



GDK Schweizerische Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren

CDS Confédération suisse des directrices et directeurs cantonaux de la santé

CDS Conferenza svizzera delle direttrici e dei direttori cantonali della sanità

31.1 / DS

23.10.2008

Reorganisation ärztlicher Notfalldienst

Bewertung spezifischer Massnahmen

Bericht der Untergruppe „Notfalldienst“ der Arbeitsgruppe „Unterstützung und Förderung der ärztlichen Grundversorgung“ von GDK und BAG. Vom Vorstand der GDK zustimmend zur Kenntnis genommen an seiner Sitzung vom 23.10.2008.

Inhaltsverzeichnis

1	Einleitung	2
2	Bewertung spezifischer Massnahmen	3
2.1	Spitalassoziierte Notfallpraxen	3
2.2	Übernahme des NFD durch das Spital in der Nacht und am Wochenende	5
2.3	Vereinheitlichung der ärztlichen Notfallnummern	5
2.4	Optimierung der Notfalldienst-Rayons	5
2.5	Vereinheitlichung der NFD-Reglemente	6
2.6	Finanzielle Abgeltung	6
2.7	Weitere Formen der ärztlichen Notfallversorgung (Permanenzen, SOS-Médecins) ..	7
3	Zukünftige ärztliche Notfallversorgung	7
4	Schlussfolgerung	9
	Anhang: Überblick über konkrete NFD-Reorganisationsprojekte in den Kantonen	10

1 Einleitung

Dieser Bericht knüpft an den Schlussbericht „Notfalldienst: Massnahmen und Empfehlungen“ der Untergruppe „Notfalldienst“ der Arbeitsgruppe „Ärztliche Grundversorgung“ von GDK und BAG vom 26.10.2006 an. Darin werden bestehende Probleme des ärztlichen Notfalldienstes benannt und Lösungswege aufgezeigt.

In vielen Gebieten der Schweiz wird zur Zeit der ärztliche Notfalldienst reorganisiert. Dabei kommen verschiedene Massnahmen zum Zug, wie z.B. spitalassoziierte Notfallpraxen oder die Optimierung von Notfalldienstrayons. Eine Übersicht über konkrete Reorganisationsprojekte findet sich im Anhang. Diese basiert auf der internetbasierten Informationsplattform Notfalldienst der GDK (<http://www.gdk-cds.ch/313.html>). Auf der Infoplattform sind zusätzliche Angaben über die Projekte und die entsprechenden Kontaktpersonen zu finden. Die Informationsplattform dient dem Erfahrungs- und Informationsaustausch zwischen NFD-Verantwortlichen in den Kantonen.

Bis heute fehlt jedoch ein systematischer Überblick über die verschiedenen Reorganisationsmassnahmen mit ihren jeweiligen Vor- und Nachteilen. Dies soll im ersten Teil dieses Berichts eingelöst werden. Damit bietet der Bericht NFD-Verantwortlichen und Kantonsvertretern Orientierungshilfe bei NFD-Reorganisationsprojekten. Im zweiten Teil soll mit der Analyse des Status quo und verschiedener Zukunftsszenarien ein Ausblick auf die künftige ärztliche Notfallversorgung gegeben werden.

Die Unterarbeitsgruppe „Notfalldienst“ der Arbeitsgruppe „Ärztliche Grundversorgung“ von Bund und Kantonen, die den vorliegenden Bericht erarbeitet hat, traf sich zwischen März und Juni 2008 zweimal. Sie setzte sich aus folgenden Mitgliedern der Arbeitsgruppe „Ärztliche Grundversorgung“ zusammen:

- Dr. Katharina Ammann, Medical Women Switzerland (Vertretung von Dr. Gabriele Merki)
- Dr. Martin Amstutz, Kantonsarzt Schwyz und Vertreter GDK-Zentralschweiz
- Dr. Markus Betschart, Kantonsarzt SG und Vertreter GDK-Ost
- Bruno Fuhrer, BAG
- Dr. Reto Guetg, santésuisse
- Dr. François Héritier, Vorstandsmitglied KHM und Vizepräsident SGAM
- Dr. Marc Müller, Präsident KHM
- Dr. Martin Roth, Kantonsarzt Aargau und Vertreter GDK-Nordwest
- Dr. Peter Wiedersheim, Konferenz Kantonale Ärztegesellschaften
- Dr. Ewa Mariéthoz, GDK Zentralsekretariat
- Daniela Schibli, GDK Zentralsekretariat (Leitung)

Darüber hinaus wurden verschiedene Experten beigezogen, die einen wesentlichen Input zum vorliegenden Bericht gaben, namentlich:

- Dr. José Orellano, Präsident der Notfalldienstkommission des Kantons Thurgau
- Joseph Prontera, Direction générale de la santé, Genève; Commission „Soins préhospitaliers“ du GRSP
- Dr. Markus Schwendinger, Chefarzt und Departementsleiter Interdisziplinäres Notfallzentrum (INZ) Kantonsspital Baden
- Dr. Peter Tschudi, Vorstandsmitglied der Ärztegesellschaft des Kantons Zürich, verantwortlich für die Koordination der NFD-Reorganisationen im Kanton Zürich
- Dr. Josef Widler, Vorstandsmitglied der Ärztegesellschaft des Kantons Zürich, Präsident der Notfalldienstkommission

Im Fokus des vorliegenden Berichts steht der ärztliche Notfalldienst, wie er von Grundversorgern, das heisst, Ärzten und Ärztinnen mit Praxistätigkeit und Facharzttitel Allgemeinme-

dizin, Innere Medizin¹, Kinder- und Jugendmedizin geleistet wird, sowie Ärzten und Ärztinnen ohne Facharztstitel und praktischer Arzt.

2 Bewertung spezifischer Massnahmen

Im Folgenden werden die einzelnen NFD-Reorganisationsmassnahmen kurz mit ihren Vor- und Nachteilen beschrieben, sowie die Hinderungs- und Förderungsfaktoren bei der Implementierung der Massnahmen erörtert.

2.1 Spitalassoziierte Notfallpraxen

Spitalassoziierte Notfallpraxen sind im Spital integriert oder dem Spital vorgelagert und dienen der Behandlung von nicht spitalbedürftigen Notfallpatient/innen. Je nach Modell arbeiten dort Hausärzt/innen und/oder Spitalärzt/innen. In diesem Zusammenhang wird teilweise auch von „Fast-Track-Notfall“ gesprochen, da dadurch die Wartezeiten der nicht spitalbedürftigen Notfallpatient/innen vermindert wird. Die spitalassoziierte Notfallpraxis kann von Hausärzt/innen administrativ und organisatorisch autonom, vom Spital oder von beiden Partnern gemeinsam betrieben werden².

Grundsätzlich bestehen heute in der Praxis zwei verschiedene Modelle:

- (1) Im ersten Modell wird der ärztliche Notfalldienst bei Abwesenheit des Hausarztes vollumfänglich durch die spitalassoziierte Notfallpraxis sichergestellt. Diese wird durch das Spital betrieben, die Hausärzt/innen werden im Stundenlohn angestellt. Hausbesuche werden durch einen Hintergrunddienst gewährleistet. Erste Anlaufstelle bei einem Notfall soll weiterhin der Hausarzt sein. Ist dieser nicht erreichbar, soll die spitalassoziierte Notfallpraxis aufgesucht werden (vgl. dazu untenstehenden Exkurs zum „Badener Modell“).
- (2) Im zweiten Modell besteht der ärztliche Notfalldienst wie gehabt weiter. Die spitalassoziierte Notfallpraxis versteht sich dazu (analog einer Permanence) als Ergänzung. Dieses Modell findet sich z.B. neu am Kantonsspital Aarau oder dem CHUV. Im Folgenden wird dieses Modell unter Kapitel 2.7 zusammen mit anderen Formen des Notfalldienstes wie Notfallpermanenzen oder SOS-Médecins behandelt.

Exkurs: An dieser Stelle wird das „Badener-Modell“ detaillierter präsentiert, das mit seiner spitalassoziierten Notfallpraxis eine Vorreiterrolle einnimmt.

In der Region Baden (AG) erfolgt die ambulante ärztliche Notfallversorgung seit anfangs 2007 zentral in einer von Haus- und Spitalärzt/innen gemeinsam betriebenen Notfallpraxis im Kantonsspital Baden. Die erforderlichen Hausbesuche werden durch einen Hintergrunddienst sichergestellt. Dadurch soll die grosse Notfalldienstlast der Hausärzt/innen verringert und das Spital von nicht spitalbedürftigen Patient/innen entlastet werden. Die Notfallpraxis befindet sich im Spital direkt neben der Spitalnotfallstation. Die Notfallpraxis ist während 365 Tagen von 8:00 bis 23:00 Uhr geöffnet. Etwa 37 Hausärzt/innen, rund ein Drittel der regionalen Hausärzt/innen, arbeiten von Mo-Fr von 17.00 bis 23.00 Uhr in der Notfallpraxis sowie am Wochenende von 8:00 bis 23:00 Uhr. Werktags von 8.00 bis 17.00 Uhr wird die Notfallpraxis von einem Spitalarzt betreut. Nachts laufen alle Behandlungen über die Spitalnotfallstation. Durchschnittlich dauert der Aufenthalt in der Notfallpraxis 53 Minuten. Für die Nachkontrolle oder weitere Behandlung werden die Patient/innen an ihren Hausarzt / ihre Haus-

¹ Einschliesslich deren Subspezialitäten

² Siehe dazu den Artikel von W. Hugentobler (2008), in dem er für von Hausärzt/innen betriebene spitalassoziierte Notfallpraxen plädiert. Walter Hugentobler (2008). Spitalassoziierte Notfallpraxen. PrimaryCare, 8 (11): 209-212. http://www.primary-care.ch/pdf_d/2008/2008-11/2008-11-191.PDF

ärztin überwiesen. Ist kein Hausarzt vorhanden, wird ein Hausarzt / eine Hausärztin in der Nähe des Patienten empfohlen.

