

Stellungnahme der Zürcher Unterländer Ärztesgesellschaft

Reorganisation des Notfalldienstes. Teil 1

W. Hugentobler^a,
J. Rothenberger^b

- a Dr. med., Hausarzt, Facharzt für Allgemeinmedizin FMH
b Dr. med., Präsident Ärztesgesellschaft des Zürcher Unterlandes, Facharzt für Anästhesie FMH

Die Bezirksgesellschaften wurden von der AerzteGesellschaft des Kantons Zürich (AGZ) eingeladen, Vorschläge zu machen für die Reorganisation des kantonalen Notfalldienstes. Eine Arbeitsgruppe der Zürcher Unterländer Ärztesgesellschaft (ÄGZU) macht Vorschläge zur Umsetzung der Empfehlungen, die von der Gesundheitsdirektorenkonferenz (GDK) 2006 zuhanden der Kantone verabschiedet wurden [1]. Knackpunkt der Umsetzung ist die offene Finanzierungsfrage. Fehlentscheide bei der Einführung der Telefontriage und der einheitlichen Notfallnummer können eine weitere Schwächung des Notfalldienstes zur Folge haben. Erschwerend wirkt sich aus, dass keine allgemein anerkannte Definition des Notfalldienstes existiert.

In einem Teil 2 in der nächsten Ausgabe der SÄZ werden wir auf die Vorschläge bezüglich «Triagierung der Notfälle über eine einheitliche Notfallnummer» eingehen.

Einleitung

Unsere Bezirksgesellschaft ist der Überzeugung, dass die kantonale Ärztesgesellschaft die Führungsrolle übernehmen muss bei der Reorganisation des Notfalldienstes. Die Bezirksärztesgesellschaften und noch weniger die einzelnen Notfallkreise sind befähigt, von sich aus einen Reformprozess in Gang zu bringen, der zeitgerecht die dringend notwendigen Umstrukturierungen herbeiführen kann.

Die FMH hat bei der Revision der Standesordnung 1998 die Verpflichtung zur Organisation des Notfalldienstes bestätigt und an die kantonalen Gesellschaften weitergegeben, ohne von den politischen Instanzen in irgendeiner Form eine Mitwirkung oder gar finanzielle Beteiligung zu verlangen. Dies ist aus dem damaligen Politverständnis und dem Selbstverständnis der freiberuflichen Ärzteschaft nachvollziehbar. Seither hat sich Grundlegendes in Gesellschaft, Politik und Standespolitik verändert, ohne dass sich die Strukturen des ärztlichen Notfalldienstes angepasst hätten.

Die AerzteGesellschaft des Kantons Zürich erliess Rahmenvorschriften für den Notfalldienst und delegierte die Organisation und Über-

wachung des Notfalldienstes an die Bezirksgesellschaften. Gemäss dem Zürcher Gesundheitsgesetz sind Kanton und Gemeinden nur subsidiär dazu verpflichtet, «für eine zweckmässige Organisation der Notfalldienste zu sorgen, wo solche noch nicht bestehen» (§ 12 Gesundheitsgesetz des Kantons Zürich).

Die Ärzteschaft hat es leider versäumt, die Politiker davon zu überzeugen, dass sie heute immer weniger willens ist, ohne finanzielle Abgeltung eine flächendeckende Notfallversorgung zu garantieren. Die GDK hat diese Forderung in ihren Empfehlungen formuliert, ohne allerdings die möglichen Finanzierungsquellen zu nennen. Erschwerend wirkt sich aus, dass der Notfalldienst von Region zu Region unterschiedlich verstanden wird und es bei genauer Betrachtung nicht einfach sein wird, sich überregional auf eine einheitliche Definition zu einigen, z. B. als Basis für eine Präsenzenschädigung.

Unter den Punkten «Triagierung», und «Einheitliche Notfallnummer» hat die GDK weitere Vorschläge gemacht, die – werden sie zu Ende gedacht – die Notfallorganisation revolutionieren und einigen Sprengstoff beinhalten.

