

Fragen über Fragen...

Beigesteuert von Schädeli, Daniel, Allschwil
 Sunday, 07 June 2009
 Letzte Aktualisierung Sunday, 07 June 2009

Zitate aus dem Arbeitspapier: „Konzept für die zukünftige ambulante Versorgung und zur Reorganisation des Notfalldienstes im Kanton Baselland“

(Verfasser des Originaltextes : Dr. Tobias Eichenberger)

(Alle Mitglieder der AeGBL haben dieses Papier mit Originaltext erhalten. Ich verzichte deshalb darauf, es hier nochmals im Originaltext zu veröffentlichen.)

Dies
 gelesen:

...Die Notfallstationen der beiden Kantonsspitäler verzeichnen steigende Patientenzahlen, die „walk-in“-Situationen nehmen zu, Bagatellfälle blockieren wichtige Ressourcen...
 ...
 zunehmend direkter Weg auf die Notfallstationen der Spitäler, auch wegen Bagatellen...

... sucht schon wegen Bagatellen den Weg ins Spital.

... Patienten, die trotzdem wegen einer Bagatelle die Notfallpraxis bei den Kantonsspitalern aufsuchen, werden mündlich und schriftlich (Faltblatt in der Landessprache) darauf hingewiesen...

... Jeder Patient erhält ... wie bei erneuten dringlichen Problemen vorzugehen sei (Nummer MNZ zur weiteren Koordination)...

... 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...

Dies gedacht:

Ich kenne keinen Patienten, der wegen einer Bagatelle das Spital aufsucht, auch nicht den Notfallarzt. Es handelt sich vielleicht gemäss unserer ärztlichen Interpretation um eine Bagatelle, nicht aber in der subjektiven Wahrnehmung des Patienten. Die meisten Leute haben abends und am Wochenende besseres zu tun als die Zeit in einer Wartezone zu verbringen. Auch die Wahrnehmung darüber, was dringlich ist, unterscheidet sich oft diametral zwischen Arzt und Patient.

Der Patient hat ein (potentiell ernsthaftes) gesundheitliches Problem oder ein gesundheitliches Problem, das ihn beeinträchtigt, für das er einen praktizierenden Arzt (Hausarzt, Notfallarzt, „seinen“ Spezialarzt) oder eben das Spital aufsucht. Alles andere ist realitätsfremd. Mit dem Einrichten der Spitalpraxis wird das Zweite gefördert und der Patient aktiv ins Spital gelotet

Entweder wird die Spitalpraxis als Spitalleistung wahrgenommen, dann ist es nichts mit dem

„Imagegewinn“ der praktizierenden Ärzteschaft. Oder sie wird als Dienstleistung der Hausärzteschaft wahrgenommen, dann wird sich der Patient beim nächsten gesundheitlichen Problem wieder dorthin begeben, dann ist es nichts mit den Bemühungen, den Patienten in die ambulanten Praxen zu dirigieren. Wahrnehmungsmässig ist ja der diensttuende „Hausarzt“ in der Spitalpraxis beschäftigt.

Dies gelesen:

...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...

...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...

... weil die apparative Ausrüstung den Erfordernissen angepasst werden kann und direkter Zugriff auf die Infrastruktur des Spitals besteht (Röntgen, EKG, Labor)....

... Wir nutzen das erweiterte Netzwerk in und ausserhalb der Spitäler und sorgen für eine stufengerechte und damit auch automatisch kostengünstige... ambulante Versorgung unserer Bevölkerung...

Dies gedacht:

Ja was denn nun?

Ist die Infrastruktur des auf „schwere“ Notfälle eingerichteten Betriebs, die steigende Kosten für die ambulante Versorgung auf Ebene Spitäler nach sich zieht, eine andere als die „sämtlichen Einrichtungen des Spitals, die zur Verfügung stehen und bei Bedarf abgerufen werden können“? Und eine andere als die zur Verfügung stehende „apparative Ausrüstung, die den Erfordernissen angepasst werden kann und auf die ein direkter Zugriff“ besteht? Wird dieses Modell nun also „automatisch kostengünstig“ oder führt es eben zu „steigenden Kosten für die ambulante Versorgung auf Ebene Spitäler“?

