



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

26.10.2006

Schlussbericht

Notfalldienst: Massnahmen und Empfehlungen

Vorschläge der Untergruppe „Notfalldienst“ der Arbeitsgruppe „Unterstützung und Förderung der ärztlichen Grundversorgung“ von GDK und BAG.

Verabschiedet mit Ergänzungen durch den Vorstand der GDK und das Eidg. Departement des Innern an der Dialogsitzung Nationale Gesundheitspolitik vom 26. Oktober 2006.

Inhaltsübersicht

1	Ausgangslage	2
2	Einleitung und Problemstellung.....	3
2.1	Zuständigkeit	3
2.2	Ist-Zustand.....	3
2.3	Probleme im Notfalldienst	3
2.4	Soll-Situation / Ziel	5
3	Massnahmen	5
3.1	Zusammenarbeit mit Spital und anderen ärztlich geleiteten Zentren	5
3.2	Triagierung der Notfälle über einheitliche Notfallnummern	5
3.3	Optimierung NFD-Rayons.....	6
3.4	Vereinheitlichung Notfalldienstreglemente	6
3.5	Finanzielle Entschädigung NFD	7
3.6	Weiterbildung/Fortbildung	8
3.7	Attraktivitätssteigerung Hausarztberuf.....	8
3.8	Spezielle Massnahmen für Randregionen.....	9
4	Empfehlungen	9
5	Literatur	11

1 Ausgangslage

Seit 2005 befasst sich die GDK neu auch mit dem ambulanten Bereich. Auslöser waren Meldungen über einen bereits bestehenden oder zukünftigen Hausärztemangel in der Schweiz. Als Probleme wurden ausserdem die sinkende Attraktivität des Berufsbildes „Grundversorger“, die ungleiche geographische Verteilung der Grundversorger und die stetig steigende Anspruchshaltung der Bevölkerung identifiziert. In einer Medienmitteilung vom 19. Mai 2005 bekundete die GDK anlässlich ihrer Plenarversammlung ihren Willen, die Hausarztmedizin zu fördern und zu stärken.

Im August 2005 wurde das Thema am Dialog zur Nationalen Gesundheitspolitik besprochen. Dabei beschlossen Bund und Kantone, das Thema Grundversorgung anzugehen. Es wurde eine erste Arbeitsgruppe aus zwei Vertretern der GDK und zwei Vertretern des BAG gebildet. Die AG hatte den Auftrag, Vorschläge für Massnahmen zur Behebung wichtiger und dringender Probleme zu erarbeiten. Die Arbeitsgruppe konzentrierte sich auf die Probleme beim ambulanten ärztlichen Notfalldienst (NFD) und auf das Problem einer in der Schweiz fehlenden spezifischen Weiterbildung für Hausarztmedizin. Die aktuelle Situation im ambulanten Notfalldienst wurde mit einer Umfrage bei allen kantonalen Ärztegesellschaften und den Notfallrayons erhoben.

Von Bund und Kantonen wurde im März 2006 in der Folge beschlossen, die Arbeiten zum Thema Grundversorgung zu intensivieren und dabei die betroffenen Kreise einzubeziehen. Für diese zweite Phase wurde eine neue Arbeitsgruppe eingesetzt. Gestützt auf die Vorarbeiten der ersten Phase bearbeitete die Arbeitsgruppe die Bereiche Notfalldienst und Finanzierung einer spezifischen Weiterbildung in Hausarztmedizin (Praxisassistenten). Dazu wurden zwei Untergruppen gebildet, die Unterarbeitsgruppe „Notfalldienst“ und die Unterarbeitsgruppe „Finanzierung spezifische Weiterbildung“. Ziel war es, konkrete Handlungsvorschläge zuhanden der Kantone und der übrigen betroffenen Kreise auszuarbeiten.

Die Unterarbeitsgruppe „Notfalldienst“, die den vorliegenden Bericht erarbeitet hat, traf sich zwischen Juni und September 2006 viermal. Sie setzte sich aus folgenden Personen zusammen:

- Martin Amstutz, Kantonsarzt Schwyz
- Bruno Fuhrer, BAG
- Rosmarie Glauser, Verband Schweizer Assistenz- und Oberärztinnen und –ärzte VSAO
- Reto Guetg, santésuisse
- Franz Marty, Facharzt für Allgemeinmedizin, Schweizerische Gesellschaft für Allgemeinmedizin, SGAM
- Marc Müller, Kollegium für Hausarztmedizin KHM
- Martin Roth, Kantonsarzt Aargau
- Daniela Schibli, GDK Zentralsekretariat
- Peter Wiedersheim, Konferenz Kantonale Ärztegesellschaften
- Ingrid Wyler, Foederatio medicorum practicum FMP

Die im vorliegenden Bericht präsentierten Massnahmen und Empfehlungen beziehen sich auf den NFD, wie er von Grundversorgern, das heisst, Ärzten und Ärztinnen mit Praxistätigkeit und Facharzttitel Allgemeinmedizin, Innere Medizin, Kinder- und Jugendmedizin geleistet wird, sowie Ärzten und Ärztinnen mit dem Weiterbildungstitel „Praktischer Arzt“.

2 Einleitung und Problemstellung

2.1 Zuständigkeit

In der Schweiz haben die Kantone den gesetzlichen Auftrag, eine bedarfsgerechte medizinische Versorgung der Bevölkerung sicherzustellen. Der Notfalldienst (NFD), ein wichtiger Teil dieser Versorgung, wird von den Kantonen an die kantonalen Ärztegesellschaften delegiert. In der Schweiz gibt es 24 Ärztegesellschaften, wobei in den Kantonen Appenzell Inner- und Ausserrhoden sowie Ob- und Nidwalden jeweils eine Ärztegesellschaft beide Halbkantone vertritt.

