

Forum ZV zur Dringlichkeitspauschale^{1, 2}



Dringlichkeitspauschale – so wollen wir Hausärzte diese neue TARMED-Position nicht!

Die neue TARMED-Position «Dringlichkeitspauschale» wird nur abends und am Wochenende anwendbar sein. Mit der Einführung dieser Position werden gleichzeitig die Taxpunkte für die Notfallkonsultation und den Notfallbesuch reduziert. Die Hausärztinnen und Hausärzte der Stadt Zürich lehnen diese Tarifänderung in der jetzigen Form entschieden ab.

Die Einführung einer Dringlichkeitspauschale während der Sprechstundenzeiten ist ein zentrales Anliegen der Hausärztinnen zur Abgeltung des Mehraufwandes der dringenden Konsultation und zur Verringerung der Schlechterstellung der Hausärzte durch TARMED. Die Einschränkung der Verrechenbarkeit nur abends und am Wochenende verkehrt den ursprünglich angestrebten Effekt nun ins Gegenteil: Die Hausärzte werden durch die Reduktion der Notfallpauschalen noch schlechter gestellt. Vor dem Hintergrund der zunehmenden Probleme, den Notfalldienst personell zu gewährleisten, ist dies noch unverständlicher. Die Tendenz, dass Notfälle direkt in den Notfallstationen der Spitäler landen, wird weiter verstärkt. Zunehmend werden teure Notfallambulanzen, z.T. mit Notarzt, ausrücken. Gehört das auch zur Kostenneutralität?

Welche Kostenneutralität?

Warum soll ein Notfall jetzt für den Hausarzt weniger aufwendig sein und schlechter entschädigt werden, nur weil es auch Dringlichkeit gibt? Das Gebot der Kostenneutralität muss für vieles herhalten. Die TARMED-Einführung hatte kostenneutral zu erfolgen. Gemeint waren die Gesamtkosten. Anscheinend muss jetzt aber jede Tarifänderung in sich eine Kostenneutralität beinhalten. Mit anderen Worten: wenn die Grundversorger eine neue Tarifposition vorschlagen, die ihren Aufwand angemessen entschädigen soll, müssen sie «kostenneutral» anderswo gleich hohe Abstriche machen. Was soll denn das ganze?

TARMED – die Falle für die Grundversorger – die Spielregeln scheinen so ausgestaltet zu sein, dass eine Besserstellung der Hausärztinnen und Hausärzte mit TARMED schlicht nicht zu erreichen ist. TARMED wird damit endgültig zur Falle für die Grundversorger. Uns wird vor Augen geführt, dass nur mit Macht und Druck etwas zu erreichen ist. TARMED ist nicht sakrosankt.

*Kaspar von Blarer,
Vizepräsident Verein Hausärzte Stadt Zürich*

Leistungsabbau durch die Hintertüre

Die Einführung einer Dringlichkeitspauschale ist aus Grundversorgersicht grundsätzlich zu begrüssen. Die FMH ist in ihrem Editorial sehr zufrieden über ihre Verhandlungsleistung und bezeichnet die Grundversorger als Nutzniesser der neuen Regelung. Wir Hausärzte und Notfalldienstleistenden in unserer Region können diese Begeisterung nicht teilen. Wenn man das Ganze nämlich genau anschaut, kommt man schnell zur Einsicht, dass hier einmal mehr quasi durch die Hintertür ein Leistungsabbau auf Kosten der Grundversorger erfolgt. Die Dringlichkeitspauschale darf nur ausserhalb der regulären Sprechstunde verrechnet werden. Für einen durchschnittlichen Grundversorger in unserer Gegend dauert die Sprechstunde von 07.30 bis 18.30 Uhr mit kurzer Mittagspause. Was ist mit allen Personen, die während dieser Zeit die Praxis aufsuchen oder nach einer dringlichen Konsultation verlangen und damit unsere eh schon massiv überfüllte Sprechstunde an den Rand ihrer Kapazität bringen? Dieser Sondereffort, der uns jeden Tag neu herausfordert, wird nicht angemessen entschädigt. Konsultationen nach 19.00 Uhr sind naturgemäss in der Mehrzahl Notfälle. Die Dringlichkeitspauschale wird deshalb nur sehr wenig zum Zug kommen und bleibt somit ein bürokratischer Papiertiger ohne grosse Relevanz für die Praxis (mal abgesehen vom Samstag, wo ein gewisser Mehrwert resultieren kann). Als Kompensation dieser halbherzigen Lösung erfolgt unter dem Deckmantel der heiligen Kuh «Kostenneutralität» gleichzeitig eine Reduktion der Notfallpauschalen. Dass weniger Taxpunkte für einen Tagesnotfall wochentags und auch samstags resultieren, kann man

1 Peter-Gattlen M.-C. Dringlichkeitspauschale: ein Schritt in die richtige Richtung. Schweiz. Ärztezeitung. 2007;88(3):79