Oder anders

gefragt: Warum ist wohl die Hausarztmedizin und die notfalldienstliche Versorgung der Bevölkerung durch die Hausärzte die kostengünstigste Medizin?

Dies gelesen:

... 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)....

Dies gedacht:

Die Qualität der medizinischen Notfalldienstleistung hängt also in erster Linie mit der apparativen Ausrüstung und der Infrastruktur zusammen? Dann sind diejenigen von uns Hausärzten wohl sehr schlechte Ärzte, die bei mind. 90% der walk-in- und „Notfall“-Patienten (sog. „Bagatellen“) ohne apparative Zusatzuntersuchungen auskommen. Bei den anderen <10% liegt entweder ein (möglicher) echter Notfall vor, den wir umgehend auf die Notfallstation überweisen, oder die sinnvollen apparativen Abklärungen können kurze Zeit warten und am nächsten Tag

beim Hausarzt durchgeführt werden. Übrigens: Die Fehldiagnosen und Fehlentscheidungen bei den akuten „Notfällen“ sind in der ambulanten Praxis nicht häufiger als auf den Spital-Notfallstationen.

Selbstverständlich

ist es reine Spekulation und vollständig realitätsfremd, dass viele diensttuende Hausärzte in der Spitalpraxis aus Zeitgründen, um den Diskussionen mit dem Patient aus dem Weg zu gehen, um dem Drängen und der Anspruchshaltung des Patienten nachzugeben oder schlicht weil es einfacher ist, die Infrastruktur des Spitals in Anspruch nehmen werden, auch wenn die Indikation dafür vielleicht nicht zu 100% gegeben ist. Selbstverständlich stehen wir Ärzte auch über dem Slogan „Verfügbarkeit verführt“.

Besteht nicht die

Gefahr, dass mit der Einführung der Spitalpraxis mit eben der Verfügbarkeit der gesamten Spital-Infrastruktur die Anspruchshaltung des Patienten, dass eben alles zu jederzeit und sofort verfügbar sein muss, unabhängig von der Dringlichkeit und der medizinischen Notwendigkeit, gefördert wird? Viel Spass und Erfolg beim Versuch, dem walk-in-Patienten in der Spitalpraxis klarzumachen, dass zwar die apparative Untersuchung hier im Spital sofort durchgeführt werden könnte, er sich aber doch bitte am nächsten Tag beim Hausarzt melden solle...!

Vielleicht kann mir

jemand die Lösung des Rätsels aufzeigen, wie da die Qualität verbessert und erst noch Kosten gespart werden sollen?

Dies gelesen:

...Abnehmende Bindung der Bevölkerung an einen Hausarzt ...

...die ausländische und zunehmend auch die Schweizer Bevölkerung hat zum Teil eine ungenügende Bindung an einen Hausarzt...

...Flankierende Massnahmen zur Rückführung der ambulanten Patienten in die Praxen der Hausärzte...

... werden mündlich und schriftlich (Faltblatt in der Landessprache) darauf hingewiesen, wo sie waren

... Auf dem Rechnungsformular wird nochmals darauf hingewiesen, dass..

... Ambulante Patienten werden somit von der Einsatzzentrale (MNZ, siehe unten) künftig konsequent in die Hausärztlichen Notfallpraxen bei den Kantonsspitalern geleitet und der Pikettarzt wird nur für Hausbesuche, bei denen nicht bereits durch die MNZ eine Hospitalisation abzusehen ist, aufgeboden werden...

... 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)...

Dies gelesen:

... Ambulante Patienten werden somit von der Einsatzzentrale (MNZ, siehe unten) künftig konsequent in die Hausärztlichen Notfallpraxen bei den Kantonsspitalern geleitet

... Wir würden es zudem verpassen, im Prinzip fehlgeleitete Patienten aus dem Spitalkreislauf in unser Hausarztzentrum einzuspeisen und damit aufnahmebereite Praxen zu alimentieren...

