



Synapse

Die Synapse finden Sie unter:

www.synapse-online.ch

- 4 Politagenda 2013
- 8 Der Hausarzt im Einsatz als Notarzt
- 9 Die «Mobilen Ärzte»: Sinnvolle Ergänzung der hausärztlichen Notfallmedizin
- 10 Hausärztliche Notfallpraxis am Universitätsspital Basel
- 10 Den Notfalldienst auf der «Marke Hausarzt» aufbauen

Schwerpunktthema: **Standespolitik / Notfalldienst**

- 11 Unterschiedliche Wahrnehmung von Patient und Arzt
- 12 Wenn Kinder in Not fallen – und wie die Kinderärzte damit umgehen
- 14 Die «Seite der Hausärztinnen und Hausärzte» (VHBB)

Das offizielle Kommunikationsorgan der Ärztegesellschaft Baselland und der Medizinischen Gesellschaft Basel

Editorial



Geschätzte Kolleginnen und Kollegen,

Wie in der letzten Synapse angekündigt, stellen wir in dieser Ausgabe die verschiedenen Aufgaben und Facetten der Kantonalgesellschaften vor – mit einem speziellen Blick auf den Notfalldienst.

Integriert ist auch unsere «Politagenda 2013», welche Ihnen bereits vorgängig elektronisch zugestellt wurde. Diese gemeinsam von der Ärztegesellschaft Baselland, der Medizinischen Gesellschaft Basel und dem VSAO Basel geschaffene Politagenda ist ein wichtiges Führungsinstrument für die jeweiligen Vorstände. Dies aus verschiedenen Gründen:

1. Es scheint uns wichtig, auch prinzipiell «banale» und «klare» Themen und Ziele klar und präzise zu formulieren und eine Marschrichtung – und somit auch eine «Agenda» – vorzugeben.
2. Eine Mehrheit unserer Mitglieder sollte sich (wenn auch nicht mit allen, so doch) mit den meisten Statements identifizieren können, was den Zusammenhalt innerhalb der Gesellschaft und auch die Verbindung Basis-Vorstand fördern und stärken soll.

Leitartikel / Ärztevereinigungen

Im Dienste der Ärzte, der Patienten und der Allgemeinheit

Was tun die kantonalen Ärztevereinigungen Medizinische Gesellschaft Basel (MedGes) und Ärztegesellschaft Baselland (AeG BL) konkret für ihre Mitglieder? – eine Übersicht.

Wie die FMH auf schweizerischer Ebene, setzen sich die kantonalen Ärztegesellschaften auf kantonaler und regionaler Ebene für bestmögliche Rahmenbedingungen für die Berufsausübung ihrer Mitglieder ein. Gleichzeitig – und das unterscheidet sie wohl von Gewerkschaften, Gewerbeverbänden und ähnlichen Gruppierungen – setzen sich die Ärzteorganisationen auch im Interesse der Allgemeinheit, insbesondere der Patientinnen und Patienten, für eine optimale Organisation des kantonalen und regionalen Gesundheitswesens ein. In diesem Sinne haben sich AeG BL und MedGes – obwohl die überwiegende Mehrheit ihrer Mitglieder freipraktizierende Ärzte sind – gegen den Zulassungsstopp eingesetzt, welcher die etablierten Praxen zwar vor Konkurrenz schützen würde, aber im Gesamtinteresse des Gesundheitswesens als negativ zu beurteilen ist.

→ Fortsetzung Seite 3

3. Die drei Gesellschaften repräsentieren rund 4000 Ärzte der Regio Basiliensis. Ein gemeinsamer politischer Positionsbezug stellt ein klares und starkes Signal dar. Wir Ärzte sind in der Lage, uns zu positionieren und gemeinsam für unsere Ideale und Ziele einzustehen. Dies im Interesse unserer Patientinnen und Patienten und auch unserer Mitglieder.

Nebst diversen persönlichen, positiven Kommentaren einzelner Mitglieder hat sich bereits auch ein hausärztlicher Qualitätszirkel mit unterstützenden und

konstruktiven Ergänzungen gemeldet, und zwar mit Anregungen, die wir sehr gerne in unsere weitere Arbeit aufnehmen werden.

Nur der stetige gegenseitige Gedankenaustausch kann bewirken, dass sich unsere Agenda weiterentwickelt. In diesem Sinne hoffen wir auch in Zukunft auf einen kritischen Dialog mit unseren Mitgliedern.

Mit herzlichen und kollegialen Grüßen
Dr. med. Tobias Eichenberger
Präsident Ärztegesellschaft Baselland

Hauptaufgaben

Hauptaufgabe der Ärztesellschaften bleibt aber, die Mitglieder in ihrem beruflichen Umfeld zu stärken und sie in der Ausübung ihres Berufes zu fördern und zu unterstützen.

