

Konzept für die zukünftige ambulante Versorgung und zur Reorganisation des NFD im Kanton Baselland

Beigesteuert von Administrator
Friday, 22 May 2009
Letzte Aktualisierung Monday, 25 May 2009

ANTRAG Arbeitsausschuss Ärztesgesellschaft BL vom 22.4.09
z.H. Vorstands-Sitzung vom 18.5.09

(Textverfasser Dr. Tobias Eichenberger)

Verschiedene Probleme haben dazu geführt, die ambulante medizinische Versorgung unserer Bevölkerung und dabei speziell auch den ambulanten Notfalldienst zu überdenken:

Probleme:

1. Zunehmende und asymmetrische Belastung im traditionellen Notfalldienst.

Seit Jahren sind wir auf Ebene Vorstand und Arbeitsausschuss mit Klagen über die Situation im Notfalldienst konfrontiert. Gewisse Notfallkreise haben Personalnotstand, andere sind wenig belastet. Der Dienst ist häufig, die Zahlungsmoral der Patienten mässig.

2. Abnehmende Bindung der Bevölkerung an einen Hausarzt und zunehmend direkter Weg auf die Notfallstationen der Spitäler, auch wegen Bagatellen.

Die ausländische und zunehmend auch die Schweizer Bevölkerung hat zum Teil eine ungenügende Bindung an einen Hausarzt, sucht schon wegen Bagatellen den Weg ins Spital. Allerdings ist es oft auch schwierig, einen Patienten neu bei einem Hausarzt zu platzieren, nicht alle Praxen nehmen neue Patienten.

3. Zunehmende Belastung der Notfallstationen und Zwang nach vorgelagerter Triage.

Die Notfallstationen der beiden Kantonsspitäler verzeichnen steigende Patientenzahlen, die „walk-in“-Situationen nehmen zu, Bagatellfälle blockieren wichtige Ressourcen und laufen Gefahr, durch den auf „schwere“ Notfälle eingerichteten Betrieb überbehandelt zu werden, landen im worst case unnötig in einer spitalinternen Spezialsprechstunde. Parallel dazu steigen die Kosten für die ambulante Versorgung auf Ebene Spitäler. Die Kantonsspitäler brauchen eine vorgelagerte Triage mit stufengerechter Behandlung auf Level Hausarzt. Die Ärztesgesellschaft Baselland sollte diese Stellung mit ihren Grundversorgern zwingend besetzen.

Konkretes Projekt:

Entscheidend ist ein Gesamtkonzept für das Engagement der Mitglieder der Ärztesgesellschaft Baselland in der ambulanten Versorgung der Zukunft. Die Lösung der Notfalldienstproblematik ist hier unbestritten wichtig und mag für viele zentral sein, ist aber lediglich ein Teilaspekt. Anders als in anderen Kantonen legen wir Wert auf flankierende Massnahmen. Es wäre falsch und würde der Sache nicht gerecht, die aktuelle Diskussion lediglich auf der Ebene „Notfalldienst wie bisher in der Praxis oder neu in einer hausärztlichen Notfallpraxis an den Standorten KS Bruderholz und Liestal“ zu führen.

Flankierende Massnahmen:

- Zentrale Anlaufstelle für alle Telefonate ist die MNZ, eine Notfallnummer für den ganzen Kanton.

- Aufbau einer Datenbank mit „Sonderangeboten“ einzelner Praxen oder Gruppen sowie derjenigen Praxen, die noch in der Lage und Willens sind, neue Patienten aufzunehmen.

- Stetige Information der Bevölkerung über den sinnvollen Patientenpfad.

- Patienten, die trotzdem wegen einer Bagatelle die Notfallpraxis bei den Kantonsspitalern aufsuchen, werden mündlich und schriftlich (Faltblatt in der Landessprache) darauf hingewiesen, wo sie waren (eben nicht im Spital) und wie es weitergeht (Zuweisung zu einer aufnahmebereiten Praxis).