Den Kosten für Telefontriage und Präsenzdienstentschädigung steht ein erhebliches Sparpotential gegenüber. Durch die situationsgerechtere Triagierung der Notfallpatienten unter einer einheitlichen Notfallnummer ergibt sich eine adäquatere Zuordnung auf die einzelnen Stufen der Notfallorganisation (Hausärzte, Rettungsdienste, mobile Notfallärzte, Spitalnotfallstationen) und eine Abnahme der teuren Selbsteinweiser. Beides führt zu einem erheblichen Spareffekt [2].

Die Mehrheit der Hausärzte* möchte als Generalisten und Triagespezialisten diese Aufgabe auch weiterhin erfüllen. Voraussetzung ist, dass die Politiker wirksame Anreize schaffen für Hausärzte, Spitäler und Patienten und den hausärztlichen Notfalldienst als neu zu finanzierenden Service public akzeptieren.

Vorschläge für die Reorganisation des Notfalldienstes

Wir folgen mit unseren Vorschlägen dem breit abgestützten Empfehlungskatalog der Gesundheitsdirektorenkonferenz und konkretisieren dessen Umsetzung für den Kanton Zürich.

* Der Begriff Hausärzte steht im folgenden für alle Grundversorger (Fachärzte für Allgemeinmedizin, in der Grundversorgung tätige Fachärzte für Innere Medizin, Fachärzte für Kinder- und Jugendmedizin und praktische Ärzte).

Korrespondenz:
Dr. med. W. Hugentobler
Facharzt für Allgemeinmedizin FMH
Lindauerstrasse 2
CH-8309 Nürensdorf
Tel. 044 836 44 44
Fax 044 836 44 22

hugi@hin.ch

Réorganisation des services de garde et d'urgence: prise de position de la Société médicale de l'Unterland zurichois – 1^{re} partie

La Société des médecins du canton de Zurich a invité ses sociétés de district à formuler des propositions pour la réorganisation du service de garde cantonal. Un groupe de travail de la Société médicale de l'Unterland zurichois a proposé des mesures visant à appliquer les recommandations adoptées en 2006 par la Conférence suisse des directrices et directeurs cantonaux de la santé (CDS) à l'intention des cantons. La question du financement, encore ouverte, représente le point crucial de la mise en

œuvre. De mauvaises décisions quant à l'introduction d'un tri téléphonique des urgences et d'un numéro d'urgence unique pourraient affaiblir encore davantage les services de garde. L'absence d'une définition généralement reconnue du service de garde complique en outre la situation.

Une seconde partie de cet article, qui sera publiée dans le prochain numéro, sera consacrée aux propositions concernant le «tri des urgences par le biais d'un numéro d'appel unique».

1. Optimierung der Notfalldienstrayons. Eine Zusammenarbeit über Kantonsgrenzen hinweg ist sehr zu befürworten

Die Notfalldienstkreise in unserem Bezirk sind bezüglich Ausdehnung, betreuter Einwohnerzahl, teilnehmender Notfallärzte sowie der Organisationsformen extrem unterschiedlich. Die Verhältnisse liegen ähnlich wie im Kanton Bern, über dessen Notfalldienstorganisation in der Schweizerischen Ärztezeitung (5/2007) ein lesenswerter Artikel, «Der ärztliche ambulante Notfalldienst im Kanton Bern 2006», erschienen ist [3, 4]. Viele Notfallrayons sind auch bei uns bezüglich Grösse, Auslastung und Organisation ineffizient und die Belastung für die Dienstärzte übermässig.

Die Reorganisation der Notfallrayons soll einerseits auf die gewachsenen Strukturen Rücksicht nehmen, andererseits soll eine Mindestgrösse bezüglich beteiligter Dienstärzte und betreuter Einwohnerzahl in Zukunft vorgegeben werden, und zwar an städtische und ländliche Verhältnisse angepasst:

Mindestgrösse städtische Umgebung	Dienstärzte 20	Einwohnerzahl offen
Mindestgrösse ländliche Umgebung	Dienstärzte 15	Einwohnerzahl 25 000

