

Therapievorschläge für die ambulante Notfallversorgung

Der Notfalldienst ist bei Ärzten unbeliebt und lässt sich in der traditionellen Form kaum mehr aufrechterhalten. Was ist zu tun? Das diskutierten über 100 Fachleute am 4. Forum für Gesundheitsmanagement von Medi24 am 29. März 2007 in Bern.

Lorenz Borer

Ein Hausarzt fährt bei einem Notfall ausserhalb der regulären Arbeitszeit im Ambulanzwagen bei den Patienten vor – auf dem Beifahrersitz. Chauffiert wird er von einer zweiten Person, die auch Blaulicht und Sirene einschaltet, wenn es eilt. So kann sich der diensthabende Arzt voll auf den Einsatz vorbereiten, und er ist der Parkplatzsorgen enthoben. Bevor der Arzt jedoch losgefahren ist, hat das Callcenter, bei dem der Patient anrief, entschieden, dass ein wirklicher Notfall vorliegt und ein Hausbesuch notwendig ist. Das ist nicht die Vision der Notfallorganisation 2020 in der Schweiz, sondern gelebte Realität der Ärztinnen und Ärzte, die in den Niederlanden Notfalldienst tun.

100 hausärztliche Rayons organisieren dort für je 80 000 bis 350 000 Einwohner den ambulanten Notfalldienst ausserhalb der normalen Arbeitszeiten, unterstützt von einem Callcenter. Pro Rayon gibt es einen oder mehrere «Hausarztposten». Die Hausärzte leisten ihren Anteil Notfalldienst für den «Hausarztposten», im Rest der Zeit sind sie normale Hausärzte. Auf den einzelnen Arzt entfallen so nur noch durchschnittlich 220 Stunden Notfalldienst pro Jahr, verglichen mit 1300 Stunden vor Einführung des neuen

Systems – was die Zufriedenheit der Ärzte und ihres Umfelds positiv beeinflusste.

Schweizer Auslaufmodell

In der Schweiz schaffen der Ärztemangel in der Grundversorgung, die Überalterung der Ärzteschaft, die demografische Entwicklung und die sinkenden Einkommen in der Hausarztpraxis der ambulanten Notfallversorgung Probleme. Peter Wiedersheim, Präsident der Ärztesgesellschaft des Kantons St. Gallen, bezeichnet die heutige Form als Auslaufmodell. Die ungehemmt wachsenden ambulanten Dienste am Spital, oft mit öffentlichen Geldern finanziert, konkurrenzieren die Arztpraxis. Aber auch der wachsende Erwartungsdruck der Bevölkerung, die Verrechtlichung der Medizin und die rasante technisch-medizinische Entwicklung rufen nach neuen Lösungen. Kein Wunder, ziehen junge Ärztinnen und Ärzte das planbare Leben in einem Spital der freien Wildbahn vor, wo sie sogar von den grossen Krankenversicherern vielfältig zum Abschluss freigegeben würden, so Wiedersheim. Eine Studie der Fachhochschule St. Gallen unter Assistenzärzten bestätigt, dass der Notfalldienst nicht zu den attraktiven Seiten der Grundversorger-Tätigkeiten gezählt wird. 62 Prozent der Befragten erachten den Notfalldienst in der Praxis als problematisch aufgrund der grossen Verantwortung, des fehlenden Teams und der befürchteten rechtlichen Konsequenzen bei der Ausübung des Berufs.

Aber der Notfalldienst kranke hält auch an der Kleinräumigkeit der Schweiz, welche das Denken beeinflusst, meinte Wiedersheim.

So gibt es hierzulande eine Vielzahl von Notfallnummern. Nicht einmal innerhalb eines Kantons sind diese einheitlich, ein Szenario, das im Ausland schlicht unvorstellbar sei.