Der MedGes und AeG BL gehören zusammen um die 2000 Mitglieder an. Diese solide Basis gibt den Gesellschaften eine regionale Wichtigkeit im Gesundheitswesen, die von keinem gesundheitspolitischen «Keyplayer» übergangen werden kann. Bei sämtlichen Vernehmlassungen und Umfragen, die das Gesundheitswesen in der Region betreffen, werden die Ärztesellschaften – als Ansprechpartner resp. Vertreter der Ärzteschaft ihres Kantons – zur Meinungsäusserung eingeladen.

Die Ärztesellschaften setzen sich ein für **einen angemessenen Taxpunktwert in der Region**. Sie verhandeln die Taxpunktwerte und suchen mit den Tarifpartnern nach Lösungen, die für die Mitglieder, aber auch für die Patientinnen und Patienten fair sind.

Die Ärztesellschaften organisieren **Fortbildungen** für ihre Mitglieder. Die Themen dieser Fortbildungen werden fächerübergreifend organisiert und ermöglichen den Mitgliedern einen Einblick in andere wissenschaftliche und berufspolitische Themen.

Auch **rechtliche Fragen** gehören zum Alltag der Gesellschaftssekretariate. Häufig werden Fragen aus dem Praxis- oder Spitalalltag gestellt (z.B. betr. Arbeitsrecht, Krankengeschichte, Praxisübernahme/-gründung etc.). Entsprechende Kurzberatungen erfolgen für die Mitglieder von AeG BL und MedGes kostenlos durch ihre juristischen Geschäftsführer.

Gremien und Grundlagen

Die Ärztesellschaften stellen **Gremien** zur Verfügung, die bei Problemen der Patienten mit ihren Ärzten Hilfestellung bieten. So bemühen sich der Ombudsmann sowie der Tarif-Ombudsmann in BS resp. der Ombudsmann und die Blaue Kommission in BL, bei vielerlei Problemen zwischen Ärzten und Patienten zu schlichten. Um standesrechtliche Klagen kümmert sich in beiden Ärztesellschaften der Ehrenrat. Durch die Besetzung dieser Stellen mit kompetenten Mitgliedern fühlen sich die Patientinnen und Patienten ernstgenommen. Dies ist nicht zuletzt ein wichtiges Element auch für die Imagepflege der Ärzteschaft.

Die Ärztesellschaften erarbeiten **wesentliche Grundlagen** für die Berufsausübung ihrer Mitglieder (z.B. Richtlinien für die Leistung des Notfalldienstes, Qua-

litätsrichtlinien, div. Reglemente für die einzelnen Gremien etc.).

Die Ärztesellschaften setzen sich für ein **gutes Image der Ärzteschaft** ein. Die Kommunikation gegen aussen erfolgt vorwiegend über folgende Kanäle:

- «Synapse» (Politik und Publikum)
- Website
- Medienorientierungen
- Antworten auf Vernehmlassungen
- Interviews Radio, TV, Zeitung
- Kolumne «Der Arzt rät»

Die nicht minder wichtige Kommunikation gegen innen erfolgt über folgende Kanäle:

- «Synapse»
- Mitgliederversammlungen und Delegiertenratssitzungen (Letzteres nur in BS)
- Website
- Newsletter
- Gesellschaftsvents

Events und Kontakte

Die Ärztesellschaften organisieren **Events**, bei denen sich die Mitglieder austauschen können. Einmal im Jahr findet der MedGes-Neujahrsapéro statt, aber auch bei den Mitgliederversammlungen oder Fortbildungen der Gesellschaften werden häufig Apéros offeriert.

Die Ärztesellschaften organisieren den **Notfalldienst** und setzen sich für zeitgemässe Lösungen ein. Sie reagieren, wenn sich die Situation für die Mitglieder verschlechtert, mit neuen Angeboten und Dienstleistungen (vgl. z.B. die Gründung der Hausärztlichen Notfallpraxen in beiden Kantonen).

Die Ärztesellschaften pflegen den regelmässigen **Kontakt mit anderen wichtigen Playern** im Gesundheitswesen. So finden regelmässig förmliche und informelle Treffen mit Politikern, den Gesundheitsbehörden und anderen Organisationen des Gesundheitswesens (z.B. Spital-Verwaltungsräte, Apothekerverband BS etc.) statt. Die Ärzteschaft wird auf diese Weise deutlich wahrgenommen und zu den wichtigen Themen des regionalen Gesundheitswesens in der Regel gebührend angehört. Im Rahmen der stetigen Kontaktpflege ist auch die Bindegliedfunktion der beiden Ärztesellschaften zur FMH, zu den Fachgruppen, zu Notfallorganisationen etc. zu erwähnen.