2.2 Ist-Zustand

Die konkrete Organisationsform des Notfalldienstes ist je nach Kanton unterschiedlich geregelt. In manchen Kantonen wird der Notfalldienst direkt durch die kantonalen Ärztegesellschaften koordiniert. Ansonsten wird die Organisation des NFD von Bezirksvereinen, Kreisen oder lokalen Ärzteguppen übernommen (von Below, 2004, S. 15ff). In Notfalldienstreglementen werden unter anderem die Dienstpflicht und die Organisation des Notfalldienstes innerhalb eines Kantons oder bestimmter NFD-Rayons geregelt. In der Schweiz gibt es schätzungsweise knapp 300 NFD-Rayons. Diese unterscheiden sich zum Teil stark in ihrer Grösse sowie der Anzahl Dienstärztinnen und -ärzte¹. Ganz allgemein ist der ärztliche NFD in der Schweiz sehr heterogen organisiert. Eine regionale oder nationale Plattform für den ambulanten ärztlichen NFD fehlt, und die Kommunikation zwischen den NFD-Rayons/Regionen ist spärlich. Dies führt dazu, dass zwischen den Kantonen und teilweise auch innerhalb der Kantone sehr unterschiedliche NFD-Reglemente gelten.

Der Grossteil der Notfälle wird ambulant durch Dienstärztinnen und -ärzte in der eigenen Praxis oder bei Hausbesuchen versorgt. Für schwere und sehr schwere Notfälle wird in ländlichen Gebieten in der Regel ebenfalls der Dienstarzt/die Dienstärztin alarmiert, in Städten und Agglomerationen der Rettungsdienst oft direkt aufgeboden. Zur Art und Häufigkeit der Notfälle in unserem Gesundheitswesen bestehen noch wenig Daten. Von Below (2004) kommt in seiner Studie im Schnitt auf 120 Notfalldienstkontakte pro 1000 Einwohner und Jahr. Gemäss Zahlen aus dem NFD-Rayon Effretikon und Umgebung sowie dem Ausland kann davon ausgegangen werden, dass über 90% der Notfälle von den Dienstärztinnen und -ärzten in eigener Regie behandelt werden (Hugentobler 2006; Salisbury et al. 2000). Der ambulante Notfalldienst wird somit primär von Hausärztinnen/-ärzten geleistet. Darüber hinaus zeigt eine Pilotstudie, dass 14-26% der regulären Sprechstundenkontakte dringliche Konsultationen sind und dass der Hausarzt/die Hausärztin diese oft auch ausserzeitlich leistet (vgl. Marty, Meyer, Lüscher et al. 2006).

2.3 Probleme im Notfalldienst

Der ärztliche Notfalldienst sieht sich zunehmend mit Schwierigkeiten konfrontiert. Bei einer Umfrage der GDK bei den kantonalen Ärztegesellschaften und den NFD-Rayons wurden folgende Probleme als besonders gravierend bezeichnet (Schweizerische Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren 2006):

- 1) Überalterung der Grundversorger² und Nachfolgeproblematik. Die heute über 50-jährigen Grundversorger werden in rund 10 Jahren aus dem NFD ausgeschieden sein. Es ist ab-

¹ In Anlehnung an die Plattform „Schweizerisches Rettungswesen“ der FMH (2001) werden unter Dienstärzten diejenigen Ärzte und Ärztinnen verstanden, die am ärztlichen NFD teilnehmen, wie er im ambulanten Bereich von niedergelassenen und in der Regel hausärztlich tätigen Ärzten und Ärztinnen üblicherweise gemäss kantonalen Richtlinien geleistet wird. Diese Bezeichnung dient der besseren Abgrenzung zur Bezeichnung „Notarzt“, die den Inhaberinnen und Inhabern des Fähigkeitsausweises Notarzt SGNOR vorbehalten ist.

² Im Folgenden werden unter Grundversorgern Ärzte und Ärztinnen mit Praxistätigkeit und Facharzttitel Allgemeinmedizin, Innere Medizin, Kinder- und Jugendmedizin verstanden sowie Ärzte und Ärztinnen mit dem Weiterbildungstitel „Praktischer Arzt“. Diese Definition lässt ausser acht, dass Leistungen der ärztlichen Grundversor-

sehbar, dass dieser Anteil nicht durch den Nachwuchs kompensiert werden kann. Das heisst, auch in Gebieten, die heute noch über genügend Grundversorger verfügen, kann es in wenigen Jahren zu einem Engpass in der Versorgung im Allgemeinen und im Notfalldienst im Speziellen kommen. Dabei wird besonders in ländlichen Gebieten ein Mangel an Grundversorgern erwartet.

