notfall handelt. Ein Kind mit Husten oder Fieber seit zwei Stunden kann je nach medizinischem Hintergrundwissen als Notfall eingestuft werden.

Viele Familien mit Migrationshintergrund haben keine eigene Bewältigungsstrategie, wie sie mit Krankheit umgehen müssen und sind zutiefst verunsichert, wenn ein Kind plötzlich Fieber bekommt oder Schmerzen entwickelt. Je jünger das Kind, desto heftiger ist die Verunsicherung.

Die Anspruchshaltung vieler Eltern im Umgang mit kranken Kindern hat sich ebenfalls gewandelt in den letzten 10 Jahren. Durch die zunehmende Arbeitstätigkeit vieler Mütter hat sich deren Toleranzzeit für ein krankes Kind gesenkt. Diese sollten spätestens nach zwei bis drei Tagen nach Krankheitsbeginn wieder in die KITA, in den Kindergarten oder

in die Schule zurückgehen können. Durch Kinder bedingte Fehlzeiten am Arbeitsplatz der Eltern sind nicht nur mühsam, sie gefährden manchmal auch eine Arbeitsstelle.

Abwarten und Tee trinken: Früher eine gängige und immer noch effektive Methode, um gesund zu werden, und sicher die kostengünstigste, ist heute leider fast undurchführbar geworden. Mit Wadenwickel bei Fieber oder Kartoffelwickel bei Husten geben sich die heutigen Familien kaum mehr zufrieden. Ein Medikament sollte es schon sein – oder noch lieber ein Antibiotikum!

Während der Notfalldienste im UKBB bleibt allerdings keine Zeit für ein aufklärendes Gespräch. Zum Beispiel, ob der Termin sinnvoll war, wie zukünftig allenfalls vorgegangen werden kann bei einem ähnlichem Notfall oder wie vorbeugend interveniert werden kann.

Es ist klar die Aufgabe jedes einzelnen Kinderarztes in der eigenen Praxis die Ängste und Sorgen der Eltern zu antizipieren und im Gespräch klärend die Richtung zu weisen. Aufklärung über den natürlichen Verlauf von Krankheiten, zum Beispiel von Fieber und Husten, aber auch, was ein Virus oder ein Bakterium ist und bewirken kann und wann man welche Therapie einsetzt, gehört meiner Meinung nach zum Standard eines Kinderarztes.

Gesundheitserziehung: Aufgabe der Kinderärzte?

Wenn wir Kinderärzte es schaffen würden, Gesundheitsförderung der Eltern und Kinder zu gewährleisten, wäre ein grosser Schritt in eine gesündere Gesellschaft getan. Die Frage ist allerdings, ob dies unsere Aufgabe ist.

Ein Schulfach in Gesundheitsförderung, Ethik und Lebensweisheiten (z.B. aus aller Welt) wäre meiner Meinung nach ein guter Schritt zu einem besseren, auf jeden Fall aber kostengünstigerem Gesundheitswesen.

Die Gesundheitsdienste der Städte kümmern sich zwar schon um Aufklärung der Jugendlichen in Kindergarten und Schule bezüglich Adipositas. Sie sollten aber nach meiner Ansicht noch zusätzliche Kapazitäten für eine umfassendere Gesundheitsförderung erhalten. Vielleicht könnten auch entsprechend ausgebildete Lehrkräfte diese Aufgabe übernehmen.

So könnten in Zukunft viele unnötigen «Notfälle» vermieden werden, die die Infrastruktur des Kinderspitals zu Spitzenzeiten (Weihnachten, andere Feier-

tage) arg herausfordern und die Nerven der Eltern aufgrund der unüblich langen Wartezeiten überstrapazieren.

Die zentrale Notfallpraxis macht den Notfalldienst in der Region einheitlich und effizient und ist auch von den Eltern mehrheitlich gut toleriert worden. Die Wartezeiten haben sich mit diesem Konzept um Stunden gesenkt.

Jene Familien – vor allem aus dem Basel-land –, die nicht ins Kinderspital fahren möchten, weichen auf diverse Notfalldienste der Region aus, so zum Beispiel ins Kantonsspital Liestal oder in eine

Praxis am Bahnhof SBB und last but not least zu Notrufdiensten mit Hausbesuchen.