Zentrale Notfallnummer und offene Kantonsgrenzen

Es gebe wenige Themen, wo sich die kantonalen Gesundheitsdirektoren so einig seien wie bei der zentralen Rolle der Hausärzte in der Gesundheitsversorgung und somit auch der Notfallversorgung der Schweizer Bevölkerung. Dies stellte Franz Wyss, Zentralsekretär der Gesundheitsdirektorenkonferenz der Kantone, befriedigt fest. Ein gemeinsamer Bericht der Kantone und des Bundes schlägt Verbesserungsmassnahmen für die Notfallversorgung vor: Eine ist die Triagierung der medizinischen Notfälle über eine zentrale Notfallnummer. Zudem dürfe die Optimierung der Notfalldienstrays nicht daran scheitern, dass die Kantonsgrenzen unüberwindbar seien. Die Kantone sind für die gesundheitliche Versorgung der Bevölkerung verantwortlich. Sollten die Hausärzte die Notfalldienste nicht mehr besorgen können oder wollen, wären die Kantone also besonders gefordert.

Telefonische Beratung entlastet Notfalldienste

Welche Rolle könnten Callcenter bei der Lösung der angesprochenen Probleme spielen? Andreas Meer, der medizinische Leiter von Medi24, beschreibt zwei Aufgaben. Zum einen sind die Ärzte zeitlich und organisatorisch zu entlasten mit einer Triage per Telefon für Notfälle ausserhalb der normalen Arbeitszeiten. Interessanterweise ist das Wissen um eine adäquate Reaktion bei gesundheitlichen Problemen in der Bevölkerung nur bei ganz gravierenden gesundheitlichen Störungen (z.B. schwere Unfälle) und bei Lappalien vorhanden. Alles dazwischen überfordert den Laien recht schnell. Und genau da kann das Callcenter rasch guten Rat liefern.

Zum andern kann die hausärztliche Versorgung in Zeiten ausserordentlicher Belastung, wie sie an Touristenorten vorkommen können, unterstützt werden. Andreas Meer beschreibt dazu ein Pilotprojekt aus Saas Fee.

Touristische Destinationen beherbergen in der Hochsaison leicht das Zehnfache ihrer Einwohner als Gäste. Während der winterlichen Hochsaison wurde in Saas Fee die lokale Versorgung verstärkt, indem die Anrufe über die ärztliche Hauptnummer im Callcenter triagiert wurden. Damit gelang es, die Versorgung der Einheimischen und der Touristen angemessen und auf hohem Niveau aufrechtzuerhalten. Die weitergeleiteten Anrufe waren wirkliche Notfälle, um die sich die beiden ortsansässigen Ärzte unverzüglich kümmern konnten.

Computerunterstütztes Expertensystem sichert Qualität

Die Qualität der Triagierung muss dabei hochstehend sein. Auf die Spitze treibt es die niederländische Firma Medicinfo. Das Unternehmen bietet gemäss Hay Derkx, dem Chief Medical Officer von Medicinfo, nur eine einzige hochspezialisierte Dienstleistung an, nämlich die Kategorisierung jedes Anrufs in einem Callcenter in eine Dringlichkeitsstufe (siehe *Kasten*). Alles dreht sich um das fehlerfreie Erkennen, ob ein Notfall vorliegt (6% der Anrufe) oder ob ein Problem warten kann (94% der Anrufe). Alle beschriebenen Symptome werden in ein computergestütztes Expertensystem (Telephone Advice System TAS) eingegeben und durch den Computer gewichtet. Die Gewichtung und Kombination führt zu einer Diagnose. Nur steht diese nicht im Vordergrund, sondern ausschliesslich die Handlungsaufforderung an den Anrufer gemäss fünf Dringlichkeitsstufen. Das



Harrie van Rooij, Leiter des «Hausarztpostens» in Midden-Brabant, zur Neuorganisation der ambulanten Notfallversorgung in den Niederlanden: «Die Veränderung war und ist für viele Patienten eine wahre Revolution.»



«Es gibt kein Konzept, und man will niemandem wehtun.» Franz Wyss, Generalsekretär der Gesundheitsdirektorenkonferenz, über die schweizerische Optimierung der Notfallversorgung.