- 2) Zunahme von Dispensationen bzw. sinkende Dienstbereitschaft. Der NFD ist bei den Grundversorgern aufgrund der hohen Belastung zunehmend unbeliebt. Dispensationen nehmen aber auch aufgrund des steigenden Anteils von Frauen und Teilzeitarbeitenden zu. Darüber hinaus lassen sich viele Spezialisten aufgrund mangelnder spezifischer Fachkenntnisse dispensieren.
- 3) Grosse bzw. zunehmende zeitliche Belastung. Die zeitliche Belastung durch den NFD ist insbesondere in Gebieten mit wenigen Dienstärztinnen/-ärzten sehr hoch. Die Belastung steigt, je mehr Grundversorger in Rente gehen. Gerade in ländlichen Praxen, in denen viele Einsätze mit zum Teil sehr langen Präsenzzeiten geleistet werden, ist es schwierig, Praxismachfolger zu finden.
- 4) Ungenügende finanzielle Abgeltung. Prinzipiell können nur so genannte „Sekunden-Notfälle“, das heisst Notfälle, die ohne Verzögerung behandelt werden, mit der höheren Notfalltaxe verrechnet werden. Dringliche Konsultationen, die jedoch keine „Sekunden-Notfälle“ darstellen, werden zum normalen Tarif entschädigt, auch wenn sie Abends oder am Wochenende erfolgen. Darüber hinaus existiert keine Präsenzzeitentschädigung, das heisst, es wird kein so genanntes „Wartegeld“ entrichtet. Dies ist insbesondere bei langen Wartezeiten und geringer Patientenfrequenz problematisch.
- 5) Mangelnde Fachkompetenz im Notfalldienst und Zunahme von Rechtsverfahren nach medizinischen Behandlungen. Mangelnde Fachkompetenz wird vor allem einem Teil der Spezialärztinnen/-ärzte attestiert oder Grundversorgern, die nur selten mit Notfällen konfrontiert sind. Die damit verbundene Angst vor Fehlleistungen und juristischen Konsequenzen (Haftpflichtforderungen) führt zu unnötigen Hospitalisierungen.
- 6) Fehlende bzw. mangelhafte Koordination der verschiedenen NFD-Angebote. In manchen Gegenden sind parallel laufende Notfallstrukturen zu beobachten. Beispielsweise wird der NFD parallel vom Spital, den Permanenzen und den Grundversorgern angeboten. Darüber hinaus ist die Koordination zwischen dem Sanitätsnotruf 144 und den Grundversorgern, wie auch die Zusammenarbeit mit Spezialärztinnen/-ärzten, oft ungenügend.
- 7) Steigende Anspruchshaltung der Bevölkerung. Bei der Bevölkerung wird eine zunehmende Anspruchshaltung beobachtet. Der NFD wird für so genannte „Bagatell- oder Pseudonotfälle“ missbraucht, das heisst, für nicht dringende Konsultationen.
- 8) Viele Leute, v.a. in städtischen Agglomerationen, haben keinen eigenen Hausarzt mehr. Diese Patientinnen und Patienten „missbrauchen“ in der Folge den Notfalldienst oder die Notfallstation des Spitals für gewöhnliche Konsultationen.
- 9) Schlechte Zahlungsmoral der NF-Patienten. Insbesondere dem Dienstarzt/der Dienstärztin unbekannte Notfallpatienten und -patientinnen bezahlen teilweise die Arztrechnung nicht. Dabei handelt es sich oft um Patienten, die ihre Krankenkassenprämien nicht bezahlen (können) und deshalb für gewöhnliche Konsultationen direkt den Notfalldienst aufsuchen. Eine Betreuung der säumigen Zahler stellt für den einzelnen Dienstarzt/die einzelne Dienstärztin angesichts der relativ geringen Beträge einen sehr hohen Aufwand dar.
- 10) Direktes Aufsuchen der Notfallstation des Spitals. Patienten und Patientinnen suchen vermehrt direkt die Notfallstation des Spitals auf, auch wenn diese Notfälle ohne Probleme vom Dienstarzt/von der Dienstärztin hätten behandelt werden können. Die Tendenz zur Selbsteinweisung in das Spital erfolgt gemäss einer Untersuchung des Qualitätszirkels Brugg (2002) vor allem dann, wenn der eigene Hausarzt/die eigene Hausärztin nicht erreichbar ist. Darüber hinaus wird die Notfallstation des Spitals vor allem von der ausländischen Wohnbevölkerung aufgesucht sowie Personen unter 35 Jahren.

gung auch durch angestellte Ärzte (z.B. Heim- oder Betriebsärzte) oder durch Ärzte anderer Fachrichtungen (z.B. Allgemeinchirurgie) erbracht werden (vgl. Trutmann, 2005).

Diese Probleme sind ein Indikator, dass der Leistungsauftrag Notfalldienst, den die Kantone an die Ärztegesellschaften und somit Ärztinnen und Ärzte delegiert haben, nur noch unter erschwerten Bedingungen erfüllt werden kann. War der Notfalldienst vor zehn, fünfzehn Jahren für Grundversorger noch attraktiv, wird er heute aus obigen Gründen zunehmend als Belastung empfunden.

2.4 Soll-Situation / Ziel

Bei einem Rückzug der Hausärztinnen/-ärzte müsste der NFD von den Spitälern oder neu zu schaffenden Ambulatorien übernommen werden. Dies würde die Notfallversorgung verteuern und die Effizienz des Spitalbetriebs verringern. Für ländliche Gebiete eignet sich ein solches Versorgungsmodell nicht. Darüber hinaus sind die immer häufiger zu Hause betreuten oder immobilen, meist älteren Leute auf Hausbesuche angewiesen. Der NFD soll aus diesen Gründen auch in Zukunft primär eine hausärztliche Aufgabe sein. So kann ein effizienter und kostengünstiger NFD gewährleistet werden. Angesichts der drohenden Unterversorgung von Dienstärztinnen/-ärzten sind somit Massnahmen zur Verringerung der bestehenden und absehbaren Probleme im NFD zu ergreifen. Dabei sollte den teilweise widersprüchlichen Interessen und Möglichkeiten von Patienten, Politik und Ärzteschaft möglichst Rechnung getragen werden.

3 Massnahmen

Die folgenden Massnahmen sind auf den Grossteil der Regionen anwendbar. Die grössten Probleme im NFD stellen sich jedoch in Randregionen, in denen heute schon sehr wenige Grundversorger tätig sind und wo kein Spital in der Nähe liegt. Um der drohenden Unterversorgung von Dienstärztinnen/-ärzten in diesen Gebieten entgegenzuwirken, müssen spezielle Sofortmassnahmen ergriffen werden. Diese sind unter Punkt 3.8 zusammengefasst.

