

Walter Hugentobler

Spitalassoziierte Notfallpraxen

Hausärzte und Spitäler mussten in den letzten Jahren zur Kenntnis nehmen, dass sich die Patienten immer weniger an die geplanten Behandlungsabläufe halten. Die rasch steigende Zahl der Selbsteinweiser überfordert die Spital-Notfallstationen. Gleichzeitig leiden die im Umkreis der Zentrumsspitäler Notfalldienst leistenden Hausärzte unter sinkenden Umsätzen im Notfalldienst. Die Patienten erzwingen mit ihrem Verhalten strukturelle Anpassungen der Notfallversorgung im medizinischen Primär- und Sekundärbereich.

Die Selbsteinweiser sind eine Chance für uns Hausärzte!

Auf der Website der Gesundheitsdirektorenkonferenz (www.gdk-cds.ch) findet sich eine «Infoplattform Notfalldienst». Hier werden Basisinformationen zu einer Vielzahl von geplanten Reorganisationsprojekten des Notfalldienstes zusammengetragen. Jene Projekte, welche die Einrichtung von spitalassoziierten Notfallpraxen beabsichtigen, werden auf unsere zukünftige Arbeit als Grundversorger, auf unsere Standes- und Tarifpolitik sowie unser Image in der Öffentlichkeit grossen Einfluss haben.

Wir haben Grund, uns Sorgen zu machen

Die momentane Aufbruchstimmung birgt Chancen, aber noch viel grössere Risiken für die Hausarztmedizin. Ich erhebe meine Stimme, da ich besorgt bin über die Richtung der sich abzeichnenden Entwicklung. Seit Jahren habe ich mich mit den Veränderungen des hausärztlichen Notfalldienstes auseinandergesetzt und darüber auch publiziert [1–5]. Als Hausarzt in einem mehrheitlich ländlichen Notfallgebiet (Effretikon und Umgebung) verfolge ich keinerlei persönliche Interessen. Unser Hausarztverein hat sich entschlossen, weiterhin den Notfalldienst spitalunabhängig zu erbringen. Dies wurde uns erleichtert durch die Übernahme der Nachtpräsenz durch die SOS-Ärzte Zürich. Ich bin Mitglied einer Arbeitsgruppe, die mit dem Spital Bülach über die Koordination des Notfalldienstes verhandelt.

Die Schnittstelle Selbsteinweiser–Spital verdient unsere grösste Aufmerksamkeit

Selbsteinweiser sind Patienten aus der Primärversorgung, die sich direkt an den Sekundärversorger Spital wenden unter Umgehung der vorgesehenen Triagefunktion der Hausärzte. Die Spitäler sind für diese Aufgabe weder geeignet, noch haben sie dafür einen Leistungsauftrag. Nicht unerwartet haben sich an dieser erzwungenen, ungeplanten Schnittstelle enorme personelle, räumliche und finan-

zielle Probleme ergeben. Diese wurden in Tageszeitungen und in der medizinischen Presse breit dargestellt und angeprangert. Leider wurden bis heute nur ganz wenige Zahlen publiziert, welche die Problemstellung aus ökonomischer Sicht illustrieren. Wir Grundversorger müssten ein vitales Interesse an diesen Zahlen haben. Wer kennt offizielle Angaben, welche die Kosten der Notfallbehandlung durch den Hausarzt mit den Kosten am Spital vergleichen? Wer kennt Zahlen über den Personalaufwand der Spitäler bei der Betreuung von ambulanten Notfallpatienten, d.h. über die Produktivität der Spitalärzte bezüglich der Selbsteinweiser? Ohne Offenlegung der ökonomischen Problematik an dieser heiklen und teuren Schnittstelle dürfen wir uns nicht in eine Lösung einbinden lassen. Diese Offenlegung kann nicht durch einzelne Hausarztgruppierungen erzwungen werden. Gefordert sind die Hausarztforschung und die Standespolitik.

Das «Selbsteinweiser-Drama» auf den Spitalnotfallstationen bietet uns einmalige Chancen, die wir bisher nicht realisiert haben. Nirgendwo im Gesundheitswesen können wir klarer und exemplarischer den Nutzen unserer Breitenkompetenz aufzeigen und die Folgen einer Aushebelung unserer Triagefunktion demonstrieren. Meines Erachtens zeigt die Situation auf den Spitalnotfallstationen modellhaft, was dereinst passieren könnte, wenn der Hausärztemangel dazu führt, dass immer mehr überalterte, polymorbide Patienten direkt von den Spezialisten betreut werden müssen ...