- Auf dem Rechnungsformular wird nochmals darauf hingewiesen, dass es sich bei der hausärztlich geführten Notfallpraxis um ein Gemeinschaftsprojekt der Ärztesgesellschaft Baselland und des Kantons mit seinen Kantonsspitalern handelt.

- Durch Einbezug eines (oder bei Bedarf mehrerer) Assistenzärzte soll beim Nachwuchs Werbung für eine Laufbahn als Grundversorger gemacht werden.

Hausärztliche Notfallpraxis:

Der Einsatz und der Betrieb der Ärzte in den hausärztlichen Notfallpraxen an den Standorten Kantonsspital Bruderholz und Liestal wird durch eine paritätische Notfall-Kommission (Vertreter Ärztesgesellschaft/Notfallkreise/Kantonsspitäler/Kanton) geleitet und geregelt.

Für den ganzen Kanton BL gilt bei ambulanten Notfällen eine einzige Nummer: MNZ-061 261 15 15.

Meldet sich ein Patient telefonisch bei der MNZ, wird versucht, wenn immer möglich den Patienten dem Hausarzt oder einer anderen aufnahmebereiten Praxis zuzuweisen, misslingt dies, Weiterweisung an eine der beiden Notfallpraxen der Kantonsspitäler. Auch der Einsatz des „Flying Doc“ für Hausbesuche wird via MNZ ausgelöst.

Die Hausärztliche Notfallpraxis ist den heute existierenden Notfallstationen der Kantonsspitäler Bruderholz und Liestal vorgelagert. Durch Benutzung von am Tag benutzten und abends/an den Wochenenden leer stehenden Ambulatorien (Liestal) halten sich die anfallenden Kosten für bauliche Massnahmen in Grenzen.

Die Notfallpraxis ist an den Wochentagen von 18:00 bis 23:00 Uhr in Betrieb, an den Wochenenden jeweils in 2 Schichten von 10:00 bis 15:00 und 15:00 bis 20:00 Uhr. Der „Flying Doc“ hat eine längere Einsatzzeit von 18:00 bis 08:00 Uhr, an Samstagen und Sonntagen gibt es jeweils zwei Schichten von je 12 Stunden von 08.00 bis 20.00 und 20.00 bis 08.00 Uhr.

Gemäss unseren Schätzungen werden pro Arzt ca. 15 Dienste mit einer Schicht von jeweils 5 Stunden in der Notfallpraxis resp. 12 (ev. 24) Stunden für den „Flying Doc“ pro Jahr anfallen.

Vorläufige Berechnungsgrundlage: Pro Woche 10 Schichten in der NF-Praxis (jeweils eine von Montag –Mittwoch und Freitag, zwei am Donnerstag und zwei längere an Samstagen/Sonntagen) und gleichviele Einsätze der „Flying Docs“ ergibt 18 Schichten pro Woche, mal 52 Wochen ergibt 1076 Schichten pro Jahr, geteilt durch 70 Ärzte pro Notfallkreis, macht ca. 15 Einsätze pro Jahr für jeden Hausarzt. Funktioniert natürlich nur, wenn Alle mitmachen. Ein Ausscheren einzelner Notfallkreise würde die Anzahl Dienstleistender reduzieren und somit die Reduktion der zeitlichen Belastung vermindern. Der Dienst wird entweder „vor Ort“ in der Notfallpraxis, oder als „Flying Doc“ geleistet, auch „Mischformen“ (z.B. 50:50 oder andere Verteilung) wären möglich.

Der „Flying Doc“ erhält für seinen Bereitschaftsdienst ein Grund-Salär, die Einsätze werden dann 1:1 wie bisher abgerechnet. Dass Ärzte für die Pikettstellung bezahlt werden ist ein Novum, sollte allerdings zukünftig selbstverständlich sein.