3.1 Zusammenarbeit mit Spital und anderen ärztlich geleiteten Zentren

Eine verstärkte Zusammenarbeit zwischen Dienstärztinnen/-ärzten und Spitälern bzw. anderen ärztlich geleiteten Zentren (Ambulatorien, Callcenter) ist anzustreben. Durch kompetente Triage beispielsweise können die Dienstärztinnen/-ärzte von Bagatellfällen entlastet oder teure Parallelstrukturen vermieden werden. Betreffend die Zusammenarbeit zwischen Dienstärztinnen/-ärzten und Spitälern bzw. anderen ärztlich geleiteten Zentren sind verschiedene Varianten denkbar:

- Übernahme der Triage für die Anrufe der Patienten durch spezialisierte Callcenter (siehe Punkt 3.2) und Sekundäraufgebot der Dienstärztinnen/-ärzte. Prinzipiell gilt aber auch hier: Die erste Anlaufstelle bei einem Notfall ist der Hausarzt/die Hausärztin. Ist diese/r nicht erreichbar, soll die angegebene Notfallnummer gewählt werden.
- Dem Spital vorgelagerte oder angegliederte Arztpraxen: Der Notfallstation eines Spitals wird eine Arztpraxis vorgelagert oder angegliedert, welche die Triagierung und Behandlung von Notfällen übernimmt. Diese Arztpraxis wird von den Dienstärztinnen/-ärzten administrativ und organisatorisch autonom betrieben, möglicherweise in Zusammenarbeit mit dem Spital.
- Übernahme des NFD durch das Spital in der Nacht und am Wochenende.
- Durch Ärztenetzwerke in Städten betriebene Notfallpraxen an zentraler Lage mit ausgedehnten Öffnungszeiten (Permanenzen).

3.2 Triagierung der Notfälle über einheitliche Notfallnummern

In der Schweiz gibt es mehr als 140 spezielle ärztliche Notfallnummern (Arnet, von Below, & Zimmermann, 2004). Zumeist handelt es sich dabei um ständig wechselnde Praxisnummern, auch wenn in den letzten Jahren ein Trend zu festen Sammelnummern beobachtet werden kann. Die Anrufe auf die Sammelnummer können bedarfsweise zu den diensthabenden Ärztinnen und Ärzten umgeleitet werden. In manchen Kantonen sowie im Fürstentum Lichten-

stein wird zumindest teilweise der Sanitätsnotruf 144 für die Vermittlung des ärztlichen NFD eingesetzt. Weiter existieren auch erhöht gebührenpflichtige Nummern. Diese werden in der Regel durch das Personal der dienstleistenden Praxis oder in seltenen Fällen, wie zum Beispiel in Bern und Zürich, von einer Notrufzentrale bedient.

Um dem heutigen „Wildwuchs“ bei den Notfallnummern zu begegnen, bietet sich die Triagierung der Notfälle über einheitliche und kostenlose Notfallnummern an. Über diese Nummern können bei Bedarf die regionalen Notfalldienste aufgeboden werden. Eine Triagierung der Notfälle über eine zentrale vorgeschaltete Notfallnummer ist nicht nur aus Gründen der Patientenfreundlichkeit sehr sinnvoll, sondern vor allem auch um unnötige Zeitverluste in Notfallsituationen zu vermeiden und die richtige Zuweisung zu gewährleisten. Ausserdem werden die Dienstärztinnen/-ärzte von Bagatellanrufen entlastet und sie werden nur noch aufgeboden, wenn tatsächlich deren Hilfe erforderlich ist.

Eine Triagierung über erhöht kostenpflichtige Nummern, insbesondere 0900er Nummern ist problematisch, da immer häufiger Mobiltelefonnutzer den Zugang zu solchen Nummern sperren lassen und diese Nummern mit gewissen Mobiltelefondiensten (z.B. Natel easy, Orange PrePaid und Pronto) nicht gewählt werden können. Für die alternativ von der Swisscom angebotenen 0848er Nummern liegen derzeit noch keine breiten Erfahrungen vor.

3.3 Optimierung NFD-Rayons

Die NFD-Rayons in der Schweiz unterscheiden sich erheblich in ihrer Grösse. Die Grenzen der NFD-Rayons sind historisch gewachsen. In manchen Kantonen gibt es viele kleine NFD-Rayons, andere Kantone bestehen aus nur wenigen, grossen Rayons. Der Kanton Uri beispielsweise besteht während sieben Monaten im Jahr aus einem einzigen NFD-Rayon, die restlichen fünf Monate aus zwei. Der flächenmässig fast gleichgrosse Kanton Basel-Land hingegen besteht aus zehn NFD-Rayons. Insbesondere bei kleineren NFD-Rayons ist eine Optimierung der Rayons durch Zusammenlegung oder Neuziehung der Grenzen anzustreben. Wo nötig, muss kantonsübergreifend zusammengearbeitet werden. Dadurch können die anfallenden NFD auf mehr Dienstärztinnen/-ärzte verteilt werden. Auf der anderen Seite müssen die Dienstärztinnen/-ärzte bei einer Vergrösserung der NFD-Rayons mehr Einsätze pro Dienst leisten und bei Hausbesuchen grössere Distanzen zurücklegen. Es muss darauf geachtet werden, dass die notärztliche Versorgung innert nützlicher Frist, d.h. in der Regel innert 15 Minuten gewährleistet werden kann (Plattform "Schweizerisches Rettungswesen" der FMH, 1996). Die Optimierung von NFD-Rayons ist dort keine Lösung, wo schon heute die NFD-Rayons gross sind, die geographische Lage eine Zusammenlegung von NFD-Rayon nicht erlaubt, es wenige Dienstärztinnen/-ärzte und keine Spitäler gibt. In solchen Randregionen müssen flexible Sonderlösungen erarbeitet werden.

Werden NFD-Rayons zusammengelegt, muss dies mit einer verstärkten Zusammenarbeit der Dienstärztinnen/-ärzte mit anderen professionellen, ärztlich geleiteten Zentren einhergehen. Vorstellbar ist beispielsweise die Übernahme des NFD in der Nacht durch das Spital oder andere professionelle Zentren oder die bessere Zusammenarbeit mit solchen Organisationen.