Ausgangslage für die Spitäler

Die Zentrumsspitäler haben einen Versorgungsauftrag im Notfallbereich. Dieser erstreckt sich primär auf die spitalbedürftigen, zugewiesenen Patienten und auf die Notfallpatienten, die mit den Rettungsdiensten eingeliefert werden. Erst in jüngster Zeit wurden die Selbsteinweiser in den Versorgungsauftrag eingeschlossen. Die Hausärzte haben aber unverändert den Auftrag, eine flächendeckende, primäre Notfallversorgung zu garantieren. Die Spitäler erhalten für ihre Notfallpräsenz «Notfallvorhalteleistungen» in Millionenhöhe. Trotzdem macht ihnen die rasch ansteigende Zahl der Selbsteinweiser mit zumeist Bagatellerkrankungen zu schaffen. Grössere Spitäler behandeln heute 10000–20000 ambulante Notfallpatienten pro Jahr. Gut 80% davon sind Selbsteinweiser und 90% davon könnten durch Hausärzte versorgt werden. Die Notfallstationen sind dank den Selbsteinweisern der mit Abstand am raschesten wachsende Spitalbereich! Daraus resultieren

Das «Selbsteinweiser-Drama» auf den Spitalnotfallstationen bietet uns einmalige Chancen, die wir bisher nicht realisiert haben.

Tabelle 1

Entschädigungsvergleich zwischen verschiedenen ärztlichen und nichtärztlichen Berufen (Basis Stundenlohn).

Ärztliche Berufe	Kantonsspital Baden Notfallpraxis (Hausärzte)	Bezirksarzt Kt. Zürich	Schularzt Kt. Zürich ¹	Belegarzt Spital Kt. Zürich
Grundlohn in CHF	Nettolohn 100.–	Vollkosten Praxis 182.95	200.–	117.80 (AL Pos. 00.0210)
Spesen	nein	Wegentschädigung	nein	Wegentschädigung
Zuschlag Sa./So.	keine Zuschläge	Inkonvenienzentschädigung	nein	Inkonvenienzentschädigung

Nichtärztliche Berufe	Tierarzt Kt. Aargau ²	Spital Kt.ZH für admin./tech. Dienstleistungen ³	Handwerker (Vorarbeiter)	IT-Dienstleistungen	Anwaltsgebühren Arbeit n. Zeitaufwand ⁴
Grundlohn in CHF (ohne MWST)	150.–	60.– bis 120.–	90.– bis 120.–	200.– bis 300.–	150.– bis 350.–
Spesen	ja	ja	ja	ja	ja
Zuschlag Sa./So.	50%	nein	Sa. plus 25% So. plus 50%	Sa. plus 25% So. plus 50%	nein

¹ neuer Schularztvertrag Kt. Zürich, ² Botschaft des Regierungsrats Kt. Aargau 4.12.2004, ³ Taxverordnung Spitäler Kt. Zürich vom 20.10.2004,⁴ Anwaltsgebührenverordnung vom 21.6.2006, Kt. Zürich.

räumliche und personelle Probleme, die durch die bisherigen Anpassungen (interdisziplinärer Notfall, Teamleiterstellen, «fast track»-Behandlung von Bagatellerkrankungen) nur teilweise gelöst werden konnten. Zudem erschweren immer restriktivere Arbeitszeitgesetze für Spitalärzte die Dienstplanung insbesondere bei den Assistenten und vermutlich bald auch vermehrt bei den Oberärzten.

Die hohen Kosten für die ambulante Spitalbehandlung der Selbsteinweiser können nur zum Teil an die Kassen weiterverrechnet werden und vergrössern die Spitaldefizite. Die bevorstehende Einführung der stationären Fallpauschalen wird sicherlich den Kostendruck noch verstärken. Gleichzeitig bekommen die Spitäler zu spüren, dass die Qualität und Verfügbarkeit der Notfalldienstleistungen im Wettbewerb untereinander und in der Wahrnehmung der Patienten einen immer wichtigeren Platz einnehmen. Viele Spitalleitungen sind deshalb aktuell bestrebt, ihre Kosten zu reduzieren und die Notfallstationen gleichzeitig stark auszubauen. Zur Kostenreduktion soll vor allem der Einbezug der regionalen Hausärzte beitragen.