Die Ärztesellschaften organisieren gemeinsam die **berufsspezifische Ausbildung der Medizinischen Praxisassistentinnen** (ÜK = Überbetriebliche Kurse). Dafür haben sie die HWS als Schule beauftragt. Diese Schule wird von uns regelmässig beaufsichtigt, um eine gute Ausbildungsqualität für die MPA-Auszubildenden zu gewährleisten.

Des Weiteren kümmern sich die Ärztesellschaften via ihre Sekretariate natürlich auch um die ganze **Administration**, die sich für Vereine dieser Grösse ergibt. Dazu gehören das Mitgliedschaftswesen, die Erstellung von Budget und Rechnung, die Ansprechbarkeit via Telefon und die E-Mail-Kommunikation für Mitglieder, Patienten, Behörden etc.

*Dr. iur. Jennifer Langloh, Geschäftsführerin
Medizinische Gesellschaft Basel*

*lic. iur. Friedrich Schwab, Geschäftsführer
Ärztesgesellschaft Baselland*

Impressum

Anschrift der Redaktion
Redaktion Synapse
Schweiz. Ärzteverlag EMH
Farnsburgerstrasse 8, CH-4132 Muttenz
Mail: synapse@emh.ch

Mitglieder der Redaktion
Dr. med. Tobias Eichenberger, Facharzt für Urologie FMH
med. pract. Katja Heller, Fachärztin für Kinder und Jugendliche FMH
Dr. med. Peter Kern, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie FMH
Dr. med. Alexandra Prünthe, Fachärztin für Ophthalmologie und Ophthalmochirurgie FMH
Dr. med. Carlos Quinto MPH, Facharzt für Allgemeinmedizin FMH
Bernhard Stricker, lic. phil., Redaktor BR, Bern,
Ruedi Bienz, Vorsitzender GL, EMH Schweizerischer Ärzteverlag AG, Basel

Verantwortlicher Fortbildungskalender
Dr. med. Julian Mettler, Mail: julian.mettler@hin.ch

Verlag
EMH Schweizerischer Ärzteverlag AG
Farnsburgerstrasse 8, CH-4132 Muttenz
Tel. 061 467 85 55, Fax 061 467 85 56
E-Mail: verlag@emh.ch
www.emh.ch

Layout, Satz und Druck
Schwabe AG, Basel/Muttenz

Erscheinungsweise
erscheint sechsmal jährlich

Abonnementskosten
Jahresabonnement CHF 50.–

Inserate
EMH Schweizerischer Ärzteverlag AG
Nadja Huber, Assistentin Inserateregie
Farnsburgerstrasse 8, CH-4132 Muttenz
Tel. 061 467 85 88, Fax 061 467 85 56
nhuber@emh.ch

«Synapse» im Internet: www.synapse-online.ch



Sekretariat der Ärztesgesellschaft Baselland
Lic. iur. Friedrich Schwab, Rechtsanwalt
Renggenweg 1, CH-4450 Sissach
Tel. 061 976 98 08, Fax 061 976 98 01
E-Mail: [fchwab@hin.ch](mailto:fschwab@hin.ch)



Sekretariat Medizinische Gesellschaft Basel
Dr. Jennifer Langloh-Wetterwald
Marktgasse 5, CH-4051 Basel
Tel. 061 560 15 15, Fax 061 560 15 16
E-Mail: info@medges.ch

Redaktionsschluss der nächsten Ausgabe: 27.5.2013

Politagenda 2013



Die Politagenda 2013 der Medizinischen Gesellschaft Basel (MedGes) und der Ärztesgesellschaft Baselland (AeG BL) ist eine Fortentwicklung der Politagenda des Vorjahres. Dieses Jahr ergänzt und unterstützt durch die Sektion Basel des Verbandes Schweizerischer Assistenz und Oberärzte (VSAO). Denn es hat sich herausgestellt, dass die strategischen Ziele der drei Verbände weitestgehend identisch sind. Damit stellen sich die rund 4000 Ärztinnen und Ärzte der Regio Basiliensis hinter eine gemeinsame politische Agenda und stärken damit deren Bedeutung und gewinnen an Durchschlagskraft.