In den vergrösserten Notfallregionen befürworten wir eine Aufgabenteilung in einen stationären und einen mobilen Notfalldienst. Der niedergelassene Hausarzt, der sich auf seine Praxisinfrastruktur abstützt, soll primär für all diejenigen Notfälle zuständig sein, die die Praxis aufsuchen können und wollen. Für die Patienten, die zu Hause besucht werden müssen, wäre

(ergänzend) ein ausgebauter mobiler Notfalldienst im Sinne der Zürcher SOS-Ärzte sinnvoll und angemessen, sofern diese in ein Gesamtkonzept einbezogen sind. Sie sollen entweder von der telefonischen Triagestelle oder von einem notfalldienstleistenden Hausarzt angeboten werden können.

2. Triagierung der Notfälle über einheitliche Notfallnummern

Dieser Punkt wird in der kommenden Ausgabe der Schweizerischen Ärztezeitung kommentiert.

3. Verbesserung der Zusammenarbeit der Dienstärztinnen/-ärzte mit dem Spital und anderen ärztlich geleiteten Zentren. Eine solche Zusammenarbeit muss den jeweiligen regionalen Gegebenheiten angepasst sein

Die öffentlichen Spitäler sehen durch die rasante Zunahme der ambulanten zu behandelnden Bagatellnotfälle vor allem zu den Stosszeiten die Handlungsfähigkeit des Spitals beeinträchtigt und haben Mühe, in den bestehenden Infrastrukturen die Patientenzahlen zu bewältigen. Die Zahl der ambulanten Notfälle, insbesondere die Zahl der Selbstzuweiser, hat sich in den letzten zehn Jahren mehr als verdoppelt (Mitteilungen des Kantonsspitals Winterthur und des Kreisspitals Bülach).

Auf der anderen Seite haben die Privatspitäler offenbar den Direktzugang von Notfallpatienten auf ihre interdisziplinären Notfallstationen als lukrative Einnahmequelle entdeckt, und entsprechend zielgerichtet fördern und bewerben sie diesen Direktzugang bei den Patienten und Ärzten.

Unser Regionalspital Bülach hat den Wunsch, die grosse Zahl der Selbsteinweiser in einer der Notfallstation vorgelagerten Triagestation sozusagen «vor den Toren aufzufangen». Solche Einrichtungen können im Interesse der Spitäler und der Hausärzte liegen, wobei aus Sicht der Hausärzte folgende Bedingungen gelten sollten:

1. Die Notfallpraxis soll von Hausärzten betrieben werden und finanziell vom Spital unabhängig sein.
2. Die räumliche Nähe sollte so beschaffen sein, dass die Selbsteinweiser mit Bagatellerkrankungen in diese Praxis umgeleitet werden können.
3. Eine enge Zusammenarbeit der Triagepraxis mit dem Spital, insbesondere der Einbezug von Assistenten in Ausbildung zum Hausarzt, soll gegeben sein.
4. Die Notfallpraxis soll die dienstleistenden Hausärzte in geeigneter Form entlasten.

Eine solche Notfallpraxis, die gemeinschaftlich von den Aargauer Hausärzten und dem Kantons- spital Baden geführt wird, ist seit Mitte Februar 2007 in Betrieb.

4. Bessere finanzielle Abgeltung des NFD.

Diese soll auf vier Arten erfolgen:

- a. Einführung einer Präsenzdienstentschädigung.
- b. Einführung einer Dringlichkeitsinkonvenienzpauschale. Ein Antrag zur Einführung einer solchen Pauschale liegt momentan beim Bundesrat zur Genehmigung vor.
- c. Kostenübernahme für NF-Fortbildung und NF-Infrastruktur durch den Kanton, wie dies heute schon im Kanton Graubünden praktiziert wird.
- d. Bildung eines Pools oder Fonds, aus dem unbezahlte NF-Rechnungen übernommen werden. Dieser Fonds kann z.B. je zur Hälfte durch den Kanton und die kantonalen Ärztesellschaften gespiesen werden.