Das Triageproblem

Das Kernproblem der Spitäler ist die weitgehend fehlende Kompetenz für die effiziente Triage von unselektionierten Patienten aus der Primärversorgung. Wir müssen selbstbewusst aufzeigen, dass sie ohne unsere Mithilfe als Generalisten und als Spezialisten des Erstkontaktes diese Triageaufgabe nie kosten- und personaleffizient werden lösen können. Aus diesem Grund wird auch im Schlussbericht der GDK zur Reorganisation des Notfalldienstes empfohlen, dass die dem Spitalnotfall vorgelagerten oder angegliederten Arztpraxen administrativ und organisatorisch autonom betrieben werden [10].

Die Hausärzte pflegen einen eigenen, spezifischen Entscheidungsfindungsprozess, der durch die Prävalenz und Inzidenz von Krankheiten in der Bevölkerung bestimmt ist (Wonca-Kriterien 2002 für Hausarztmedizin). Dies ist der adäquateste Zugang zu dieser Patientengruppe und zu deren Triage. Er ermöglicht eine hohe Pro-

duktivität und eine wesentliche Reduktion des nachfolgenden personellen und technischen Aufwandes. Damit ist indirekt gesagt, dass der Triageprozess im Spital (ausgehend von der normalerweise bereits erfolgten Vortriage durch die Hausärzte) von einer höheren Inzidenz von ernsthaften Erkrankungen ausgeht (Spitalpopulation) und zudem ein wesentlich höheres Absicherungsbedürfnis hat. Daraus resultiert ein grösserer Personalaufwand und eine wesentlich höhere Zahl an kostspieligen Zusatzuntersuchungen. Genaue Zahlen über diese Verhältnisse fehlen bisher weitgehend. Sie wären für die zukünftige Positionierung der Hausarztmedizin in der Gesundheitspolitik von zentraler Bedeutung.

Der Bumerang-Effekt

Die Spitäler werden von immer mehr Patienten als praktische, permanente Anlaufstellen wahrgenommen, wo auch medizinische Bagatellen nach Feierabend und an den Wochenenden abgedeckt werden können (Take-away-Medizin). Zu befürchten ist ein weiterer, markanter Anstieg der Selbsteinweiser, wenn die spitaleigenen Notfallpraxen ausgebaut werden und dafür Werbung gemacht wird. Dies wird den Stellenwert unserer Grundversorgerpraxen weiter schmälern und unseren Notfalldienst noch unwirtschaftlicher machen.

Chancen und Risiken: eigenständige Notfallpraxis oder Lohnempfänger?

Grundsätzlich ist unsere Arbeit am Spital in einer eigenständigen Notfallpraxis oder als Lohnempfänger denkbar. Wir müssen uns bewusst sein, dass diese Entscheidung nicht nur für die Entschädigungsfrage, sondern auch für die Unabhängigkeit unserer Arbeitsweise am Spital von zentraler Bedeutung ist.

Als Lohnempfänger und integriert in den Spitalnotfall werden wir den vielfältigen Einflüssen der Spitalleitungen ausgesetzt sein. Ich befürchte, dass wir ausserhalb der spezifischen Rahmenbedingungen einer Praxis unsere Eigenständigkeit bezüglich Entscheidungsfindung und den pluralistischen Therapieansatz nicht längerfristig werden bewahren können! Zudem wird unsere Notfallprä-

sens als Angestellte noch unsichtbarer als bisher und es resultiert eine Entlöhnung, die uns ins tarifpolitische Abseits manövriert.

In der Agenda vieler Projekte sind bis Ende Jahr definitive Beschlussfassungen vorgesehen, und die Umsetzung soll nächstes Jahr zügig erfolgen. Die Spitalleitungen drängen! Trotzdem rufe ich zu einem Marschhalt auf und hoffe auf eine vertiefte standespolitische Diskussion der Formen der Zusammenarbeit.

Die Selbsteinweiser stellen standespolitisch eine Chance dar, wenn wir aufzeigen können, welche massiven Mehrkosten durch den Wegfall der hausärztlichen Triagefunktion entstehen. Die Selbsteinweiser stellen wirtschaftlich eine Chance dar, wenn wir aufzeigen können, dass nur eigenständige Hausarzt-Notfallpraxen langfristig einen Spareffekt garantieren und wenn wir uns an diesem Spareffekt beteiligen können. Mit diesem wirtschaftlichen Aspekt beschäftigt sich der folgende Teil dieses Artikels.