Die Optimierung der NFD-Rayons soll den einzelnen NFD-Rayons bzw. den zuständigen Bezirksvereinen oder kantonalen Ärztegesellschaften überlassen werden. Dabei muss auch die Frage geklärt werden, welche Distanzen sowohl für Patienten und Patientinnen wie auch für die Dienstärztinnen/-ärzte noch zumutbar sind.

3.4 Vereinheitlichung Notfalldienstreglemente

Eine Vereinheitlichung der Notfalldienstreglemente zumindest kantonsweit oder regional, wenn möglich schweizweit, ist anzustreben. Die heute bestehenden, grossen Unterschiede zwischen den NFD-Rayons sind mitverantwortlich für deren Attraktivitätsunterschiede. NFD-

Rayons, in denen beispielsweise Frauen mit Kleinkindern keine Dispensationsmöglichkeiten haben, sind für diese Personengruppe unattraktiv.

Grundsätzlich soll an der allgemeinen Dienstpflicht aller niedergelassenen Ärzte und Ärztinnen festgehalten werden. Niedergelassene Ärztinnen und Ärzte, die keine Hausärzte sind, beispielsweise mit Spezialisierung in Gynäkologie, Ophthalmologie, HNO oder Psychiatrie, sollen sich als Alternative zum allgemeinen Notfalldienst am spezialärztlichen NFD bzw. Hintergrunddienst beteiligen.

Spezielle Regelungen sind für folgende Personengruppen zu erlassen:

- Schwangere Frauen sollten spätestens ab der 32 Schwangerschaftswoche vom Notfalldienst befreit werden. Während der Stillzeit (bis ein Jahr nach Geburt des Kindes) sollte die Verpflichtung zum Notfalldienst ebenfalls entfallen. Frauen mit Kindern im Vorschulalter (bis zum abgeschlossenen 6. Lebensjahr des Kindes) müssen die Möglichkeit haben, sich auf Antrag vom NFD zu dispensieren. Alleinerziehende Mütter und Väter, die nicht auf die Betreuungsarbeit des anderen Elternteils oder eines Partners zählen können, sollten die Möglichkeit haben, sich bis zum 12. Altersjahr der Kinder vom NFD zu dispensieren.
- Ärzte und Ärztinnen mit krankheits- oder unfallbedingter Arbeitsunfähigkeit.
- Ältere Ärzte und Ärztinnen sollen nach Möglichkeit einen reduzierten NFD leisten, bzw. vom NFD befreit werden. Gerade in NFD-Rayon mit wenigen Grundversorgern ist eine altersbedingte Dispensation vom NFD jedoch kaum möglich. Vielmehr müsste in manchen NFD-Rayons die Altersgrenze für Dispensationen erhöht oder aufgehoben werden, um dem Mangel an Dienstärztinnen/-ärzten entgegenzuwirken.

Personen, die nicht am NFD teilnehmen, sollen eine angemessene Ersatzabgabe entrichten³. Dies betrifft auch Spezialärztinnen/-ärzte, die nicht am spezialärztlichen NFD oder Hintergrunddienst beteiligt sind. Ausgenommen von der Zahlung einer Ersatzabgabe sollen Personen sein, die aufgrund Krankheit oder Unfall arbeitsunfähig sind oder Frauen während des Mutterschaftsurlaubes. Die Ersatzabgabe sollte schweizweit einheitlich geregelt sein und zweckgebunden eingesetzt werden.

3.5 Finanzielle Entschädigung NFD

Grundsätzlich kann die finanzielle Entschädigung des NFD auf vier Arten verbessert werden:

- 1) Einführung einer Präsenzdienst-Entschädigung. Unabhängig davon, ob während des Dienstes Notfälle behandelt werden, kann dadurch zumindest ein gewisses Einkommen generiert werden.
- 2) Einführung einer so genannten Dringlichkeits-Inkonvenienz-Pauschale. Dadurch würden dringliche Konsultationen ausserhalb der Sprechstundenzeiten, die jedoch keine „Sekunden-Notfälle“ darstellen, besser abgegolten werden. Zur Zeit liegt ein Antrag betreffend die Einführung einer solchen Dringlichkeits-Inkonvenienz-Pauschale im TARMED beim Bundesrat zur Genehmigung vor⁴.
- 3) Übernahme der Kosten für die NF-Fortbildung und die speziell benötigte Infrastruktur durch den Kanton, wie dies im Kanton Graubünden schon heute der Fall ist (vgl. Vereinbarung zwischen dem Kanton Graubünden und dem Bündner Ärzteverein 2000). Bedingung für diese Kostenübernahme durch den Kanton ist, dass sich der Arzt/die Ärztin ver-

³ Dieser Punkt wird nicht von allen Mitgliedern der Arbeitsgruppe unterstützt. Eine Minderheit spricht sich gegen die Erhebung einer NFD-Ersatzabgabe aus. Vom NFD werden grundsätzlich nur Personen dispensiert, die wichtige Gründe geltend machen können. Wer solche Gründe vorweisen kann, sollte nicht zusätzlich mit der Entrichtung einer Abgabe „bestraft“ werden. Darüber hinaus sollte die Finanzierung des NFD durch die Krankenkassen (adäquate Tarifierung der Leistungen der Dienstärzte) und den Kanton (Präsenz- oder Wartegeld) erfolgen und nicht über dispensierte Dienstärzte.

⁴ Diese Pauschale ist für dringliche Konsultationen/Besuche ausserhalb der regulären Sprechstundenzeiten vorgesehen, d.h. während der Woche Abends sowie Samstag Nachmittags und Sonntags. Sie gilt nicht für Leistungen, die im Spital erbracht werden und ist nicht mit der Notfall-Inkonvenienz-Pauschale B kumulierbar.

pflichtet, gemäss Rettungskonzept als Dienstarzt/Dienstärztin im ärztlichen Notfalldienst mitzuarbeiten (Scharplatz 2002).