2 FMH. TARMED 1.04 wird auf den 1. April 2007 eingeführt. Schweiz. Ärztezeitung. 2007;88(3):96-7

noch akzeptieren, die Rückstufung der Notfallpauschale B (am Abend und Sonntag) ist schon schwierig zu schlucken, aber absolut inakzeptabel ist die Reduktion der Notfallpauschale C, d. h. in der Nacht ab 22.00 Uhr. In dieser Zeit gibt es keine dringlichen Konsultationen, sondern nur Notfälle. Wenn man die Nachtpauschale also kürzt, ist das ganze nicht kostenneutral, denn es resultiert ein überproportionales Minus für die dienstleistenden Ärzte. Wir Grundversorger dürfen nun für eine Pauschale von gerade noch 145 Taxpunkten bei Nacht und Nebel unseren Dienst an der Allgemeinheit verrichten. Je nach Region beträgt der reelle Wert einer solchen Pauschale Fr. 120.– (z. B. bei uns in der Ostschweiz). Kein Handwerker würde um diese Zeit für dieses Geld auch nur seine kleine Zehe in Bewegung setzen. Vor allem in Regionen mit tiefem Taxpunktwert arbeiten wir nun also in der Nacht zu Dumpingpreisen, das ist doppelt ungerecht, da ja ursprünglich die Notfallpauschale als eine echte Pauschale, unabhängig vom Taxpunkt, gedacht war. Bei uns in der Ostschweiz ist es genau gleich mühsam wie in Genf, morgens um 3.00 Uhr aufzustehen.

Wir können uns des Eindrucks nicht erwehren, dass die Grundversorgerarbeit nicht genügend geschätzt und die Solidarität mit den Hausärzten in der Peripherie zu wünschen übriglässt. Die FMH-Verantwortlichen sollten zur Kenntnis nehmen, dass es bei uns an der Basis gärt und dass wenig fehlt, das Fass zum Überlaufen zu bringen. Wir denken hier an den letzten uns verbliebenen Vorteil, an die Selbstdispensation. Sollte diese unter Duldung der FMH fallen, müssten wir uns in der Region, im Thurgau und in der ganzen Ostschweiz ernsthaft Gedanken darüber machen, von wem wir uns noch vertreten lassen wollen.

Wir verlangen deshalb von unseren Verhandlungsdelegierten und Standesorganisationen, dass mit mehr Nachdruck darauf hingearbeitet wird, die Reduktion der Nachtpauschale rückgängig zu machen, die Dringlichkeitspauschale so zu gestalten, dass sie ihrem Namen gerecht wird und den Notfalldienst aus dem Kostenneutralitätswolumen herauszunehmen, wie dies in Deutschland schon lange der Fall ist.

Im Namen der grundversorgenden und notfalldienstleistenden Ärzte der Region Frauenfeld und Umgebung:

*Dr. med. Michael Siegenthaler, Frauenfeld,
FMH Innere Medizin,
Präsident Ärztenetzwerk MurgMed*

*Dr. med. Alex Steinacher, Müllheim,
FMH Allgemeine Medizin, Präsident Thurgauer
Grundversorger Verband (TGV)*

*Dr. med. Jose Orellano, Frauenfeld,
FMH Allgemeine Medizin,
Leiter Notfalldienstkommission und Vorstands-
mitglied Thurgauer Ärztesellschaft*

*Dr. med. Christine Luginbühl, Frauenfeld,
FMH Allgemeine Medizin, Präsidentin Ärzte-
verein Frauenfeld, Mitglied Notfallkommission*

*Dr. med. Mathias Wenger, Frauenfeld,
FMH Innere Medizin,
Past-Präsident Thurgauer Ärztesellschaft*

*Dr. med. Andreas Schneider, Frauenfeld,
FMH Allgemeinmedizin,
Ärztlicher Leiter Thurcare*

Neue TARMED-Version 1.04 – Änderungen bei den Notfallpauschalen

Sehr geehrter Herr Präsident

Lieber Jacques

Als Präsident der OMCT habe ich von verschiedenen Seiten Reaktionen erhalten, welche sich auf die TARMED-Info Nr. 23 beziehen, die in der Schweizerischen Ärztezeitung Nr. 3 veröffentlicht worden ist. Sämtliche Reaktionen drücken hinsichtlich der neuen Regelung des Notfalldienstes Enttäuschung und Sorge aus.

Insbesondere wird die Taxpunktreduktion für die Notfälle A, B und C nicht verstanden. Damit wird die Anerkennung der Arbeit der Ärzte verringert, die diesen Dienst während der Nachtstunden leisten. Anders ausgedrückt ist es so, als wäre es plötzlich weniger wert, wenn man um 2 Uhr nachts wegen eines Notfalls aufsteht!

Wir möchten Sie deshalb höflich, aber bestimmt bitten, die Gründe dieser plötzlichen Änderung zu erläutern, die keineswegs durch den Erhalt der Dringlichkeitspauschale als Mindestanerkennung ausgeglichen zu werden scheint.

Wir verhehlen nicht, dass diese Änderung von vielen Notfallärzten bis heute nicht verstanden wird. Deshalb muss sie den Betroffenen gegenüber entsprechend gerechtfertigt und erklärt werden, um zu verhindern, dass viele von ihnen diesen Dienst nicht mehr anbieten werden.