Die Zusammenarbeit zwischen Haus- und Spitalärzt/innen funktioniert ausgezeichnet. Die mitwirkenden Hausärzt/innen sind in ihrer Funktion Angestellte des Spitals. Das Kantonsspital Baden ist der rechtliche Betreiber der Notfallpraxis mit den damit verbundenen ökonomischen und juristischen Folgen. Als Anforderungsprofil müssen die Hausärzt/innen einen FMH-Titel und eine Haftpflichtversicherung haben sowie die Bereitschaft zur Mitarbeit und Fortbildung aufweisen. Die Hausärzt/innen arbeiten zu einem vereinbarten Fixlohn von zur Zeit 100.- CHF pro Stunde. Der Hintergrunddienst wird von den Hausärzt/innen in eigener Regie verrechnet. Erzielt die Notfallpraxis einen Gewinn, ist eine Gewinnausschüttung vorgesehen und bei einem allfälligen Verlust eine Verlustbeteiligung. Verluste sind aufgrund der hohen Nachfrage jedoch nicht absehbar. Durchschnittlich suchen im Schnitt 35 Patienten pro Tag die Notfallpraxis auf. Dadurch konnte erstmals seit 30 Jahren eine Reduktion der NF-Patient/innen im Spitalnotfall erreicht werden. Gleichzeitig nahm die Intensität der Spitalnotfälle zu. Im Total, d.h. Notfallpraxis und Spitalnotfall zusammen, ist eine deutliche Zunahme der Patientenzahlen beobachtbar.

Das Einzugsgebiet beträgt 120'000 Einwohner/innen. Werden die Randgebiete dazuzählt, die nicht zum Bezirk Baden gehören, sind es ca. 150'000 Personen. An Stelle der bis anhin drei unterschiedlichen kostenpflichtigen Telefonnummern des Bezirks gilt neu eine einheitliche, kostenlose Telefonnummer (0844 844 500 für Erwachsene und 0844 844 100 für Kinder unter 16 Jahren). Diese Telefonnummern werden während 24h meist durch Medizinische Praxisassistent/innen des Spitals bedient. Aktuell werden pro Monat zwischen 1500 und 2500 Telefonate angenommen (Spitzen ergeben sich während Feiertagen mit bis zu 40 Anrufen pro Stunde). Die telefonische Leistung kann nicht über das KVG abgerechnet werden, da sie in der Regel durch nicht-ärztliches Personal erbracht wird. Sie wird den Patient/innen aber auch nicht in Rechnung gestellt, da der Aufwand hierfür zu gross wäre. Die telefonische Beratung soll den Patientenstrom koordinieren (Ambulanz, Notfallpraxis, Hausbesuch oder Hausarzt am nächsten Tag). Sie sollte kurz gehalten werden und dauert aktuell durchschnittlich zwei Minuten. Da solch kurze telefonische Einschätzungen juristisch heikel sind, werden die Patient/innen darauf hingewiesen, dass eine Beurteilung am Telefon schwierig ist. Falls die Beschwerden anhalten oder der Patient unsicher ist, wird ihm geraten, die Notfallpraxis aufzusuchen. Durchschnittlich muss innert 24h 1.6 Mal der Hintergrunddienst aktiviert werden, der rund 1 Mal pro 24h einen Hausbesuch absolvieren muss.

Vorteile einer spitalassoziierten Praxis (analog dem Badener Modell):

- Arbeitsentlastung der Dienstärzte; geregelte Arbeitszeiten.
- Kein Inkassorisiko bei unbezahlten Rechnungen, wenn das Spital die Rechnungsstellung übernimmt
- Synergie-Potenzial zwischen Notfallpraxis und Spital in Bezug auf die Infrastruktur und die Fachkompetenz
- Entlastung der Spital-Notfallstation von nicht-spitalbedürftigen Notfallpatient/innen
- Entspricht dem Verhalten vieler Patient/innen, die im Notfall lieber das Spital aufsuchen als eine (ihnen unbekannt) Praxis
- Grundversorger/innen sind die richtigen Ansprechpartner/innen für die „kleinen“ Notfälle
- Unkomplizierte Weiterweisung/Einweisung möglich
- Ausbildung von Spitalassistent/innen in der Notfallpraxis