Kasten:

Dringlichkeitsstufen bei der Telefontriagierung

Das computergestützte Expertensystem Telephone Advice System TAS der niederländischen Firma Medicinfo kategorisiert jeden Anruf in einem Callcenter in fünf Dringlichkeitsstufen.

Stufen	Bezeichnung	Intervention innert
1	Notfall	< 1 Stunde
2	Notfall	2–6 Stunden
3	Arztbesuch	6–24 Stunden
4	Arztbesuch regulär	2–7 Tage
5	Selbstbehandlung	



«Ich soll Hausarzt werden? Ich bin doch nicht blöd!» Peter Wiederheim, Präsident der Ärztesgesellschaft des Kantons St. Gallen, referierte über die Nachwuchsprobleme in der Grundversorgung.

System lässt nicht zu, dass die Auskunftsperson aus freien Stücken die Beurteilung aus dem TAS verändert. Die Abweichung vom Protokoll ist nur nach Rücksprache mit der vorgesetzten Person möglich. Dies ist ein Vorgehen, das aus dem Flugwesen und der Industrie kopiert wurde und die Fehlerquote stark senken konnte.

Die «Hausarztposten» in den Niederlanden

In den Niederlanden hat sich das eingangs beschriebene System mit den «Hausarztposten» für die ambulante Notfallversorgung ausserhalb der Praxisöffnungszeiten rasch und gut etabliert. Die niederschwellige und rasche Verfügbarkeit medizinischer Auskunft und Hilfe durch das Callcenter wiegt die grössere Anonymität zu einem guten Teil auf. Gesamthaft erhält die Dienstleistung die Note 7 (10 wäre das Maximum) durch die Patienten, obwohl die Veränderung für viele Anrufende immer noch eine wahre Revolution sei. Dies erklärte Harrie van Rooij, Leiter des Hausarztpostens in Midden-Brabant. Er ist überzeugt, dass die konstante Information an die Patienten über die neue Organisation des Notfalldienstes entscheidend ist, ob die Kunden die neue Form akzeptieren. Für die Ärzteschaft liegen die Vorteile der Dienstleistung, die zwischen 17 Uhr und 8 Uhr morgens angeboten wird, hingegen auf der Hand, nicht zuletzt deswegen, weil jeder Hausarzt von jedem Kontakt einen schriftlichen Bericht zugeschickt erhält. Während der Praxisöffnungszeiten bleibt hingegen der Hausarzt alleiniger Ansprechpartner. Finanziert wird das Out-of-hours-System in den Niederlanden über einen Fixbetrag pro Einwohner plus eine Entschädigung von 25 Euro pro Beratung. Die Zusammenarbeit mit den Notfallstationen der Spitäler wird zurzeit evaluiert und diskutiert.

Die Notfallversorgung ist auch in der Schweiz im Umbruch. Die Qualität der Versorgung wird sich nicht zuletzt darin zeigen, wie Gebiete fernab der grossen Agglomerationen medizinisch betreut werden. Viersprechende Ansätze aus dem In- und Ausland wurden an dieser Tagung diskutiert, wobei sich eine klare Strategie für die Schweiz wohl erst noch herausbilden muss.



«Wenn Qualitätsstandards befolgt werden, kann Qualität garantiert werden.» Hay Derkx, Chief Medical Officer der niederländischen Firma Medicinfo, stellte deren computergestütztes Expertensystem zur Qualitätssicherung der Telefontriage vor.



Andreas Meer, Medizinischer Leiter von Medi24: «Ist der Notfalldienst ein Service Public?»

Die Zeit für die herkömmlichen Notfalldienste – mit wenig Arbeit bei langer Präsenzzeit, wie sie heute zum Teil von Grundversorgern geleistet werden – scheint jedoch abzulaufen.

Autor:

Lorenz Borer

Mitglied Redaktioneller Ausschuss der Zeitschrift Managed Care
Governmental Affairs/
Business Development & Licensing
Novartis Pharma Schweiz AG
Monbijoustrasse 118
3007 Bern
lorenz.borer@novartis.com

Fotos:

Myriam Rast Esfandiary

www.myriamphotography.com