Die Einkommenssituation aus dem Notfalldienst ist heute – auch in gut ausgelasteten Notfallrayons – unattraktiv und lässt keinesfalls eine Kompensation des Dienstes durch einen Freitag zu [5]. Dies wurde auch von der vorberatenden Kommission der GDK erkannt und daraus die Empfehlung abgeleitet, eine Präsenzdienstentschädigung und eine die finanzielle Abgeltung des NFD verbessernde Dringlichkeitsinkonvenienzpauschale einzuführen. Die GDK verschweigt allerdings, aus welcher Finanzquelle die Präsenzdienstentschädigung kommen soll. Unseres Erachtens kommen dafür nur die Gemeinden als Geldgeber in Betracht, allenfalls ge-

meinsam mit dem Kanton. Bereits heute leisten die Gemeinden Beiträge an die Spitex, an regionale Pflegeheime, Rettungsdienste und schulärztliche Dienste. Einige zürcherische Gemeinden bezahlen bereits heute Pikettentschädigungen für die Notfallbetreuung von Bewohnern in Krankenheimen mit Heimarztbetreuung. Bis zur Privatisierung des Flughafens Zürich bezahlte auch der Kanton den Hausärzten der Region für die Notfalldienstleistung auf dem Flughafen Pikettentschädigungen. Neu ist demzufolge die Idee der Präsenzdienstentschädigung auch im Kanton Zürich nicht.

Wir machen den Vorschlag, dass die Gemeinden in Zukunft die Kosten für die Telefontriage übernehmen und zusätzlich einen Fixbetrag pro Einwohner und Jahr als Präsenzdienstentschädigung an die dienstleistenden Hausärzte bezahlen. Dies ergäbe einen neuen, dringend notwendigen Anreiz für die Hausärzte, sich im Notfalldienst vermehrt zu engagieren.

Die unter Punkt 4.b erwähnte Dringlichkeitsinkonvenienzpauschale wurde per 1. April 2007 als Tarifposition 00.2505 mit 45 TP eingeführt. Bezogen auf das Einkommen im Notfalldienst, wird sich diese neue Position wegen der damit verbundenen, teils happigen Reduktionen der Taxpunktansätze für die Notfälle A, B und C vermutlich unter dem Strich neutral auswirken. Dies ist ja wohl auch von der Tarifkommission TARMED beabsichtigt, entspricht aber nicht den Intentionen der GDK und schon gar nicht den Wünschen der notfalldienstleistenden Hausärzte!

Mit dem unter Punkt 4.d geäusserten Vorschlag zur Übernahme des Inkassorisikos aus der Notfalldiensttätigkeit durch einen hälftig von Kanton und AGZ gespeisten Fonds sind wir nicht einverstanden. Da wir den ärztlichen Notfalldienst als Service public betrachten, ergibt sich für die Gemeindekassen die Verpflichtung, Arztrechnungen aus der notfalldienstlichen Tätigkeit, die nicht eintreibbar sind, zu übernehmen. In der Notfallregion Effretikon und Umgebung bezahlen die betreuten Gemeinden seit vielen Jahren anstandslos die eingereichten Rechnungen aus dem Notfalldienst nach der erfolglosen dritten Mahnung!

Auf den Punkt 4.c wird unter Punkt 6 eingegangen.

5. Vereinheitlichung der Notfalldienstreglemente zumindest kantonal oder regional, wenn möglich schweizweit

Immer mehr stösst die Durchsetzung der Reglemente bei einzelnen Mitgliedern auf Widerstand. Dies führt zu Ungerechtigkeiten und wirkt sich auf andere Mitglieder demotivierend aus.

Die Reglementierungskompetenz für den Notfalldienst muss bei der kantonalen Ärztesellschaft liegen. Die Bezirksgesellschaften sollen für die Umsetzung (Organisation) zuständig sein. Die kantonale Gesellschaft regelt die Notfalldienstpflicht, die spezialärztlichen Dienste, die Höhe der Ersatzabgaben und legt die Dispensationskriterien sowie die Sanktionen fest. Das Führen von offen kommunizierten Statistiken über die geleisteten Notfalldienste (allenfalls auch über die Ersatzabgaben) ist sinnvoll und wirkt motivationsfördernd.