Nachteile einer spitalassoziierten Praxis (analog dem Badener Modell):

- Ungewohnte Umgebung für die Grundversorger/innen. Fehlen der eigenen Infrastruktur bzw. Abhängigkeit von der Spital-Infrastruktur (Labor, Röntgen, Apotheke).
- Fragwürdiges Signal an die Bevölkerung: „Bei Notfällen ins Spital“
- Mögliche Unterversorgung der Bevölkerung in ländlichen Gebieten

- Keine sichtbare Eigenständigkeit der Notfalldienst leistenden Grundversorger/innen. Die Patient/innen sind sich kaum bewusst, dass sie von Hausarzt/innen und nicht von Spital-ärzt/innen behandelt werden.
- Mögliche Schwierigkeiten bei der Kompetenzabgrenzung zwischen Notfallpraxis und Spital (z.B. Labor, Röntgen, Apotheke)
- Die Grundversorger/innen sind abhängig von den Entscheidungen der Spitalleitung.
- Während dem Dienst in der Spital-Notfallpraxis sind die Grundversorger/innen nicht in ihrer eigenen Praxis präsent. Zusätzlich muss weiterhin ein Hintergrunddienst für Hausbesuche aufrechterhalten werden.

Beim Aufbau einer spitalassoziierten Notfallpraxis ist vor allem die Unterstützung des Projektes durch Grundversorger und Spital entscheidend sowie das Vertrauen und die Bereitschaft zur Zusammenarbeit zwischen diesen beiden Partnern. Darüber hinaus sind ein relativ grosses Einzugsgebiet (ca. 80'000 Einwohner oder mehr), geeignete Räumlichkeiten und die nötige Infrastruktur im Spital Voraussetzung. Das Anforderungsprofil an die Hausärzte sollte nicht zu hoch sein, da es ansonsten abschreckend wirkt. Fehlende Kenntnisse und Fertigkeiten können in Fortbildungen erworben werden. Schliesslich ist eine funktionierende Triage unabdingbar.

Bei einer von Hausärzten betriebenen spitalassoziierten Notfallpraxis fallen gewisse Nachteile weg. Beispielsweise sind die Sichtbarkeit und die Eigenständigkeit der Grundversorger/innen grösser. Demgegenüber müssen sie wiederum das Inkassoriskio bei unbezahlten Rechnungen übernehmen.

2.2 Übernahme des NFD durch das Spital in der Nacht und am Wochenende

In der Nacht und/oder am Wochenende wird der ärztliche Notfalldienst durch das Spital übernommen. Die ärztliche Notfallnummer wird direkt zum zuständigen Spitalnachtsarzt umgeleitet. Wenn eine ärztliche Präsenz vor Ort unabdingbar ist (z.B. für Hausbesuche), steht der Dienstarzt zur Verfügung.

Vorteile:

- Entlastung der Dienstärzte

Nachteile:

- Mögliche Unterversorgung in ländlichen Gebieten
- Zusatzaufwand für das Spital
- Die Patient/innen müssen je nach Standort des Spitals grössere Distanzen zurücklegen

Die Umsetzung dieses Modells hängt massgeblich von der Bereitschaft des Spitals ab, den damit verbundenen Zusatzaufwand zu übernehmen.

2.3 Vereinheitlichung der ärztlichen Notfallnummern

Die Vereinheitlichung der ärztlichen Notfallnummern inklusive die damit verbundene Triage der Anrufe wird in dem Bericht „Einheitliche Nummern für den ärztlichen Notfalldienst“ behandelt.

2.4 Optimierung der Notfalldienst-Rayons

Heute existieren in der Schweiz grosse Unterschiede bei den historisch gewachsenen Notfalldienst-Rayons. In manchen Kantonen gibt es viele kleine, in anderen wenige grosse Rayons. Bei einer Optimierung von NFD-Rayons werden in der Regel kleine Rayons fusioniert. Denkbar ist auch eine optimierte Grenzziehung bei etwa gleich bleibender Rayongrösse. Verschiedentlich wird von einer optimalen Dichte von ca. 15-20 Ärzt/innen pro Rayon ausge-

gangen. In ruralen Gegenden kann eine solche Dichte jedoch nicht erreicht werden und stellt deshalb keine fix anzustrebende Grösse dar.

Vorteile:

- Entlastung der Dienstärzte. Pro Jahr müssen weniger Dienste geleistet werden.
- Pro Dienst werden mehr Einsätze geleistet und damit auch abgegolten, was insbesondere bei einem sonntäglichen Präsenzdienst in der Praxis vorteilhaft ist.