- 4) Um den finanziellen Schaden aufgrund unbezahlter NF-Rechnungen zu begrenzen, könnten die ausstehenden Rechnungen durch einen Pool bezahlt werden, der z.B. zur Hälfte vom Kanton und zur Hälfte von den kantonalen Ärztegesellschaften gespiesen wird.

3.6 Weiterbildung/Fortbildung

Grundsätzlich muss jeder praktizierende Arzt und jede praktizierende Ärztin fähig sein, Notfälle zu behandeln. Nicht-Hausärztinnen/-ärzte müssen zumindest in der Lage sein, Notfälle aus ihren Spezialgebieten zu behandeln. Diese Kenntnisse müssen die Ärzte und Ärztinnen während der Aus-, Weiter- und Fortbildung erwerben. Bei einer Praxisbewilligung kann beispielsweise, zumindest bei Grundversorgern, der Nachweis verlangt werden, dass die Bewerber zumindest einen NFD-Kurs absolviert haben. Dadurch können Dispensationen von Ärztinnen und Ärzten verhindert werden, die sich heute mit dem Argument vom NFD abmelden, dass sie nie eine NFD-Ausbildung genossen haben. Sowohl die Weiterbildung zum Facharzttitel Allgemeinmedizin wie auch Innere Medizin verlangen heute den Besuch eines von der SGAM bzw. SGIM anerkannten Kurses in Notfallmedizin (Dienstarztkurs). Bei den Kinderärzten (SGP) ist die Einführung eines solchen Moduls bei der nächsten Revision des Weiterbildungsprogrammes vorgesehen. Die Absolventen dieser Kurse erwerben die Fähigkeit, Notfallsituationen in allen medizinischen Bereichen zu erkennen und die Einleitung von Sofortmassnahmen zu beherrschen. Insbesondere müssen die kardiopulmonale Reanimation inkl. Defibrillation/Elektrokonversion und auch die Notfallhämostase beherrscht werden (vgl. das Weiterbildungsprogramm der SGIM, FMH 2002).

Die Fortbildung der Dienstärztinnen/-ärzte muss mit einer gewissen Regelmässigkeit erfolgen. Organisationen wie SGNOR (Schweizerische Gesellschaft für Notfall- und Rettungsmedizin) bieten eintägige Refresherkurse an, die auf den Inhalten der von SGIM und SGAM anerkannten Dienstarztkursen aufbauen und ein periodisches Training im Management vital bedrohter Patienten ermöglichen. Die Frage stellt sich, inwieweit der Kanton bzw. die Ärzte/Ärztinnen und Ärztegesellschaften für die Fortbildung verantwortlich sind. Sowohl die Kantone wie auch die Ärzte und Ärztinnen sind an einem qualitativ hoch stehenden Notfalldienst interessiert. Eine finanzielle Beteiligung der Kantone an der Fortbildung ist daher wünschenswert. Als Musterbeispiel gilt der Kanton Graubünden. Dort wird den Dienstärztinnen und -ärzten die Entschädigung für den Grundkurs und den alle drei Jahre (neu alle zwei Jahre) zu absolvierenden Refresher-Kurs ausgerichtet. (vgl. Vereinbarung zwischen dem Kanton Graubünden und dem Bündner Ärzteverein 2000).

3.7 Attraktivitätssteigerung Hausarztberuf

Ein attraktiver NFD würde die Beliebtheit des Hausarztberufs steigern und umgekehrt würde auch der Notfalldienst von einer generellen Steigerung der Attraktivität des Hausarztberufs profitieren. Erklärtes Ziel muss sein, den Hausarztberuf für angehende Ärztinnen und Ärzte wieder attraktiv zu gestalten.

- Die Praxisassistenten wird als sehr förderlich für die Steigerung der Attraktivität des Hausarztberufs für angehende Ärztinnen und Ärzte erachtet. Praxisassistentenstellen sind daher in genügendem Umfang zu realisieren.
- Der heute geltende Zulassungsstopp wirkt für viele junge Ärzte und Ärztinnen abschreckend. Dies, auch wenn die Kantone in der Praxis den Zulassungsstopp praktisch nie auf Grundversorger anwenden. Hürden bestehen teilweise dennoch, z.B. wenn zwei Grundversorgerinnen oder eine Grundversorgerin und eine Ärztin einer anderen Fachrichtung (z.B. Gynäkologie) eine Stelle teilen möchten und die Bewilligung dazu nicht erhalten. In diesem Bereich wäre von Seite der Kantone ein klares Bekenntnis auch zu Teilzeit arbeitenden Grundversorgern und eine klare Information an junge Ärzte und Ärztinnen notwendig.

- Der zu leistende administrative Aufwand von Grundversorgern wird von angehenden Ärzten und Ärztinnen als unverhältnismässig gross erachtet. Eine Verringerung dieses Aufwandes mittels Abbau von Bürokratie ist anzustreben. Weiter könnten auch mit Management- und Informatikkursen in der Weiterbildung die angehenden Grundversorger besser auf die administrativen Aufgaben vorbereitet werden.
- Die Eröffnung oder Übernahme einer Hausarztpraxis stellt für junge Ärzte und Ärztinnen ein finanzielles Risiko dar. Angesichts bestehender Unsicherheiten wie die mögliche Aufhebung des Kontrahierungszwangs oder die unsichere Taxpunktwert-Entwicklung schrecken junge Ärzte und Ärztinnen umso mehr davor zurück, dieses Risiko auf sich zu nehmen. Eine Möglichkeit, den Hausarztberuf finanziell attraktiver zu machen wäre die Schaffung von speziellen Positionen im TARMED für Hausärztinnen/-ärzte. Weiter muss davon ausgegangen werden können, dass die Tarife, wie im KVG festgelegt, betriebswirtschaftlich bemessen sind. Das Problem von unterschiedlich attraktiven Tarifen zwischen den Kantonen muss darüber hinaus weiter diskutiert werden.