Vom selbständigen Hausarzt zum angestellten Spital-Notfallarzt?

Das «Badener Modell»

Das im Kantonsspital Baden seit gut einem Jahr praktizierte Konzept findet in vielen Arbeitsgruppen breite Akzeptanz. Der Grundgedanke besteht darin, während den Zeiten mit Spitzenfrequenzen von Selbsteinweisern, das heisst wochentags von 17.00 bis 23.00 Uhr und an den Wochenenden von 09.00 Uhr bis 23.00 Uhr, die Selbsteinweiser von den im Spital dienstleistenden Hausärzten der Region behandeln zu lassen. Die Behandlung erfolgt einmalig, Nachkontrollen sind keine vorgesehen. Im Gegenzug deckt das Spital mit eigenem Personal die Nachtstunden ab. Die Hausärzte sind rund um die Uhr für einen mobilen Hintergrunddienst zuständig.

Das Konzept ist einleuchtend und scheint auch in der Praxis die gewünschte symmetrische Entlastung auf seiten der Hausärzte und des Spitals zu bringen. Die Badener Hausärzte haben wertvolle Pionierarbeit geleistet. Die vom Qualitätszirkel Brugg in PrimaryCare publizierte Arbeit über die «Selbsteinweisungen ins Spital» [6] lieferte die wertvolle Datenbasis für die Realisierung des Konzeptes.

Die Entschädigungsfrage

Die Hausärzte arbeiten in Baden auf der Spital-Notfallstation und nicht in einer selbständig geführten Notfallpraxis. Die ausgehandelten 100 Franken Stundenlohn sind eine Folge der gewählten Form der Zusammenarbeit. Dieser Stundenlohn kann nach meiner Einschätzung bei gleichen Voraussetzungen auch von anderen Verhandlungsdelegationen nicht wesentlich übertroffen werden. Solange unsere Kompetenz und Arbeitsleistung mit dem Stundenlohn eines angestellten Oberarztes verglichen wird, werden wir nicht mehr als 100 Franken pro Stunde aushandeln können. Weshalb ist diese Entlöhnung nach meinem Dafürhalten ungenügend?

1. Wenn der Einsatz der Hausärzte keinen Zusatznutzen (Personal- und Abklärungskosten) bringen würde, könnte das Spital seinen Bedarf ohne Mitarbeit der Hausärzte intern abdecken. Der wesentliche Vorteil der Hausärzte besteht in der deutlich höher zu

veranschlagenden Produktivität, in einer wesentlichen Reduktion des nachfolgenden personellen und technischen Aufwandes und in den fehlenden arbeitsrechtlichen Einschränkungen des Einsatzes.

- Die Triagekompetenz muss sich der Hausarzt auch heutzutage in der eigenen Praxis erarbeiten. Diese Kompetenz konnte bisher weder im Studium noch im Spital vermittelt werden. Es ist deshalb schwer nachvollziehbar, weshalb die Kosten der inaktiven Praxis nicht berücksichtigt werden sollen.
- Eine Entschädigung von 100 Franken entspricht der ärztlichen Leistung nach TARMED pro Stunde. Je nach Auslastung und Tätigkeit kann die ärztliche Leistung pro Stunde aber 150 bis gut 200 Franken betragen. Das Fehlen einer Leistungskomponente ist störend. Zudem fehlt jede Kompensation dafür, dass die Arbeit an den Abenden, Wochenenden und Feiertagen geleistet wird. Die Entschädigung steht auch in einem eklatanten Missverhältnis zu den Stundenansätzen anderer selbständig erwerbender Berufsgattungen (Tab. 1).