Nachteile:

- Pro Dienst muss der Dienstarzt mehr Anrufe entgegen nehmen, Einsätze leisten und grössere Distanzen zurücklegen (was insbesondere nachts belastend ist).
- Die Patient/innen müssen je nach Standort der Dienstpraxis grössere Distanzen zurücklegen.

Bei der Optimierung von NFD-Rayons ist v. a. der Wille der Ärzteschaft zur Neuziehung von Rayongrenzen entscheidend.

2.5 Vereinheitlichung der NFD-Reglemente

In den Notfalldienstreglementen wird der ärztliche Notfalldienst umfassend geregelt (Organisation Notfalldienstkreise und Notfalldiensteinsätze, Dispensationen, zweckgebundene Ersatzabgaben etc.). Der Geltungsbereich der NFD-Reglemente ist sehr unterschiedlich. Manche Kantone haben einheitliche NFD-Reglemente (z.B. AI/AR, FR, LU, NE, OW/NW, GR, SG, SZ, TG, ZG). Häufig existieren innerhalb eines Kantons jedoch mehrere Reglemente, die für je spezifische Dienstkreise gelten.

Vorteile einer Vereinheitlichung:

- Gleichbehandlung aller Dienstärzt/innen
- Transparenz für junge Grundversorger/innen, die sich für eine Praxisübernahme interessieren

Nachteile einer Vereinheitlichung:

- Autonomieverlust der betroffenen Grundversorger/innen
- Aufgabe von lokalen/regionalen Eigenheiten

Eine Vereinheitlichung von NFD-Reglementen kann v. a. an der dezentralen Struktur des ärztlichen Notfalldienstes sowie dem Anspruch zur Selbstbestimmung der Dienstärzt/innen scheitern.

2.6 Finanzielle Abgeltung

Eine bessere finanzielle Abgeltung des ärztlichen Notfalldienstes kann wie folgt geschehen:

- Einführung einer Präsenzdienstentschädigung
- Kostenübernahme für NF-Fortbildung und NF-Infrastruktur durch den Kanton.
- Bildung eines Pools oder Fonds, aus dem unbezahlte Rechnungen übernommen werden. Möglich ist auch die Übernahme weiterer Leistungen, wie dies im Kanton Thurgau vorgesehen ist³.

³ Im Kanton Thurgau ist im neuen Notfalldienstreglement die Schaffung eines Notfalldienstfonds vorgesehen, der zweckgebunden eingesetzt werden soll. Dieser wird durch Ersatzabgaben der Ärzte, den Kanton sowie allfällige Spenden gespiesen. Eingesetzt wird er für die Fortbildung der Notfalldienstleistenden, die Notfallausrüstung, die Entschädigung der Mitglieder der Notfalldienstkommission, die Schadloshaltung der Notfalldienstleistenden bei nicht eintreibbaren Honoraren im Rahmen des Notfalldienstes und der Finanzierung von Projekten im Rahmen des Notfalldienstes.

Die Dringlichkeitspauschale F wurde per 1. April 2007 kostenneutral eingeführt. In der Folge sind die Volumina der Notfallpauschalen pro Sitzung zurückgegangen. Aus diesem Grund werden die Notfallpauschalen C und B per 1. März 2009 angehoben, vorbehaltlich der Genehmigung durch den Bundesrat.

Vorteile:

- Steigerung der Attraktivität des Notfalldienstes.
- Minderung möglicher Verluste bei Übernahme des Notfalldienstes.

Nachteile:

- Kosten müssen vom Kanton, der Ärzteschaft oder den Versicherungen gedeckt werden.

2.7 Weitere Formen der ärztlichen Notfallversorgung (Permanenzen, SOS-Médecins)

In diesem Abschnitt werden der Vollständigkeit halber Formen der Notfallversorgung behandelt, die prinzipiell unabhängig vom ärztlichen Notfalldienst bestehen und deshalb nicht zu den Reorganisationsmassnahmen zählen. Darunter fallen Permanenzen oder Walk-in Kliniken (inkl. spitalassoziierte Notfallpraxen, die parallel zum ärztlichen Notfalldienst bestehen) sowie die SOS-Médecins. Permanenzen oder Walk-In-Kliniken für medizinisch dringliche Konsultationen haben ausgedehnte Öffnungszeiten und werden durch Private oder Kliniken betrieben. Sie sind zentral lokalisiert und existieren u. a. in Bern, Genf, Lausanne, Luzern und Zürich. Die Organisationen SOS-Médecins in der Romandie bzw. SOS-Ärzte in der Deutschschweiz sind private Organisationen, die täglich während 24h einen ärztlichen Notfalldienst anbieten. Sie sind nur in grossen Ballungsgebieten wie Genf oder Zürich präsent und verfügen über keine Praxisräumlichkeiten. Die Behandlung der Patient/innen erfolgt direkt vor Ort.