Ziel muss eine zeitgerechte Entlöhnung von mindestens Fr. 150.--/Std. sein (unter Einbezug von Grund-Salär, Ertrag Medikamentenabgabe, Verteilung Ersatzabgaben). Dabei handelt es sich um einen „Nettolohn“, da für diese Arbeit die arzteigene Praxisinfrastruktur nicht benötigt wird. Bei einem Kostenansatz von rund 70% im Kanton BL gibt es wohl nur wenige Hausarztpraxen, die während 5 Stunden brutto ca. 2'500.--, somit netto ca. 750.-- generieren. Die Situation muss regelmässig von der Notfallkommission neu beurteilt werden.

Der Kanton ist offenbar bereit, grössere Summen in die medizinische Versorgung zu investieren (Ausbau Notfall- und Behandlungsstation KS Liestal, Herzlabor KS Liestal, Neubau KS Bruderholz). Unseres Erachtens muss auch die hausärztlich geführte Notfallpraxis per se nicht kostendeckend sein. Die durch diese Institution und das dadurch erzielte stufengerechte Patientenmanagement eingesparten Folgekosten betrachten wir als erheblich.

Demokratisierung

Bisher war die Belastung im NFD asymmetrisch, wir haben NFK mit genügend Dienstleistenden und solche mit knappem Personalbestand und dementsprechend vielen Diensten. Die Reorganisation soll zu einer gleichmässigen und fairen Belastung für alle führen.

Optimierung von Vernetzung und Behandlung

Das Arbeiten in den hausärztlich geführten Notfallpraxen garantiert einerseits die Selbstständigkeit im Handeln, andererseits stehen sämtliche Einrichtungen des Spitals zur Verfügung und können bei Bedarf abgerufen werden. Der persönliche und kollegiale Kontakt mit dem Tür an Tür arbeitenden Kollegen auf der regulären, konventionellen Notfallstation wird für beide Seiten befruchtend sein.

Noch unsichere Kollegen werden den Gedankenaustausch und den Schutz des Spitals rasch schätzen, fachlich sehr versierte Kollegen werden die hausärztliche Kompetenz demonstrieren und dem jüngeren Kollegen auf der Notfallstation auch einmal mit Rat beistehen. Unser Ziel ist es, wenigstens zeitweise einen Assistenten der Notfallstation dem Grundversorger an die Seite stellen zu können, einerseits als Unterstützung bei grossem Patientenandrang, andererseits aber auch, um vielleicht einen jungen Kollegen für die Laufbahn eines Hausarztes zu begeistern.

Nach der Erstversorgung werden die Patienten entlassen, bei Bedarf einem Hausarztkollegen, einem niedergelassenen Spezialisten oder einer Spezialsprechstunde im Spital zugewiesen. Jeder Patient erhält ein Merkblatt in seiner Muttersprache mit der Erklärung, wo er gerade war (nämlich in einer von den Hausärzten der Ärztesgesellschaft Baselland geführten Notfallpraxis und eben nicht im Spital!) und dem Hinweis, wie bei erneuten dringlichen Problemen vorzugehen sei (Nummer MNZ zur weiteren Koordination). Die Rechnungsstellung erfolgt durch das Spital, wobei auch hier darauf hingewiesen wird, dass der Patient durch ein "joint venture" von Ärztesgesellschaft Baselland und dem entsprechenden Kantonsspital behandelt wurde.

Qualitätsverbesserung

Mit dem angestrebten Projekt wird eine Verbesserung der Qualität der medizinischen Notfalldienstleistung einhergehen, weil die apparative Ausrüstung den Erfordernissen angepasst werden kann und direkter Zugriff auf die Infrastruktur des Spitals besteht (Röntgen, EKG, Labor).