1. Die Ärztesgesellschaft Baselland, die Medizinische Gesellschaft Basel und der VSAO Basel verstehen sich als **Partner und Fürsprecher der Patientinnen und Patienten**. Deren Wohl steht im Mittelpunkt unseres Denkens und Handelns.
2. Wir setzen uns für geeignete politische Rahmenbedingungen ein, damit unsere **Mitglieder** heute und auch in Zukunft **ihre Arbeit effizient und mit Freude** leisten können.
3. Die Ärztesgesellschaft Baselland, die Medizinische Gesellschaft Basel und der VSAO Basel sind hochqualifizierte, komplexe und gut funktionierende dreidimensionale Netzwerke. Wir verstehen den **Zusammenhalt innerhalb der Ärzteschaft** als eine zentrale Führungsaufgabe und als Voraussetzung dafür, unsere standespolitischen Ziele zu erreichen. Dazu gehört auch eine sorgfältige und stetige Nachfolgeregelung in unseren Vorstandsgremien.
4. Wir sind bereit, als «Key Player» zusammen mit unseren **Partnern – Gesundheitsdirektionen BL und BS sowie öffentliche und private Spitäler** – an der Gestaltung des Gesundheitswesens unserer Region auch für die Zukunft mitzuarbeiten. Durch unsere tägliche Arbeit sind wir Experten auf diesem Gebiet. Wir fordern deshalb einen frühzeitigen Einbezug in alle uns und die Spitäler betreffenden Planungs- und Entscheidungsprozesse.
5. Die drei Gesellschaften bekennen sich zur **Vision eines «Gesundheitsraumes Nordwestschweiz»**. In der heutigen globalisierten Welt und den zunehmend komplexen Aufgaben im Gesundheitswe-

sen können und wollen wir uns den «Kantönlicheist» nicht weiter leisten. Gefragt ist eine interkantonale Zusammenarbeit und Koordination der medizinischen Versorgung sowie eine gemeinsame Spitalliste mit dem optimalen Einsatz der Ressourcen. Auch wenn das DRG-System den Konkurrenzkampf zwischen den Spitälern verschärft, fordern wir im Interesse unserer Patientinnen und Patienten eine kantonsübergreifende Planung mit sinnvoller Schwerpunktbildung und den Erhalt einer wohnortnahen und patientengerechten Grundversorgung (inkl. erweiterter Grundversorgung).

6. Trotz aller Lippenbekenntnisse von Politik und Krankenversicherern wird die hausärztliche Arbeit fortwährend erschwert und abgewertet. Die **Besserstellung der Hausärztinnen und Hausärzte** ohne Entsolidarisierung innerhalb der Ärzteschaft erfordert wirksame Massnahmen.

7. Die **Einhaltung des Arbeitsgesetzes** bei angestellten Ärztinnen und Ärzten erachten wir als selbstverständlich. Umso mehr ermahnen wir Arbeitgeber sowie zuständige Behörden und Instanzen, auf weitere «Übergangszeiten» zu verzichten und immer noch vorhandene untragbare Verhältnisse unverzüglich der Legalität zuzuführen.

8. Die Vertraulichkeit medizinischer Daten ist ein unverzichtbares, höchstpersönliches Recht der Patientinnen und Patienten. Die Bestrebungen von Politik und Krankenversicherern zur Aufweichung des **Datenschutzes in diesem hochsensiblen Bereich** sind kurzsichtig und kontraproduktiv. Der «gläserne Patient» stellt das für eine erfolgreiche Arzt-Patienten-Beziehung grundlegende Vertrauensverhältnis in Frage. Wir wenden uns deshalb entschieden gegen derartige Bestrebungen.

9. Für den Behandlungserfolg ist die korrekte Rollenverteilung zwischen Patient und Arzt als zwei eigenverantwortlichen Vertragspartnern mitentscheidend. Die zunehmenden Versuche, das Zahlungssystem des «Tiers Payant» (= Krankenkasse bezahlt den Arzt direkt) zu propagieren, laufen dieser Rollenverteilung zuwider und degradieren Patientinnen und Patienten zu reinen Leistungsempfängern. Wir setzen uns deshalb für die Beibehaltung des auch im Krankenver-

sicherungsgesetz als **Normalfall vorgesehenen Zahlungssystems des «Tiers Garant»** (Patient erhält die Arztrechnung, Krankenkasse ist ihm gegenüber nur Rückerstattungsgarant) ein. Alles andere bedeutet eine Entmündigung des Patienten im Verhältnis zum behandelnden Arzt.

10. Anerkanntermassen steht ein eklatanter **Mangel an Ärzte- und Pflegepersonal** bevor. Laut Gesundheitsobservatorium werden bis 2030 Millionen von Konsultationen für die alternde Bevölkerung nicht mehr abgedeckt sein, was von der Politik bisher sträflich ausgeblendet wird. Dies ruft Investoren auf den Plan, deren primäres Interesse weder der Gesundheitsversorgung der Bevölkerung noch dem angestellten Gesundheitspersonal gilt. Um Gesundheit und Angehörige von Gesundheitsberufen nicht zur Ware und Patientinnen und Patienten nicht zu industriellem Stückgut verkommen zu lassen, sehen wir uns als Ärzteschaften aufgerufen, vermehrt auf dem Feld der Praxisnachfolge aktiv zu werden.