Vorteile:

- Diese Einrichtungen können den ärztlichen Notfalldienst entlasten. In Luzern delegieren z.B. rund 60 Hausärzte ihren Notfalldienst gegen ein Entgelt an die Permanence (Stand 2006)⁴. Im Kanton Zürich sind die SOS-Ärzte in manchen Regionen als Ergänzung zum ärztlichen Notfalldienst nicht mehr aus der Notfallversorgung wegzudenken.

Nachteile:

- Die Permanenzen und SOS-Médecins bestehen in der Regel parallel zum ärztlichen Notfalldienst. Dem ärztlichen Notfalldienst werden so Patient/innen entzogen und die Doppelstrukturen verursachen unnötige Kosten.
- Permanenzen und SOS-Médecins sind nur in grossen Ballungsräumen präsent und profitieren von der dortigen hohen Anzahl an ärztlichen Notfällen. In ländlichen, weniger lukrativen Regionen wird der Notfalldienst den Dienstärzten/innen überlassen.

3 Zukünftige ärztliche Notfallversorgung

Für die zukünftige ärztliche Notfallversorgung sind grundsätzlich drei Szenarien denkbar:

1. Staus quo
2. Reorganisation des NFD; Zusammenarbeit mit anderen Anbietern (z.B. Spitäler, Callcenter) und in Netzwerken
3. Abtreten des Notfalldienstes an andere Anbieter (z.B. SOS-Médecins, Callcenter der Versicherer, Spitäler, Permanenzen)

⁴ Matter, Daniel (2006). Eine breit akzeptierte Einrichtung. Managed Care 7:10-12.

In der folgenden Tabelle sind die Vorteile (+) und Nachteile (-) der drei Szenarien für die Patient/innen und Grundversorger/innen sowie in Hinblick auf die Kosten und die Qualität schematisch aufgelistet. Anschliessend werden sie detaillierter erläutert.

Tabelle 1: Zukünftige ärztliche Notfallversorgung

	Patient/innen	Grundversorger/innen	Versorgungsperspektive	
			Kosten	Qualität
Status quo	+ / -	-	+ (tief)	+ / -
Reorganisation NFD	+ / -	+	+ / -	+
Abgabe des NFD an andere Anbieter	+ / -	+ / -	- (hoch)	+ / -

Status quo: Für die Patient/innen ist der Status quo je nach Region mit Problemen verbunden: In manchen Regionen sind die Patient/innen mit ständig wechselnden NF-Nummern konfrontiert und v. a. in ländlichen Gebieten kann die ärztliche Notfallversorgung aufgrund der Überalterung der Grundversorger und der Nachfolgeproblematik längerfristig kaum im bisherigen Ausmass gewährleistet werden. Anders sieht die Situation in städtischen Gebieten aus: Wer keinen Hausarzt hat, sucht die Notfallstation des Spitals oder eine Permanence auf. Die teilweise langen Wartezeiten in diesen Einrichtungen werden von den Patient/innen offensichtlich in Kauf genommen. Problematisch ist hingegen die Nutzung der Spitalstrukturen für Bagatellerkrankungen.

Die jetzige Notfallversorgung stellt vor allem die Hausärzt/innen vor Probleme (vgl. dazu den Bericht „Notfalldienst: Massnahmen und Empfehlungen“ vom 26.10.2006): Die zeitliche Belastung der Dienst leistenden Ärzt/innen nimmt aufgrund verschiedener Faktoren zu wie der Nachfolgeproblematik sowie zunehmenden Dispensationen bzw. sinkender Dienstbereitschaft. Darüber hinaus steigt die Anspruchshaltung der Bevölkerung, verbunden mit einer sinkenden Zahlungsmoral der Notfallpatient/innen. Dadurch ist der Notfalldienst für die Grundversorger/innen zunehmend unattraktiv geworden.

Aus Versorgungsperspektive ist primär der in ländlichen Gebieten absehbare Mangel an Grundversorger/innen problematisch. Darüber hinaus sind die Doppelspurigkeiten im ärztlichen Notfalldienst ein Problem. Der ärztliche Notfalldienst wird einerseits von den Grundversorger/innen aufrecht erhalten. Andererseits behandeln Spitäler nicht spitalbedürftige Notfälle. Diese Doppelspurigkeiten verursachen unnötige Kosten, auch wenn der ärztliche Notfalldienst im Prinzip kostengünstig ist. Die Qualität des ärztlichen Notfalldienstes kann grundsätzlich als gut erachtet werden. Negativ sind die in manchen Regionen ständig wechselnden Notfallnummern sowie die mangelnde Aufgeklärtheit der Patient/innen über das Vorgehen bei einem Notfall.