Das Problem der anhaltend steigenden Rate an Dispensationen ist regional nicht lösbar. Damit eng verbunden ist die Frage nach der Altersgrenze für die Notfalldienstpflicht. Angesichts des rasch steigenden Anteils der 55- bis 60jährigen Hausärzte scheint eine reduzierte Notfalldienstpflicht auch nach dem 55. Altersjahr für die Aufrechterhaltung des Notfalldienstes zumindest mittelfristig unumgänglich.

Die Höhe der Ersatz- und Dispensationsabgaben muss neu festgelegt werden. Die Mehrheit der Mitglieder ist der Ansicht, dass vor allem die bisherige Ersatzabgabe für dienstunwillige Kollegen unangemessen und um ein vielfaches zu tief sei.

6. Sicherstellung der NFD-Kompetenzen während der Aus-, Weiter- und Fortbildung. Ein finanzieller Beitrag der Kantone an die Grund- bzw. Refresherkurse, wie dies im Kanton Graubünden schon heute der Fall ist, wird befürwortet

Im Rahmen der Fortbildungsprogramme werden genügend Repetitionskurse über lebensrettende Erste Hilfe und über die Triagierung von nicht lebensbedrohlichen Notfällen aus allen Bereichen der Medizin angeboten. Es ist Sache jedes einzelnen, seine individuellen Defizite zu orten und die Lücken durch Fort- und Weiterbildungen zu schliessen.

Für die kostengünstige Abgabe eines Defibrillators an alle notfalldienstleistenden Ärzte sollten kantonale oder eidgenössische Sonderkonditionen geschaffen werden.

Schlussbemerkungen

Die Qualität des hausärztlichen Notfalldienstes ist in einigen Notfallkreisen bereits merklich zurückgegangen. Es besteht dringender Handlungsbedarf. Das Ansehen des Hausarztberufes in der Öffentlichkeit wird wesentlich mitgeprägt von einer gutfunktionierenden Notfallpräsenz. Würde dieses Image nachhaltigen Schaden nehmen, wäre das für den gesamten Berufsstand verheerend und hätte rasch Auswirkungen auf die Unterstützungsbereitschaft der Politiker für unsere Anliegen.

Wir hoffen, dass unsere Vorschläge dazu beitragen, dass die von der GDK als dringlich empfohlenen Massnahmen im Kanton Zürich eine rasche Umsetzung erfahren. Es sind dafür koordiniert Vorstösse unserer Standesvertreter bei der Gesundheitsdirektion, im Regierungsrat und im Parlament nötig. Aufgabe der Bezirksärztesellschaften und der einzelnen Notfallrayons muss es sein, mit den Gemeindebehörden den Dialog aufzunehmen und ihnen die Probleme rund um den Notfalldienst so zu kommunizieren, dass diese die Notwendigkeit eines finanziellen Engagements zugunsten des Service public «hausärztlicher Notfalldienst» anerkennen. Ohne kantonale Vorschriften dürfte es jedoch unmöglich sein, alle Gemeinden auf freiwilliger Basis zu einer Abgabe in angemessener Höhe zu gewinnen.

Literatur

- 1 Schibli D, Oertle Bürki C. Notfalldienst und Finanzierung der spezifischen Weiterbildung (Praxisassistenten). Schweiz Ärztezeitung. 2006; 87(45):1938-40.
- 2 Hugentobler W. Kostenvergleich der ambulanten Notfallversorgung in der hausärztlichen Praxis mit den Notfallstationen der Spitäler. PrimaryCare. 2006;6(32/33):586-9.
- 3 Gafner B, Zimmermann H, Hersperger M. Der ärztliche ambulante Notfalldienst im Kanton Bern 2006. Schweiz Ärztezeitung. 2007;88(5):174-9.
- 4 von Below J, Marty F. Organisationsformen und Zeitbelastung im ambulanten ärztlichen Notfalldienst in der Schweiz. PrimaryCare. 2005; 5(37):740-2.
- 5 Hugentobler W. Die Belastung des Hausarztes im regionalen Notfalldienst. PrimaryCare. 2006; 6(26/27):493-7.