Diese Institutionen sind aber keine Konkurrenz zu unserer Notfallpraxis im Kinderspital, weil die Diagnosen nicht durch Kinderärzte gestellt werden und die Fakturierung hoch angesetzt ist.

Fazit

Als praktizierende Kinderärztin bin ich von der Idee der Notfallpraxis am Zentrumsspital überzeugt und kann sie empfehlen. Es ist für mich zu einem

machbaren, auch abwechslungsreichen Dienst geworden, den ich gerne leiste, u.a. auch, weil er gebührend honoriert wird, was früher beim Notfalldienst in meiner eigenen Praxis nicht der Fall war. Insbesondere hat sich meine Jahresdienstzeit deutlich verringert, da wir aus einem grösseren Kinderärztee pool schöpfen können mit der gemeinsamen Notfallpraxis der Kinder und Jugendärzte der Regio Basel.

Katja Heller, Kinderärztin in Kleinhüningen, Kleinbasel

 Die «Seite der Hausärztinnen und Hausärzte» (VHBB)

Einheitskasse

Anlässlich der GV der VHBB zeigten Nationalrätin Jaqueline Fehr und Ex-BAG-Vizedirektor Andreas Faller die Argumente pro und kontra Einheitskasse auf. Die anschliessende Diskussion war von den Befürchtungen des Kollegiums vor einer fundamentalen Veränderung in der Krankenversicherung geprägt. Es zeichnet sich ab, dass der Abstimmungskampf (erneut) recht emotional geführt werden wird, weil die konkreten Auswirkungen der Initiative ohne weitreichenden Sachverstand für den Stimmbürger kaum erkennbar sein werden. Umso wichtiger, dass wir Ärzte und «Gesundheitsanwälte» unserer Patienten die Argumentarien kennen und uns in die Diskussion einbringen können.

Direkte Medikamentenabgabe

Bekanntlich haben nach den Zürichern auch die Schaffhauser die direkte Medikamentenabgabe (DMA) eingeführt. Interessant ist hier, dass im Gegensatz

zu Zürich auch die Stadtgemeinde die DMA wollte. Das Resultat war überwältigend klar (72 % Ja-Stimmen für die entsprechende Vorlage). Die Übergangsfrist von fünf Jahren ist zwar stossend v. a. für junge Kollegen, welche ein Praxis eröffnen oder übernehmen wollen. Dies schmälert aber die Einsicht nicht, dass sich vernünftige Argumente, wie sie vor allem von der Schaffhauser Ärzteschaft vertreten wurden, auch durchsetzen können. Ob es solcherlei in unserem Stadtkanton demnächst aufs politische Tapet gereicht, ist hinsichtlich der allgemeinen Tendenz (auch der Kanton Aargau wird seine Bewohner und Bewohnerinnen über die DMA abstimmen lassen; bei einer Annahme stünde Basel-Stadt im Nordteil der Schweiz mit seinem «Apothekenschutz» isoliert da) nicht unrealistisch. Wir bleiben dran!

Generalversammlung

Nach ausgiebiger Diskussion hat der Vorstand der VHBB beschlossen, vom aktuel-

len Rhythmus abzukommen und den Termin für die ordentliche GV (Reklamation von Mitgliedern: vor den Ferien überlastet) nicht auf die vorletzte Woche vor den Fastnachtsferien zu verlegen (Überlagerung mit Fortbildungsveranstaltungen, Retraiten etc.), sondern generell den ersten Donnerstag im Februar festzulegen (s. Voranzeige).

«Götti-System»

Um den Einstieg in die Selbständigkeit zu erleichtern, wurde angeregt, analog dem seit Jahren bewährten Vorgehen in BL auch für Hausärztinnen und Hausärzte in Basel ein Götti-System einzuführen. Wegen der allgemeinen Befürwortung, aber fehlender Valenzen bei den angefragten Mitgliedern, wird der Vorstand der VHBB dessen Organisation übernehmen.

*Für den Vorstand VHBB: Christoph Hollenstein
www.vhbb.ch*

→ Voranzeige

Nächste ordentliche Generalversammlung:

(künftig jeweils am ersten Donnerstag im Februar)

am 6. Februar 2014

Genaue Zeit und Ort werden rechtzeitig bekanntgegeben.