In Übereinstimmung mit Leitsatz 3.6 des *Globalen Verhaltenskodex der WHO für die internationale Anwerbung von Gesundheitsfachkräften*, welcher von der Schweiz unterstützt wird, erwarten wir von Bund und Kantonen, dass sie die Verantwortung für einen nachhaltigen Aufbau und Erhalt des Personalbestandes im Gesundheitswesen übernehmen, um der Anwerbung ausländischer Gesundheitsfachkräfte entgegenzuwirken bzw. ungleich höheren volkswirtschaftlichen Kosten einer Mangelversorgung vorzubeugen.

11. Die Förderung von **E-Health** und die elektronische Vernetzung werden unter Beachtung folgender Prämissen begrüsst:

E-Health-Anwendungen müssen sich konsequent an den Bedürfnissen der Benutzer und den Prozessen in den Praxen orientieren. Überdimensionierte Lösungen, welche ihre Anwender und Käufer erst suchen müssen, sind zum Scheitern verurteilt.

Die Finanzierung muss gesichert sein. Die Ärzteschaft lehnt es ab, in der aktuellen prekären Tarifsituation zusätzliche Investitionen oder wiederkehrende Unkosten zu übernehmen. E-Health-Anwendungen, welche dem Nutzer auch Vorteile und Gewinn bringen, etablieren

und amortisieren sich von selbst. Zusätzlicher Nutzen für Patienten, Versicherer und Staat muss jedoch durch diese bezahlt werden.

E-Health muss offen sein und bleiben. Eine starke Bindung an einzelne Hersteller und an proprietäre Lösungen ist so weit wie möglich zu vermeiden. Offene Standards und Open-Source-Lösungen sind vorzuziehen. Bereits etablierte Standards sind aufzunehmen. Nur so sind eine freie Entwicklung, Unabhängigkeit und grösstmögliche Kompatibilität möglich.

12. Die drei Gesellschaften befürworten die Professionalisierung der ärztlichen Strukturen zur Sicherung der Qualität medizinischer Leistungen. Sie unterstützen die Bemühungen der neu gegründeten *Schweizerischen Akademie für Qualität in der Medizin (SAQM)*. Sie stehen ein für eine **Qualitätskultur, die primär auf die Behandlungskompetenz und damit die Patientensicherheit** fokussiert. Eine qualitativ hochstehende Medizin kann nicht eine standardisierte, sondern nur eine individualisierte Medizin sein, in der die fachgerechte Berufsausübung in einem Klima von Respekt, Vertrauen und Freiheitlichkeit erfolgt. Bürokratische Kontrollzwänge, welche die

Entstehung einer «Schattenwirtschaft» von Profiteuren, Kontrolleuren und Zertifizierern begünstigen, lehnen wir ab.

13. Die von Bundesrat und Parlament per 2012 auf rechtsstaatlich bedenkliche Weise erzwungene Einführung der **Fallpauschalen im stationären Bereich** (DRG = Diagnosis-Related Groups) beschleunigt den in unseren Augen verheerenden Systemwechsel vom medizinischen zum ökonomischen Primat, der im Gesundheitswesen zunehmend in Gang ist. Das Gesundheitssystem ist kein freier Markt, weil Menschen, die krank sind, in erster Linie Bedürftige sind und keine Kunden. Wir plädieren entschieden dafür, dass die Bedürfnisse der Patientinnen und Patienten nicht den ökonomischen Zwängen des DRG-Systems untergeordnet werden; entsprechende Fehlanreize sind raschestmöglich zu korrigieren. Wir plädieren ferner dafür, dass das Fallpauschalen-System die Forderungen des Datenschutzes, die Leistungen der Pflege, die akademische Forschung sowie die Aus- und Weiterbildung des Nachwuchses angemessen berücksichtigt.

14. Die **direkte Medikamentenabgabe** des Arztes an den Patienten (= DMA, auch «Selbstdispensation» genannt) ist im

Kanton Baselland seit Jahrzehnten etabliert und bewährt – und stellt auch eine Option für den Kanton Basel-Stadt dar. Unabhängige Statistiken zeigen klar auf, dass die Medikamentenkosten in DMA-Kantonen tiefer sind als in Kantonen ohne direkte ärztliche Medikamentenabgabe. Möchte die Politik wirklich etwas Wirksames zur Kostendämmung beitragen, müsste sie die flächendeckende Einführung der DMA propagieren. Wir wehren uns auch gegen eine «kalte» Abschaffung der patientenfreundlichen direkten Medikamentenabgabe durch unnötige bürokratische Schikanen.