In meiner Untersuchung über die Kosten der ambulanten Notfallversorgung [7] ergaben sich übereinstimmend mit einer Arbeit aus der Zürcher Hochschule Winterthur [8] Kosten von knapp 180 Franken pro Notfallpatient (unter Arzttarif TARMED). Die Kosten für die ambulante Notfallbehandlung im Spital liegen bei 300 bis 400 Franken [7–9]. Ein nach dem Modell Baden zu 100 Franken pro Stunde angestellter Hausarzt verursacht pro Jahr Lohnkosten von 302'000 Franken. Wenn er nur zwei Patienten pro Stunde triagiert und behandelt (möglich sind drei bis vier) und wenn er dabei pro Patient 100 Franken einspart (siehe obigen Kostenvergleich), ist die erzielte Einsparung doppelt so hoch wie sein Gehalt! Die Einsparungen ergeben sich durch die höhere Produktivität (personelle Einsparungen) sowie den geringeren Abklärungsbedarf. Solange diese Einsparungen bei der Entschädigung nicht berücksichtigt werden können, da sie nicht breit abgestützt und akzeptiert sind, sollten wir das Problem nicht zu einem Angestelltenlohn lösen.

Die Hausarzt-Notfallpraxis

Wir Hausärzte als mehrheitlich selbständig Erwerbende sollten den unternehmerischen Mut aufbringen, das Phänomen der Selbsteinweiser als zweite Chance zu nützen. Nachdem es uns bisher nur geschadet hat, eröffnen uns der Hilferuf aus den Spitälern und die Unzufriedenheit der Patienten willkommene Möglichkeiten. Richtig umgesetzt können wir im Notfallbereich wieder sichtbar werden. Vor allem aber können wir vom quasi garantierten, statistisch belegten und zunehmenden Strom der Selbstzuweiser am Spital direkt profitieren.

Wir Hausärzte als mehrheitlich selbständig Erwerbende sollten den unternehmerischen Mut aufbringen, das Phänomen der Selbsteinweiser als zweite Chance zu nützen.

Wenn wir die Angst vor dem unternehmerischen Risiko nicht überwinden, werden meines Erachtens die standespolitischen und tarifpolitischen Folgeschäden enorm sein.

- Wer von Euch glaubt ernsthaft, dass wir ohne den geschützten Rahmen einer eigenständigen Praxis auf einer Spitalnotfallstation unseren spezifischen Entscheidungsfindungsprozess und unseren pluralistischen Therapieansatz längerfristig werden erhalten können?
- Wer von Euch rechnet nicht damit, dass das Spital bewusst oder unbewusst und aus verschiedensten Gründen (Ressourcenallokation, höheres Absicherungsbedürfnis, Haftpflichtbedenken) auf unsere Arbeitsweise Einfluss nehmen wird?
- Ein ohne Zwänge durch TARMED, Kostenneutralität und LeiKov ausgehandelter Stundenlohn von 100 Franken für eine der anspruchsvollsten ärztlichen Tätigkeiten, die Triage von Notfallpatienten, wird unsere zukünftige Verhandlungsposition im TARMED massiv schwächen!

Das Konzept eines Notfallzentrums bestehend aus der Spital-Notfallstation und der hausärztlichen Notfallpraxis bietet zahlreiche Vorteile. So kann die hausärztliche Präsenz am Spital für Patienten und Aussenstehende deutlicher sichtbar gemacht werden. Organisatorisch von grossem Vorteil wäre der ganztägige Betrieb einer «normalen» Hausarztpraxis am Spital, deren Räumlichkeiten abends ab 17.00 Uhr und an den Wochenenden von den diensthabenden Hausärzten genutzt werden könnten.

Der erwünschte gegenseitige Lehr- und Lernaustausch zwischen Hausärzten und Spitalärzten wird durch eine räumliche und organisatorische Trennung nicht erschwert, sondern transparenter gestaltet. Wo es sinnvoll ist, wird die gegenseitige Konsiliartätigkeit auch verrechenbar. Assistenzärzte können im Sinne einer Praxisassistenz in den Betrieb einbezogen werden. Das hausärztliche Engagement auf dem Spitalnotfall eröffnet die grosse Chance zur Nachwuchsförderung bei den in Ausbildung stehenden Jungärzten. Meines Erachtens präsentieren wir uns dabei authentischer und glaubhafter, wenn wir als selbständig Erwerbende auftreten und nicht als Lohnempfänger.

Sind Spitäler und Kantone bereit, selbständige Hausarzt-Notfallpraxen zuzulassen?