3.8 Spezielle Massnahmen für Randregionen

Randregionen⁵ sind besonders von der drohenden Unterversorgung von Dienstärztinnen und -ärzten betroffen. Kann ein Hausarzt/eine Hausärztin in den zahlenmässig meist schwach besetzten NFD-Rayons nicht ersetzt werden, fallen für die verbleibenden Ärzte und Ärztinnen sehr viel mehr Dienste an. Aus diesem Grund müssen rasch Massnahmen ergriffen werden.

Prinzipiell können alle oben aufgeführten Massnahmen auch für Randregionen in Erwägung gezogen werden. Dabei muss jedoch auf die spezifischen Besonderheiten von Randregionen Rücksicht genommen werden:

- Eine vorgeschaltete Telefontriage kann auch in Randregionen Entlastung bringen. Bagatellnotfälle können so vermieden werden.
- Bei der Optimierung der NFD-Rayons müssen die besonderen geographischen Umstände (Talschaften) und womöglich auch saisonale Unterschiede (z.B. mehr Notfälle in der Winter- oder Touristensaison) berücksichtigt werden.
- Eine Zusammenarbeit mit Spitälern und anderen ärztlich geleiteten Zentren muss geprüft werden. Diese könnte derart ausgestaltet sein, dass Oberärztinnen/-ärzte am regionalen NFD teilnehmen oder regionale Ambulatorien geschaffen werden. Dankbar wäre z.B. auch der Einsatz von „Jokern“, d.h. mobilen Dienstärztinnen/-ärzten, die den Bedarf in Randregionen abdecken.
- Umsetzung der Praxisassistenz, d.h. Generierung von genügend Stellen.
- Alle Glieder der Rettungskette sollten zur Lösung der NF-Problematik in Randregionen einbezogen werden.
- Ganz generell trägt auch eine allgemeine Förderung von Randregionen zur Attraktivitätssteigerung derselben bei den Grundversorgern bei. Finanzielle Anreize für Grundversorger, sich in Randregionen niederzulassen, werden demgegenüber als wenig zielführend eingeschätzt.

4 Empfehlungen

Der Hausarzt ist der Spezialist für ambulante Notfälle. Er versorgt die allermeisten Notfälle abschliessend und behandelt kompetent, kostengünstig und effizient. Der Notfalldienst ist deshalb primär eine hausärztliche Aufgabe und soll es auch bleiben.

Grundsätzlich sollte jede in der Schweiz wohnhafte Person einen Hausarzt bzw. eine Hausärztin haben. Diese/r ist erste Anlaufstation bei einem Notfall. Ist er oder sie nicht erreichbar, kann sich der Patient/die Patientin an den ärztlichen Notfalldienst wenden. Aus logistischen

⁵ Unter Randregionen werden im vorliegenden Kontext Gebiete verstanden, die dünn besiedelt sind, in denen es nur wenige Dienstärztinnen und -ärzte gibt und wo im NFD weite Wegstrecken zurückgelegt werden müssen.

Gründen soll an einer allgemeinen Dienstpflicht der praktizierenden Ärzte und Ärztinnen festgehalten werden.

Zur Entschärfung der bestehenden Probleme im NFD werden gemäss den zuvor beschriebenen Punkten 3.1 bis 3.8 folgende Massnahmen empfohlen *[in eckiger Klammer sind jeweils diejenigen Akteure aufgeführt, die bei der Umsetzung der jeweiligen Massnahme besonders gefordert sind]*:

- 1) Zusammenarbeit der Dienstärztinnen und -ärzte mit dem Spital und anderen ärztlich geleiteten Zentren (siehe Punkt 3.1). Eine solche Zusammenarbeit muss den jeweiligen regionalen Gegebenheiten angepasst sein. *[Ärzteschaft (Ärztegesellschaft, Bezirksvereine, FMH); Spitäler; Kantone (Gesundheitsdirektionen)]*
- 2) Triagierung der Notfälle über einheitliche Nummern (siehe Punkt 3.2). *[Kantone; Ärzteschaft (Ärztegesellschaft, Bezirksvereine, FMH); Versicherer]*
- 3) Optimierung der Notfalldienstrayons (siehe Punkt 3.3). Eine Zusammenarbeit über Kantonsgrenzen hinweg ist sehr zu befürworten. *[Ärzteschaft (Ärztegesellschaften, Bezirksvereine); Kantone in Bezug auf die kantonsübergreifende Zusammenarbeit]*
- 4) Vereinheitlichung Notfalldienstreglemente (siehe Punkt 3.4). *[Ärzteschaft (Ärztegesellschaft, Bezirksvereine, FMH); Kantone]*
- 5) Die bessere finanzielle Abgeltung des NFD soll auf vier Arten erfolgen (siehe Punkt 3.5):
 - a) Einführung einer Präsenzdienst-Entschädigung. *[Kantone und teilweise Gemeinden; Versicherer; Ärzteschaft (FMH, Ärztegesellschaften)]*
 - b) Einführung einer Dringlichkeits-Inkonvenienz-Pauschale. *[Ein Antrag zur Einführung dieser Pauschale liegt zur Zeit beim Bundesrat zur Genehmigung vor]*
 - c) Kostenübernahme für NF-Fortbildung und NF-Infrastruktur durch den Kanton, wie dies heute schon im Kanton GR praktiziert wird. *[Kantone]*
 - d) Bildung eines Pools oder Fonds, aus dem unbezahlte NF-Rechnungen übernommen werden. Dieser Fonds kann z.B. je zur Hälfte vom Kanton und den kantonalen Ärztegesellschaften gespiesen werden. *[Kantone; Kantonale Ärztegesellschaften]*
- 6) Sicherstellung der NFD-Kompetenzen während der Ausbildung, Weiterbildung und Fortbildung. Ein finanzieller Beitrag der Kantone an die Grund- bzw. Refresher-Kurse wie dies im Kanton Graubünden schon heute der Fall ist, wird befürwortet (siehe Punkt 3.6). *[FMH, Ärztegesellschaften; Kantone]*
- 7) Ganz generell würde der NFD von einer Attraktivitätssteigerung des Hausarztberufs profitieren (siehe Punkt 3.7) und umgekehrt würde ein attraktiver NFD die Beliebtheit des Hausarztberufs steigern. Zur Attraktivitätssteigerung des Hausarztberufs würde z.B. ein Abbau des administrativen Aufwandes oder die Förderung der Praxisassistenten beitragen.
- 8) Für Randregionen, in denen besonders dringender Handlungsbedarf besteht, müssen die vorgeschlagenen Massnahmen den spezifischen Gegebenheiten angepasst werden (siehe Punkt 3.8). *[Ärzteschaft (Ärztegesellschaften, Bezirksvereine, FMH); Kantone]*