... Eine stetige „Umerziehung“ der Bevölkerung weg vom Reflex „krank = Spital“, hin zum Reflex „krank = Hausarzt“ wäre nicht möglich....

... 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....

Dies gedacht:

Hurra, das klassische perpetuum mobile ist gefunden: Der Hilfe suchende Patient wird von der MNZ im Prinzip fehlgeleitet, gelangt ins Spital, dort zum diensttuenden Hausarzt, dort wird ihm eröffnet, dass er das nächste Mal bitte den Hausarzt aufsuchen soll, bei der nächsten Unpässlichkeit nimmt der Patient zur Kenntnis, dass der Dienst tuende Hausarzt im Spital ist, geht entweder direkt dorthin oder ruft die MNZ an, wo er im Prinzip fehlgeleitet wird... Ach ja, Hauptsache, er wird „umerzogen“...

Dies gelesen:

...Zunehmende und asymmetrische Belastung im traditionellen Notfalldienst.

... Gewisse Notfallkreise haben Personalnotstand, andere sind wenig belastet...

... Die zunehmende und asymmetrische Belastung im aktuellen Notfalldienst (abnehmende Zahl von Grundversorgern...)

...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...

... vermindert die Attraktivität der Hausarztpraxis und erschwert die Rekrutierung des dringend notwendigen Nachwuchses...

Dies gedacht:

Ich sehe weit und breit keinen drohenden zukünftigen Mangel an Grundversorgern: Ennet den Grenzen stehen zahlungskräftige Ärzte aller Alterskategorien in den Startpflöcken; Krankenkassen (zB Swica) und andere Organisationen senden ihre Späher aus, um Grundversorgerpraxen aufzukaufen und Versorgungszentren und HMO's einzurichten. Teilweise schicken sie junge Ärzte voraus, um den Weg zu pflücken. Diejenigen unserer Kollegen, die altershalber keinen Dienst mehr machen, werden irgendwann in absehbarer Zukunft einmal ihre Praxis an Jüngere übergeben.

Diese alle werden die Grundversorgung sichern und können in einen flächendeckenden Notfalldienst miteinbezogen werden.

Die Gefahr besteht

vielmehr darin, dass der klassische Hausarzt in seiner heutigen Form auszusterben droht, nicht aber die Grundversorger! Und dass die nachweislich hohe Qualität der heutigen hausärztlichen Versorgung über die vielen Alternativmodelle vielleicht nicht aufrecht erhalten werden kann. Mit den drohenden Änderungen in der Grundversorgung wird es nicht besser. Auch nicht billiger. Übrigens: auch die Spitäler mit ihren ambulanten Diensten und Notfallstationen gehören zu den Grundversorgern. Sie haben aber eine andere Funktion als der klassische Hausarzt, der seine Patienten samt Angehörigen über die gesamte Zeit begleitet und betreut, ganzheitlich, in deren Umgebung und Umfeld, der im Verlaufe der Jahre ein familiäres Vertrauensverhältnis aufbaut und der in der Gesamtschau am besten geeignet ist, allfällige Beschwerden seitens des Patienten richtig einzuordnen.

Eine

Spital-Notfallpraxis ist keine Hausarztpraxis, sondern allenfalls eine Grundversorger-Anlaufstelle, die von Hausärzten in wechselnder Zusammensetzung betreut wird. Dort werden die Triage gemacht, die Bagatellen behandelt und die nicht selbstbehandelten Patienten entweder dem Spital oder dem Hausarzt zugewiesen: ein Zwitter, weder Fisch noch Vogel. Das Modell erweist einem allfälligen zukünftigen Mangel an klassischen Hausärzten einen Bärendienst!

Dies gelesen:

...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...