15. Diese politische Agenda wird im Sinne einer **«rollenden Planung»** den ständig wechselnden Gegebenheiten und Anforderungen angepasst. Durch eine offensive Kommunikation (s. unser gemeinsames Publikationsorgan SYNAPSE) informieren wir die Patientinnen und Patienten, die Bevölkerung und somit auch die Prämienzahler und Stimmbürger über die für sie relevanten gesundheitspolitischen Themen und Entwicklungen. (3 Websites: www.aerzte-bl.ch; www.vsao.ch; www.medges.ch)

Liestal/Basel, im Februar 2013

Einladung



zur gemeinsamen Veranstaltung der Ärztesgesellschaft Baselland und der Medizinischen Gesellschaft Basel MedGes zum Thema

«Arztbild im Wandel – Bestimmt die Gesundheitsökonomie unsere Zukunft? Weg von der Kosten- hin zur Nutzendiskussion!»

**am Mittwoch, 5. Juni 2013 – 18:00 bis ca. 21:30 Uhr
Hotel Engel, Kasernenstrasse 10, 4410 Liestal**

Die Referenten

- **RR Dr. Carlo Conti** Regierungsrat, Gesundheitsdirektor des Kantons Basel-Stadt, Präsident der Gesundheitsdirektoren-Konferenz, Mitglied des Verwaltungsrats von SwissDRG
- **Dr. med. David Hänggi-Bally** Chefarzt Frauenklinik Baselland, MBA HSG
- **Dr. med. Anette Heierle** praktizierende Ärztin, FMH Innere Medizin, Basel
- **Dr. Christoph Meier** Direktor santésuisse
- **Dr. med. Miodrag Savic** Co-Präsident VSAO Basel
- **Dr. med. Dominik Schorr** Kantonsarzt Baselland

Der Hausarzt im Einsatz als Notarzt

Im bevölkerungsreichsten Teil des Kantons Basel-Landschaft basiert der Notfalldienst auf privater Initiative von Hausärzten.

Eine Momentaufnahme

Es ist fünf Uhr morgens. Meine Frau und ich schlafen noch, als das Handy klingelt und die Zentrale mich fragt, ob ich verfügbar sei. Ich brumme ein verschlafenes «Ja» ins Telefon und erhalte die Angaben zum Einsatz. Der Einsatzort liegt in einem Baselbieter Vorort von Basel. Durch die Tiefgarage zum Auto, Blaulicht aufs Dach, Anorak anziehen und Adresse ins Navi eingeben. Während der Fahrt zum Ziel stelle ich mich innerlich auf die Alarmmeldung ein.

Draussen regnet es, die Strassen sind leer. Von weitem sehe ich die Ambulanz vor einem Mehrfamilienhaus stehen. In der Wohnung angekommen, erwarten mich die Ehefrau und der Hausarzt des Patienten mit erwartungsvollen Blicken. Die zwei Sanitäter begrüßen mich freundschaftlich. Vor mir liegt ein bewusstloser, kaum atmender, ca. 55-jähriger Patient. Die Sanitäter haben bereits das Monitoring und einen i.v. Zugang gelegt. Nach kurzer Info durch die Sanitäter beginne ich den Patienten systematisch nach ABCDE zu beurteilen.

Die Atemwege sind eindeutig mit Erbrochenem verlegt, die Atemgeräusche tönen massiv obstruktiv. Die Sättigung beträgt 70%, der GCS ist 3. Blutdruck und Puls sind knapp normwertig. Der Blutzucker war bereits vor meiner Ankunft, trotz zwei Ampullen Glukose 40% intravenös, nicht messbar. Ich entscheide mich für eine notfallmässige Intubation und übernehme die Führung am Kopf des Patienten. Während der Intubationsvorbereitungen erhalte ich weitere Informationen zum Patient durch den

Hausarzt und die Sanitäter. Er sei in den letzten Wochen depressiv gewesen und habe sich gestern Abend sein gesamtes Insulin auf einmal gespritzt, wahrscheinlich mehrere hundert Einheiten.

Nach sorgfältiger Überprüfung des Materials und Präoxygenation mit 100% Sauerstoff führen wir eine Notfallintubation durch (RSI). Spätestens jetzt bin ich wach! Nach Überprüfung der korrekten Tubuslage und dem Absaugen von viel Mageninhalt aus der Lunge verbessert sich die pulmonale Situation. Aufgrund der kardiodepressiven Wirkung der gespritzten Medikamente müssen wir den Kreislauf medikamentös unterstützen. Der Patient erhält weiter Glukose ohne grossen Effekt auf den Blutzucker. Nach einer mühsamen Bergung über eine Wendeltreppe gelangen wir ins Rettungsfahrzeug. Dort wiederhole ich das ABCDE und wir melden den Patienten telefonisch für den Schockraum im Bruderholzspital an. Nach einer 15-minütigen Fahrt erreichen wir das Bruderholz und können den Patienten in den Schockraum übergeben. Jetzt fahren mich die Sanitäter noch zurück zu meinem Auto, welches am Einsatzort geblieben ist. Von dort geht es nach Hause unter die Dusche und direkt in meine hausärztliche Praxis. Die ersten Patientinnen und Patienten warten bereits auf mich. Ich bin zwar müde, aber froh, dass der Einsatz ausserhalb der Sprechstundenzeiten stattgefunden hat.