5 Literatur

Zitierte Literatur

- Arnet, B., von Below, G., & Zimmermann, H. (2004). Bei Notfall zuerst den Hausarzt anrufen... *Schweizerische Ärztezeitung*, 85(20), 1052-1055.
- FMH (2002). *Facharzt für Innere Medizin inkl. Schwerpunkt Geriatrie. Weiterbildungsprogramm vom 1. Januar 2002 (letzte Revision: 15. Dezember 2005)*. Bern: FMH.
- Hugentobler, W. (2006). Die Belastung des Hausarztes im regionalen Notfalldienst. *Primary Care*, 6(26-27), 493-497.
- Marty, F., Meyer, R., Lüscher, S., Gnädinger, M., & Kissling, B. (2006). Dringliche Konsultationen/Notfälle beim Hausarzt - eine Pilotstudie. *Primary Care*, 6(18), 345-347.
- Plattform "Schweizerisches Rettungswesen" der FMH. (1996). *12 Thesen der FMH zum Rettungswesen in der Schweiz*. http://www.fmh.ch/de/data/pdf/thesen_d.pdf
- Plattform "Schweizerisches Rettungswesen" der FMH. (2001). Qualitätskriterien des ärztlichen Notfalldienstes. *Schweizerische Ärztezeitung*, 12(82), 587.
- Qualitätszirkel Brugg. (2002). Selbsteinweisung ins Spital. *Primary Care*(2), 280-283.
- Salisbury, C., Trivella, M., & Bruster, S. (2000). Demand for and supply of out of hours care from general practitioners in England and Scotland: observational study based on routinely collected data. *British Medical Journal*, 320, 618-621.
- Scharplatz, D. (2002). Der Arzt im Rettungskonzept der Kantone. *Schweizerische Ärztezeitung*, 83(11), 513-514.
- Schweizerische Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren. (2006). *Bericht Notfalldienst. Zur aktuellen Situation des ambulanten ärztlichen Notfalldienstes und Vorschläge zur zukünftigen Organisation*. Bern: GDK/CDS.
- Trutmann, M. (2005). *Magna cum cura. Zur aktuellen Situation der medizinischen Grundversorgung in der Schweiz*. Bern: Zentralsekretariat GDK.
- Vereinbarung zwischen dem Kanton Graubünden und dem Bündner Ärzteverein betreffend Sicherstellung des ärztlichen Notfalldienstes im Kanton Graubünden (2000)
- von Below, G. (2004). Organisationsformen und Zeitbelastung im ambulanten ärztlichen Notfalldienst in der Schweiz. In G. von Below (Ed.), *Organisation des ambulanten ärztlichen Notfalldienstes in der Schweiz* (Vol. 81, pp. 1-61). Zürich: SGGP.
- Die Zusammenfassung der Studie findet sich bei: von Below, J., & Franz, M. (2005). Organisationsformen und Zeitbelastung im ambulanten ärztlichen Notfalldienst in der Schweiz. *Primary Care*, 37(5), 740-742. (<http://www.primary-care.ch/pdf/2005/2005-37/2005-37-441.pdf>)

Weitere relevante Literatur

- Beer, J., & Kaspar, K. (2006). Zehn Punkte gegen den Grundversorgermangel. *ARS MEDICI*, 12, 548-549.
- Campell, L., & Marty, F. (2006). Notfalleinsätze der Dienstärzte in Graubünden 2004. *Primary Care*, 5(38), 775-778.
- Hugentobler, W. (2006). Kostenvergleich der ambulanten Notfallversorgung in der hausärztlichen Praxis mit den Notfallstationen der Spitäler. *Primary Care*, 6(32-33), 586-589.
- Matter, H., Caduff, B., & Schöb, O. (2006). Interdisziplinäre Teamarbeit auf einer Notfallstation. *Schweizerische Ärztezeitung*, 87(19), 849-854.
- Meer, A. (2005). Die ambulante Notfallversorgung im Umbruch. Erfahrungen aus Holland und Dänemark. *Primary Care*, 5(20), 459-463.

- Meer, A., Simonin, C., Trapp, A., Niemann, S., & Abel, T. (2003). Einfluss der medizinischen computerassistierten Telefontriage auf das Patientenverhalten: erste Erfahrungen in der Schweiz. *Schweizerische Ärztezeitung*, 84(41), 2160-2165.
- Unternährer, R. (2003). *Qualitätssicherung im Rettungswesen*. Bern: Schweizerische Sanitätsdirektorenkonferenz SDK.
- van Uden, C. J. T., Giesen, P. H. J., Metsemakers, J. F. M., & Grol, R. P. T. M. (2006). Development of out-of-hours primary care by general practitioners (GPs) in The Neatherlands: From small-call rotations to larg-scale GP cooperatives. *Family Medicine*, 38(8), 565-569.