In allen mir bekannten Projekten zur Notfallzusammenarbeit Hausärzte-Spital sind der Grad der Selbständigkeit und die damit verbundenen unternehmerischen Risiken ein zentrales Thema. Aus gesamtökonomischen Sichtweise sollten die politischen Entscheidungsträger und die Spitalleitungen an einer «Auslagerung» der Selbständigen in selbständige Hausarzt-Notfallpraxen interessiert sein, da auch die ambulanten Patienten im Spital defizitär sind. Um solche Praxen realisieren zu können, müssten jedoch die kantonalen Gesundheitsbehörden ihre Einwilligung zur Vermietung eines Teils der Notfallinfrastruktur erteilen. Ich werde mich dafür einsetzen, dass unsere Bezirksärztegesellschaft mit einer Anfrage an die Gesundheitsdirektion des Kantons Zürich die Position der vorgeetzten politischen Behörde in dieser Frage klärt.

Der Betrieb von Grundversorgerpraxen an den Spitälern wird in einigen, vor allem angelsächsischen Ländern, seit langem praktiziert und bringt beide Seiten Vorteile. Die rasch steigende Zahl von

Die hausärztliche Forschung im Versorgungsbereich sollte sich mit den Veränderungen befassen, die sich aus dem Einbezug der Hausärzte an der Schnittstelle Selbsteinweiser-Spital ergeben.

Selbsteinweisern liefert ein zusätzliches Argument, um die Grundversorgerkompetenz an den Spitälern zu etablieren. Die Doppelnutzung durch einen etablierten Hausarzt tagsüber und durch die notfalldienstleistenden regionalen Hausärzte in den Abendstunden und an den Wochenenden bringt zusätzliche Synergien und finanzielle Vorteile.

Schlussbemerkung

Ich halte es für unrealistisch, dass wir als selbständig Erwerbende einen tarifpolitisch vertretbaren Stundenlohn aushandeln können, solange das Spital das unternehmerische Risiko und die Infrastrukturkosten trägt. Nur in selbständigen Hausarzt-Notfallpraxen können wir unsere hausarztspezifische Arbeitsweise langfristig erhalten, den Spareffekt aufrecht erhalten und wir werden besser sichtbar bleiben. Bei der zu erwartenden guten bis sehr guten Auslastung wird sich zeigen, dass ein Stundenlohn von deutlich mehr als einhundert Franken erwirtschaftet werden kann.

Ich schlage vor, dass die hausärztliche Forschung im Versorgungsbereich sich prioritär mit den Veränderungen befasst, die sich aus dem Einbezug der Hausärzte an der Schnittstelle Selbsteinweiser-Spital ergeben. Diese Daten dürften für die Zukunft der Hausarztmedizin von grosser Bedeutung sein.

Literatur

- 1 Hugentobler W. Kostenvergleich der ambulanten Notfallversorgung in der hausärztlichen Praxis mit den Notfallstationen der Spitäler. *PrimaryCare*. 2006;6(32):586–9.
- 2 Hugentobler W. Die Belastung des Hausarztes im regionalen Notfalldienst. *PrimaryCare*. 2006;6(26–27):493–7.
- 3 Hugentobler W., Rothenberger J., Reorganisation des Notfalldienstes, Teil 1. Schweiz. *Ärztzeitung*. 2007;88(21):879–82.
- 4 Hugentobler W., Rothenberger J., Reorganisation des Notfalldienstes, Teil 2. Schweiz. *Ärztzeitung*. 2007;88(21):879–82.
- 5 Hugentobler W. Hausärztlicher Notfalldienst in der Krise. *infosantésuisse* 2007;Juni(Nr. 6):12–3.
- 6 Zehnder K. Selbsteinweisungen ins Spital. *PrimaryCare*. 2002;2(10):280–3.
- 7 Hugentobler W. Kostenvergleich der ambulanten Notfallversorgung in der hausärztlichen Praxis mit den Notfallstationen der Spitäler. *PrimaryCare*. 2006;6(32–33):586–9.
- 8 Studie der Zürcher Hochschule Winterthur im Auftrag von Medvantis AG. Gesundheitsökonomische Beurteilung der Telefontriage-Dienstleistung; 2005. Available from: www.medvantis.ch.
- 9 Matter H, Caduff B, Schöb O. Interdisziplinäre Teamarbeit auf einer Notfallstation. Schweiz. *Ärztzeitung*. 2006;87(19):849–54.
- 10 GDK Schlussbericht. Notfalldienst: Massnahmen und Empfehlungen, 2006. Available from: www.gdk-cds.ch

Dr. med. W. Hugentobler
 Facharzt für Allgemeinmedizin FMH
 Lindauerstrasse 2
 8309 Nürensdorf
 hugi@hin.ch