Abwechslung zum Praxisalltag

Die Sanität Käch versorgt rund 110 000 Menschen im unteren Baselbiet und Teilen von Solothurn. Aktuell sind vier Notärzte im Dienst. Wir sind in der Regel sieben Tage die Woche während 24 Stunden erreichbar. Im Schnitt sind das 4–6 Einsätze pro Woche, verteilt auf zwei

Ärzte. Wir rechnen die Einsätze nach TARMED ab, müssen aber mit Zahlungsausfällen und empfindlichen Störungen des Praxisbetriebs rechnen. Trotzdem ist für mich diese Tätigkeit eine willkommene Abwechslung zum Praxisalltag. Meine Patientinnen und Patienten reagieren sehr verständnisvoll, falls Termine aufgrund eines Einsatzes verschoben werden müssen. Es kann jeden treffen, und sie sind dankbar dafür, dass im Notfall ein Arzt kommen wird.

Während im oberen Kantonsteil BL sowie im Kanton BS die notärztliche Versorgung von den Spitälern aus geleistet wird, ist gerade im bevölkerungsreichsten Teil des Kantons Basellandschaft nur unser auf privater Initiative bestehender Dienst verfügbar. Bereits 1996 publizierte die FMH Thesen zur medizinischen Versorgung der Bevölkerung in der Schweiz, in denen eine flächendeckende notärztliche Versorgung bei lebensbedrohlichen Ereignissen gefordert wird. Dieses Postulat wird in der Stellungnahme von 2010 wiederholt (Schweizerische Ärztezeitung 2010; 91:33).

Fazit: Für unsere äusserst kostengünstige Lösung warten wir für Infrastrukturkosten und Pikettleistung weiterhin auf Unterstützung durch den Kanton Basel-Landschaft.

Dr. med. Thomas Götz, Reinach

Sagen Sie uns Ihre Meinung
zur Synapse auf: www.synapse-online.ch
oder per Mail an synapse@emh.ch

Die «Mobilen Ärzte»: Sinnvolle Ergänzung der hausärztlichen Notfallmedizin

Die Mobilen Ärzte unterstützen Hausärztinnen und Hausärzte in Notfallsituationen, die diese nicht abdecken können. Ausserdem leisten sie einen Beitrag, dem absehbaren Ärztemangel im Bereich Notfallmedizin etwas entgegenzuwirken und tragen durch die Behandlung der meisten Patientinnen und Patienten vor Ort dazu bei, die Kosten zu senken.

Szenen eines Arbeitstages

Montag, 8.00 Uhr morgens: Ein neuer 24-stündiger Dienstzyklus beginnt, 3 Notfallkreise sind eingetragen, das Tagesprogramm ist wie immer im Notfallbetrieb zunächst leer; erste Gedanken gehen durch den Kopf: Welche Herausforderungen in medizinischer und menschlicher Hinsicht erwarten uns heute? Wird alles reibungslos laufen? Werden wir heute genügend Fälle haben, um die nicht unbeträchtlichen Aufwendungen decken zu können?

9.30 Uhr: Der Telefonist nimmt den ersten Einsatz entgegen, Sturz im APH auf den Hinterkopf, marcoumarisierte Patientin, letzter Quick 8%, sie blute stark, man könne die Blutung kaum stillen, nach ersten Instruktionen zur Anlage eines Druckverbandes macht sich der Arzt mit seinem Begleiter (in diesem Fall ein diplomierter Rettungssanitäter) mit dem entsprechend ausgerüsteten Fahrzeug zügig auf den Weg.

9.45 Uhr: Ankunft bei der Patientin, die Pflege zeigt den Kardex, schnell werden die übrigen Medikamente durchgegangen und nach Allergien gefragt, mittlerweile wurde die Patientin aufs Bett gelegt, eine erste Inspektion ergibt eine 9 cm lange, klaffende RQW occipital, stark blutend, ansonsten kein Hinweis für weitere Verletzungen, die Patientin wird nach ausreichender Spülung/Betadinisierung und Lokalanästhesie entsprechend gelagert und mit sterilen OP-Tüchern abgedeckt, dann Naht mit 8 Einzelknopfnähten unter wertvoller Mithilfe des Sanitäters, der in diesem Fall als «OP-Assistent» fungiert. Nach 15 Min. wird ein Druckverband mit Turban angelegt, geschafft, entsprechende Verordnungen werden noch ins Kardex eingetragen, dann geht's schon weiter ...

10.00 Uhr: Zwischenzeitlich Anruf aus einer Hausarztpraxis zum Triagist an der Basis: 56-jähriger Mann mit Thoraxschmerzen und möglicher Ausstrahlung ins Kinn, leichte Dyspnoe, der Hausarzt habe das Tagesprogramm voll, könne nicht zum Patienten hin, sofort macht sich das 2. Team auf den Weg ...