Dies gedacht:

Ist es tatsächlich

die Aufgabe des Hausarztes, eine strategisch wichtige Schlüsselposition in der Grundversorgung zu besetzen? Ist es nicht vielmehr seine Aufgabe, das Arbeitsumfeld so mitzugestalten, dass er auch zukünftig seine wichtige Aufgabe als Hausarzt wahrnehmen kann? Durch die vermehrte Aufsplitterung der Aufgaben und Delegation einiger seiner Kernaufgaben an irgendwelche externe Grundversorger-Dienste verwässert sich immer mehr die „Qualitätsmarke Hausarzt“.

Dies gelesen:

... man kann sich auch die Frage stellen, wieso wir in den Notfallkreisen des ganzen Kantons täglich über ein Dutzend Kolleginnen und Kollegen während 24 Stunden auf Pikett stellen, während die Spitäler ungeachtet dessen ihre eigenen Notfalldienste ausbauen. Es liegt eigentlich nichts näher, als dieses Doppelangebot auf ein vernünftiges und praktikables Mass zu beschränken und an einem einzigen Ort zu konzentrieren...

... das hat zur Folge, dass zur Diensterteilung im Prinzip nur noch zwei „Notfallkreise“ notwendig sind, einer im oberen und einer im unteren Kantonsteil. In diesen beiden Notfallkreisen soll zusätzlich je ein Pikettarzt für Hausbesuche bereitstehen.

Dies gedacht:

Bis jetzt ging ich

eigentlich immer davon aus, dass die Notfallstation eine andere Funktion innehat als der hausärztliche „Notfalldienst“. Damit sind die Funktionen

aufgeteilt und es handelte sich eigentlich nicht um ein Doppelangebot! Werden nicht eben durch das Spitalpraxis-Modell diese Konturen verwischt?

Wenn offenbar zwei

„Notfallkreise“ für den ganzen Kanton genügen, verstehe ich nicht, wie in der aktuellen Situation immer noch und angeblich zunehmend eine Asymmetrie im Notfalldienst bestehen kann? Weshalb durch eine dynamische, flexible Neuorganisation der NF-Kreise (Grösse und Anzahl gemäss Arbeitsanfall und Anzahl diensttuender Ärzte) die Asymmetrie nicht behoben werden kann?

Bei nur zwei

„Notfallkreisen“ für den ganzen Kanton werden diese sehr rasch überlastet und überlaufen (zu lange Wartezeiten) sein, so dass sich viele Patienten wieder an den guten, alten Hausarzt erinnern, wo sie nicht so lange warten müssen. Damit haben wir tatsächlich ein Doppelangebot kreiert. Und nichts ist mit mehr Freizeit und weniger Arbeit! Dafür werden die Kosten steigen, ohne dass die Versorgungsqualität sich bessert.

Für die Patienten

zu Hause oder im Heim, die auf den flying doc warten müssen, wird sich die Qualität verschlechtern. Trotz des verfänglichen Namens kann dieser nämlich nicht fliegen. Je nach Arbeitsanfall und Tageszeit (zB Stossverkehr) werden diese Patienten stundenlang warten müssen.

Dies gelesen:

... Schaffen von Freiräumen für individuelle Lösungen...

... Weniger Zeit für den obligaten Notfalldienst heisst mehr Zeit für Freiräume...

... Mehr Zeit für Freizeit, Familie und Hobbies, bei Bedarf aber auch mehr Valenzen, die eigene Praxis zu optimieren...

... und gleichzeitig die zeitliche Belastung minimieren....

... Die frei werdenden zeitlichen Ressourcen sollen Freiräume schaffen...

...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...

... Meldet sich ein Patient telefonisch bei der MNZ, wird versucht, wenn immer möglich den Patienten dem Hausarzt oder einer anderen aufnahmebereiten Praxis zuzuweisen...

... bei Bedarf primär einem Hausarztkollegen... zugewiesen...

...Durch Optimierung des Informationsflusses sollen Patienten entweder beim ersten Telefonat oder sicher nach der ersten Konsultation in der Notfallpraxis an ihren

Hausarzt zurück- bzw. der nächstgelegenen aufnahmebereiten Praxis zugewiesen werden...