Schaffen von Freiräumen für individuelle Lösungen und zur Stärkung der traditionellen hausärztlichen Werte

Weniger Zeit für den obligaten Notfalldienst heisst mehr Zeit für Freiräume. Diese kann ganz unterschiedlich genutzt werden. Mehr Zeit für Freizeit, Familie und Hobbies, bei Bedarf aber auch mehr Valenzen, die eigene Praxis zu optimieren. Erweiterte Sprechstundenzeiten, z.B. am Abend, Bekanntgabe der Erreichbarkeit im Notfall via Telefonbeantworter oder MNZ, alleine oder in Gruppen Einrichten von lokalen „walk-in“-Angeboten bis hin zu Einsätzen in der Nacht. Durch die zentrale Koordination werden überlaufene Praxen entlastet, Hausärzte, die gerne noch Patienten aufnehmen würden, können so alimentiert werden.

Alternativen?

Was geschieht, wenn wir uns dieser Aufgabe verweigern? Wir, das heisst unsere Grundversorger würden eine historisch einmalige Chance verpassen, eine strategisch wichtige Schlüsselposition in der ambulanten Versorgung unseres Kantons prominent zu besetzen. Die Kantonsspitäler wären gezwungen, eigene Lösungen für eine den Notfallstationen vorgelagerte Triage- und Behandlungseinheit zu finden. Wir hätten dieses Terrain endgültig verloren.

Wir würden es verpassen, im Prinzip fehlgeleitete Patienten aus dem Spitalkreislauf in unser Hausarztnetzwerk einzuspeisen und damit aufnahmebereite Praxen zu alimentieren. Die zunehmende und asymmetrische Belastung im aktuellen Notfalldienst (abnehmende Zahl an Grundversorger, unterschiedliche Dienstfrequenzen) vermindert die Attraktivität der Hausarztpraxis und erschwert die Rekrutierung des dringend notwendigen Nachwuchses. Eine stetige „Umerziehung“ der Bevölkerung weg vom Reflex „krank = Spital“, hin zum Reflex „krank = Hausarzt“ wäre nicht möglich. Uns den Anforderungen der Zukunft zu verschliessen würde heissen, sich ins Réduit zurückzuziehen und neue Aufgaben mit neuen Chancen zu verpassen.

Fazit:

Das eine tun und das andere nicht lassen. Mit der Neuorganisation des Notfalldienstes wollen wir die gesetzlich vorgeschriebene Aufgabe optimieren und gleichzeitig die zeitliche Belastung minimieren.

Die selbstständige Arbeit in den hausärztlich geführten Notfallpraxen an den Kantonsspitalern soll interessant und attraktiv honoriert sein.

Die frei werdenden zeitlichen Ressourcen sollen Freiräume schaffen, um die uns wichtigen traditionellen Werte der klassischen Hausarztmedizin zu erhalten und zu stärken.

Durch stetige Information der Bevölkerung, gerade auch der walk-in-Patienten, soll versucht werden, zukünftig den automatischen Gang ins Spital wegen einer Bagatelle zu vermeiden.

Durch Optimierung des Informationsflusses sollen Patienten entweder beim ersten Telefonat oder spätestens nach der ersten Konsultation in der Notfallpraxis der nächstgelegenen aufnahmebereiten Praxis zugewiesen werden.

Im engen Kontakt mit den Organen der Kantonsspitäler, aber unabhängig in unserer Arbeit und in unseren Entscheidungen, demonstrieren wir die Kompetenz unserer Grundversorger.

Wir nutzen das erweiterte Netzwerk in und ausserhalb der Spitäler und sorgen für eine stufengerechte und damit auch automatisch kostengünstige (nicht gleichzusetzen mit billig!), auf jeden Fall aber qualitativ hochstehende ambulante Versorgung unserer Bevölkerung.

Wir wollen uns nicht ins hausärztliche Réduit zurückziehen, sondern im Interesse der nachfolgenden Arztgenerationen zukünftig verstärkt eine Schlüsselrolle in der ambulanten Versorgung im Kanton Baselland einnehmen.

ÄRZTEGESELLSCHAFT BASELLAND

für den Arbeitsausschuss:

22.4.2009

Dr. Lukas Wagner Dr. Urs Buess

(Antrag AA an VS)