10.10 Uhr: Eintreffen beim Patienten: Dieser liegt blass und ängstlich auf dem Bett. Nach Anlage von 6 l Sauerstoff/Min. zeigt das erste EKG eine nicht signifikante ST-Hebung in V1 und V2, sofort wird Blut abgenommen. Während der Arzt den Patienten weiter untersucht, bestimmt die Pflegefachkraft das Troponin T im Fahrzeug. Nach 5 Min. ist bereits ersichtlich, dass dieses positiv werden wird, sie teilt dies sofort dem Arzt mit; durch die zwischenzeitlich angelegte Infusion werden Morphin, Brevibloc, Aspegic und Liquemin gespritzt, gleichzeitig die Sanität durch die Pflegefachkraft avisiert. Der Arzt informiert das Katheterlabor im KSB, schickt gleich das EKG durch. Nach 10 Min. trifft die Sanität mit Blaulicht ein, gemeinsam wird der Patient auf die Trage umgelagert, der Mobile Arzt fährt mit der Sanität mit ins Katheterlabor, das eigene Fahrzeug hinterher ... 45 Min. nach Erstalarmierung wird der Katheter in der rechten Leiste durch den Kardiologen eingeführt ... die Woche ist in vollem Gang!

11.15 Uhr: Inzwischen Rückkehr des ersten Teams zur Basis, nachdem noch ein immobil Patient mit lumboradikulärem Schmerzsyndrom zu Hause untersucht und medizinisch versorgt wurde. Der Triagist hat zwischenzeitlich zwei Dienstübernahmen von Hausärzten für die Osterfeiertage entgegengenommen und bestätigt ... Zeit für einen kurzen gemeinsamen Kaffee, danach werden die ersten Berichte der Einsätze diktiert ...

Kaum planbar

Der beschriebene Tagesausschnitt zeigt in realistischer Weise die Herausforderungen des Notfalldienstes durch die Mobilen Ärzte. Für uns eher nachteilig ist die Tatsache, dass kein Tag planbar ist und kein vorbestehendes Tagesprogramm existiert. Damit liegt die grösste

Challenge in einer effizienten Personalplanung. Wie auch alle anderen Ärztinnen und Ärzte im Notfalldienst haben wir mit überdurchschnittlichen Zahlungsausfällen zu kämpfen. Die Vorteile des Systems für die Allgemeinheit liegen aber genauso auf der Hand: Alle Hausärztinnen und Hausärzte können jederzeit, ob während der Ferien, bei kurzfristigem Krankheitsausfall oder aus anderen Gründen ihre Notfalldienste auch ganz kurzfristig oder für eine begrenzte Zeit unkompliziert an uns abgeben. Wenn der Hausarzt seine Sprechstunde voll besetzt hat und ein dringlicher Notfall dazwischenkommt, muss nicht immer gleich die Sanität avisiert werden. Man kann auch uns anfragen und wir nehmen die Abklärung als Vertreter des Hausarztes zu Hause vor. Selbstverständlich wird der Hausarzt so schnell wie möglich über das durchgeführte Prozedere informiert.

Immobil und chronisch kranke Patientinnen und Patienten werden meist zu Hause abgeklärt und versorgt. Gerade am Wochenende und in der Nacht besteht die Möglichkeit, u.a. durch das stets präsente Labor in den Fahrzeugen direkt vor Ort weiterführende Abklärungen durchzuführen. Aufgrund der Tatsache, dass immer zwei medizinische Fachkräfte dabei sind, können viele Abklärungen und Eingriffe, speziell im klein chirurgischen Bereich, sofort durchgeführt werden. Die eigens geführte Statistik nach drei Jahren unserer Tätigkeit zeigt, dass wir ca. 44% unnötige Hospitalisationen vermeiden und damit zu einer beträchtlichen Kosteneinsparung beitragen konnten.

All diese Punkte sind für uns Motivation genug, das Konzept weiterzutragen. Wir freuen uns, mit vielen lokalen Ärztinnen und Ärzten weiterhin konstruktiv zusammenzuarbeiten und hoffen, die bisherigen Skeptiker ein bisschen mehr überzeugt zu haben.

Für die Mobilen Ärzte:

Dr. med. Michael Gloger, Allschwil

Weitere Infos: www.mobile-aerzte.ch

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 Facharztkollegen 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 Anspruchsverhal-

ten 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

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-Wochenende (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.

Gesundheits-erziehung: Aufgabe der Kinderärzte?

Wenn wir Kinderärzte es schaffen würden, Gesundheits-erziehung 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 Gesundheits-erziehung, 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 Gesundheits-erziehung 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.