Reorganisation des Notfalldienstes: Für die Patient/innen bringen NFD-Reorganisationen eine erhöhte Transparenz z.B. in Bezug auf die Notfallnummern. Darüber hinaus kann dadurch die künftige Notfallversorgung gesichert werden. Je nachdem müssen sich die Patient/innen aber an neue Strukturen gewöhnen. Diese können als nachteilig empfunden werden, beispielsweise, wenn längere Wegstrecken bis zum Dienst habenden Arzt/Spital zurückzulegen sind. Die Ärzteschaft kann von Reorganisationen, die von ihr unterstützt werden, nur profitieren. Diese bringen zum Teil erhebliche Entlastungen. Preis dafür ist ihr in Reorganisationsprojekte investierte Aufwand sowie die Gewöhnung an die neuen Strukturen. Aus Versorgungsperspektive können mit Reorganisationen Doppelspurigkeiten vermindert und längerfristig tragfähige Lösungen geschaffen werden. Kosten- sowie Qualitätsentwicklungen bei Reorganisationen sind schwierig abzuschätzen. Je nach Reorganisationsprojekt ist mit höheren Kosten zu rechnen, da die Leistungen des ärztlichen Notfalldienstes vormals von den Grundversorgern, abgesehen von den Abrechnungsmöglichkeiten über das KVG, unentgeltlich erbracht wurden (z.B. Beratung übers Telefon bei unbekanntem Patient/innen).

Grundsätzlich ist darauf hinzuwirken, dass die Qualität der Versorgung bei einer Reorganisation des Notfalldienstes nicht sinkt.

Abgabe des Notfalldienstes an andere Anbieter: Eine Abgabe des Notfalldienstes der Grundversorger/innen an andere Anbieter (z.B. SOS-Médecins, Callcenter der Versicherer, Spitäler, Permanenzen) ist für die Patient/innen, eine flächendeckende Versorgung vorausgesetzt, kaum mit Nachteilen verbunden. Einzig die Gewöhnung an neue Versorgungsformen und Strukturen könnte manchen Patient/innen Probleme bereiten. Für die Ärzteschaft ist der Verzicht auf den Notfalldienst aus Imagegründen mit Nachteilen verbunden. Wichtige Kontakte mit den Patient/innen gehen verloren und ein Kerngebiet und damit mittelfristig auch eine Kernkompetenz der hausärztlichen Tätigkeit werden aufgegeben. Vorteil ist die Entlastung der Hausärzt/innen. Aus Versorgungsperspektive ist eine flächendeckende, qualitativ hoch stehende Notfallversorgung durch andere Anbieter als die Grundversorger/innen nur unter grossen Kostenfolgen möglich. Weder die Ärzteschaft, die Kantone noch die Versicherer wären wohl bereit, diese Kosten zu tragen.

4 Schlussfolgerung

Reorganisationen des ärztlichen Notfalldienstes drängen sich angesichts der heute unbefriedigenden Situation für die Grundversorger/innen und des absehbaren Mangels an Grundversorger/innen auf. Eine gänzliche Abgabe des Notfalldienstes an andere Anbieter ist sowohl aufgrund der hohen Kostenfolgen, wie auch den negativen Auswirkungen für die Hausärzt/innen keine Option. Den lokalen Gegebenheiten angepasste und möglichst wirtschaftliche Lösungen müssen gesucht und gefunden werden. Dabei scheint es von grösster Wichtigkeit, dass die Reformen von den Grundversorger/innen getragen werden. Dadurch können einige möglichen Nachteile abgeschwächt werden. Eine Zusammenarbeit mit anderen Anbietern wie Spitälern oder Telefonzentralen scheint langfristig unumgänglich.