... Flankierende Massnahmen zur Rückführung der ambulanten Patienten in die Praxen der Hausärzte...

Dies gedacht:

Ja was nun? Werden wir nun mehr Freiräume und Freizeit haben oder doch mehr Arbeit und Belastung, wenn die („fehlgeleiteten“) Patienten konsequent an die Hausärzte weitergeleitet werden?

Nun habe ich bislang immer gehört, der zunehmende Patientenstrom weg vom praktizierenden Arzt hin zum Spital, sei unveränderbar, quasi schicksalhaft und nicht aufzuhalten? Wenn die Spitalpraxis einmal steht, sollen nun also durch flankierende Massnahmen die ambulanten Patienten in die Hausarztpraxis rückgeführt werden, durch umfassende und stetige Information? Ist der Patientenstrom ins Spital nun schicksalhaft oder kann er doch beeinflusst werden? Wenn er schicksalhaft ist, was sollen dann die flankierenden Massnahmen bewirken? Wenn er doch beeinflussbar ist, warum beeinflussen wir ihn nicht jetzt, zB durch umfassende und stetige Information, bevor die Spitalpraxis Sachzwänge schafft, aus denen wir kaum mehr herauskommen?

Dies gelesen:

...Assistenten der Notfallstation dem Grundversorger an die Seite stellen zu können... andererseits aber auch, um vielleicht einen jungen Kollegen für die Laufbahn eines Hausarztes zu begeistern...

... Nach der Erstversorgung werden die Patienten entlassen...

... Durch Optimierung des Informationsflusses sollen Patienten entweder beim ersten Telefonat oder sicher nach der ersten Konsultation in der Notfallpraxis an ihren

Hausarzt zurück- bzw. der nächstgelegenen aufnahmebereiten Praxis zugewiesen werden...

Dies gedacht:

Was, bitte schön, hat es mit der Hausarzt-Tätigkeit zu tun, wenn der Patient nach der Erstversorgung entlassen und nach der ersten Konsultation in der Notfallpraxis sofort weitergewiesen (zB an einen Hausarzt) wird? Bitte erzählt das nicht den jungen Kollegen, die als Assistenten der Notfallstation dem diensttuenden Hausarzt an die Seite gestellt werden! Dies hat höchstens mit einem Poliklinik- oder Spitalambulatoriums-Betrieb, aber auch rein gar nichts mit der Hausarzt-Tätigkeit zu tun!

Dies gelesen:

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

Dies gedacht:

Brauchen wir

wirklich die Kantonsspitäler, die uns Hausärzten Grundversorger-Kompetenz bescheinigen? Wie sollen wir unsere Kompetenz als Hausärzte nach aussen transparent machen, wenn wir uns für so wichtige Dinge, wie zB die Beurteilung akut aufgetretener Beschwerden, im Spital einnisten und auf die Spital-Infrastruktur zurückgreifen? Damit signalisieren wir dem Patient, er kann ja eh gleich auf die NF-Station gehen, der diensttuende Hausarzt ist ja auch dort...

Dies gelesen:

... Wir wollen in unserem eigenen Interesse und dem der nachfolgenden Arztgenerationen zukünftig verstärkt eine Schlüsselrolle in der ambulanten Versorgung im Kanton Baselland einnehmen. ...

Dies gedacht:

Genau! Wir wollen diese Schlüsselrolle aber als hoch qualifizierte Hausärzte einnehmen und nicht als Grundversorgeranlaufstellentriageur.

Mephisto

Die
Diskussion ist eröffnet!

Bitte
gebt Eure Meinungen, Befürchtungen, Ideen weiter. Damit sich alle Hausärzte ein umfassendes Bild machen können, um die richtigen Entscheidungen zu treffen.

Ihr könnt dazu das Feld „Kommentar“, gleich unterhalb dieses Artikels benützen.

Dieser Artikel und die dazugehörigen Kommentar-Bereiche sind frei zugänglich für alle. Ein Login ist nicht nötig dafür.

Administrator