Anhang: Überblick über konkrete NFD-Reorganisationsprojekte in den Kantonen

Kt.	Bezeichnung	Kurzbeschrieb
AG	Badener-Modell	Die ambulante ärztliche Versorgung erfolgt seit Feb. 07 zentral in einer von Haus- und Spitalärzten geführten Notfallpraxis im Kantonsspital Baden.
AG	NFD-Reorganisationsprojekt des Aargauischen Ärzteverbandes	Der Aargauische Ärzteverband erstellt zur Zeit ein Konzept zur Reorganisation des Notfalldienstes.
AG	Zusammenarbeit der niedergelassenen Ärzte mit dem Spital Zofingen	In der Nacht wird der ärztliche NFD vom Spital Zofingen übernommen. Der Dienstarzt steht jederzeit für Hausbesuche zur Verfügung.
AG	Zusammenarbeit der Hausärzte im Bezirk Zurzach mit dem Spital Leuggern	Seit Juli 2005 funktioniert die NFD-Zusammenarbeit zwischen Dienstärzten und dem Spital Leuggern zur Zufriedenheit aller Beteiligten.
BE	NFD-Modell Lyss und Umgebung – Spital Aarberg	Nachts wird der ärztliche NFD vom Spital Aarberg übernommen. Der Dienstarzt ist für den Spitalnachtarzt als Hintergrunddienst jederzeit erreichbar.
BE	Projekt Lezano in Bern	Lezano steht für „Leadership für eine zeitgerechte ambulante Notfallversorgung“. Ziel des Projektes ist der Aufbau eines professionellen computerassistierten telefonischen Notfalldienstes.
FR	Sensebezirk	Die zwei bisherigen Dienstkreise im Sensebezirk wurden zu einem einzigen zusammengelegt. Ein einziger Hausarzt leistet den NFD für den ganzen Bezirk. Es gilt neu eine einzige NFD-Nummer. Nachts wird der NFD vom Spital Tafers übernommen.
NE	Neues Reglement im Kanton Neuenburg	Im Kanton NE ist seit dem 16. Nov. 06 ein neues Reglement zum ambulanten ärztlichen Notfalldienst in Kraft.
SG	Grundversorger-Notfall am Kantonsspital St. Gallen	In einem Pilotversuch wird im Kantonsspital St. Gallen die Notfallaufnahme in einen Klinik-Notfall und einen Grundversorger-Notfall aufgeteilt. Die Patienten im Grundversorger-Notfall werden von festangestellten Kaderärzten der Notfallstation oder von Hausärzten behandelt.
SG	Bezirke Werdenberg und Sarganserland	Kernpunkte der Reform des ärztlichen NFD waren: <ul style="list-style-type: none"> - die Schaffung eines flächendeckenden Tagesdienstrotationssystems - die Einführung einer Dienstplanung mittels des Online-Planungsinstrumentes docbox® - die Einführung und Publikmachung von vier 0900er-Notfallnummern für die gesamte Region, je eine für den Dienstkreis Werdenberg Nord und Süd sowie Sarganserland Ost und West.
TG	Optimierung NFD-Rayons im Kt. TG und Pilotprojekt in den Bezirken Frauenfeld und Arbon-Romanshorn	Im Kanton Thurgau wurden auf den 1. Januar 2007 die Notfallkreise vergrössert und von 17 auf 12 reduziert. Von Juni 07 bis März 08 lief ein Pilotprojekt zur Entlastung des Dienstarztes in der Nacht. Zwischen 22:00 und 8:00 Uhr wurden die NF-Anrufe auf das Callcenter Medi24 (Medvantis) in Bern umgeleitet.
VS	Ärztlicher Notfalldienst im Wallis	Das neue NFD-System ist seit dem 2. Juli 07 in Kraft. Während der Nacht und am Wochenende ist ein Arzt in der Sanitätsnotrufzentrale anwesend und triagiert die Anrufe

		des ambulanten ärztlichen NFD, die auf eine 0900er Nummer eingehen.
ZH	Projekt NFD der Ärztesellschaft des Kt. Zürich	Die neuen Rahmenvorschriften für die Organisation des Notfalldienstes im Kt. ZH sind seit 1. Feb. 08 in Kraft. In den Bezirken sind bereits verschiedene Projekte zur Reorganisation des NFD in Gang.
ZH	Spitalassoziierte NF-Praxis und Quartierpraxis in der Stadt Zürich	Spitalassoziierte Notfallpraxis: Geplant ist der Aufbau einer spitalassoziierten Notfallpraxis im Spital Waid. Die Praxis wird von Hausärzt/innen betrieben. Quartierpraxis: Die Quartierpraxis soll durch mehrere Hausärzt/innen gemeinsam betrieben werden und eine kontinuierliche Notfalldienstleistung (24h/365Tage) in Kooperation mit den Spitälern gewährleisten.
ZH	Ärztlicher Notfalldienst am Bezirksspital Affoltern	Das Projekt wurde per 31.12.07 sistiert. In der Folge hat sich der Bezirk Affoltern dem Ärztelefon angeschlossen.
	Einheitliche NF-Nummern in diversen Kantonen	In den Kantonen Basel-Land und Basel-Stadt, Graubünden, Luzern, Zug, Ob- und Nidwalden, St.-Gallen, Schaffhausen, Solothurn, Waadt und Wallis existieren Einheitsnummern für den ärztlichen Notfalldienst.

Bemerkung: Diese Übersicht basiert auf der Informationsplattform Notfalldienst der GDK (<http://www.gdk-cds.ch/313.html>). Sie erhebt nicht den Anspruch auf Vollständigkeit. Gerne werden weitere Projekte in die Informationsplattform aufgenommen.

■