In Erwartung Ihrer Erläuterungen grüsse ich Sie freundlichst.

*Dr. med. F. Denti, Presidente Ordine dei Medici
del Cantone Ticino, Rivera*

Dringlichkeitspauschale: ein Schritt in die falsche Richtung

Eigentlich bin ich ja ein friedliebender Mensch, aber jetzt habe ich genug!

Wir Grundversorger werden wieder einmal an der Nase herumgeführt, und dann lese ich in der SÄZ im Editorial von einem Mitglied des Zentralvorstandes der FMH, dass die Einführung der Dringlichkeitspauschale ein Schritt in die richtige Richtung sei, dass die Grundversorger die grössten Nutzniesser sein werden, dass diese Pauschale den Notfalldienst wieder attraktiver mache. Ganz nebenbei wird noch erwähnt, dass im Gegenzug die Taxpunkte für die Notfallpauschalen A-C um 17–33% abgesenkt wurden. Als Grundversorger in ländlicher Gegend darf ich nun also zu einem niedrigeren Tarif nachts aufstehen und die Notfälle versorgen; ich darf weiterhin alle dringlichen zusätzlichen Konsultationen in der bereits vollgestopften Sprechstundenzeit zum ganz normalen TARMED-Tarif abrechnen; die Umtriebe, die Wartezeiten für die Patienten und der zusätzliche Stress wird auf keine Art und Weise honoriert. Da unsere Praxis relativ lange Öffnungszeiten hat, wird die Dringlichkeitspauschale nie zum Zuge kommen. Dies ist für mich klar ein Schritt in die *falsche* Richtung!

Ich kenne keinen einzigen Grundversorger, der auch nur etwas Positives an dieser neuen Dringlichkeitspauschale erkennen kann. Alle sind empört! Bereits letzten Sommer sind wir inoffiziell getröstet worden auf das Jahr 2007. Es gebe dann eine neue Abgeltung für die alte «Expresskonsultation», man soll jetzt nur abwarten ...

Die Lösung kann ja nicht sein, dass die Grundversorger ab sofort nur noch Praxisöffnungszeiten haben von 08.00 – 09.00 Uhr und 14.00 – 15.00 Uhr und die restlichen Konsultationen dann als dringlich jeweils ganz kurzfristig abmachen. Dieser sarkastische Vorschlag wurde anlässlich einer bitteren Diskussionsrunde unter Kollegen diskutiert.

Nach der grossartigen Demo vor knapp einem Jahr hatte man das Gefühl, jetzt kommt Bewegung in die Grundversorgervereinigungen; z. Z. werden auch die neuen Aktivitäten für den 1. April 2007 geplant. Sind mediale Auftritte wichtiger als die Vertretung der Interessen von uns Grundversorgern? Aber wo bleibt denn die Reaktion der SGAM auf eine «Verschlimmbesserung» des TARMED? Wir haben eine Petition eingereicht gegen die Schwächung der Hausarztmedizin und den drohenden Hausärztemangel. Nun wird ein weiteres Mal die Attraktivität des Hausarztberufes gesenkt, denn wer will zu diesen Bedingungen noch Notfalldienst leisten. In der

näheren und weiteren Umgebung geben immer mehr Notfallkreise den Notfalldienst ab an die Notfallstationen der Spitäler. Warum wohl?

*Dr. med. Thomas Kissling, Mühleberg,
Vorstandsmitglied DOXnet,
Ärzt Netzwerk Bern Nord/West*

Der applaudierte Trugschluss – Stellungnahme des Forums für Praxis- pädiatrie zur Dringlichkeitspauschale

Als Berufsverband der praktizierenden Pädiaterinnen und Pädiater unterstützen wir alle Bemühungen, die zur Verbesserung der Situation in der Grundversorgung beitragen. Dazu gehören eine korrekte Entschädigung im Notfalldienst sowie für dringliche Konsultationen ausserhalb und während der regulären Sprechstundenzeit. Das Forum für Praxispädiatrie anerkennt die Verhandlungsgeduld der FMH, wundert sich aber gleichzeitig über deren Schönfärbung des Resultats. Entgegen der Beurteilung unserer Standesorganisation bedeutet die Einführung der Dringlichkeitspauschale keineswegs einen «Schritt in die richtige Richtung», bestenfalls ist es ein Drehen im Kreis.

Bei diesem Nullsummenspiel gibt es für die Grundversorger nichts zu gewinnen. Wer bis jetzt keine Notfallpauschalen verrechnet hat, darf konsequenterweise auch keine Dringlichkeitspauschalen verrechnen. Wo soll denn das Geld herkommen? Der Kostenschub wird nicht auf sich warten lassen. Und weil die bisherigen Notfallpauschalen sehr zurückhaltend angewendet wurden, werden wir gleich nochmals abgestraft werden.

Während der Gültigkeit der kantonalen Tarife waren «Expresskonsultationen» eine Selbstverständlichkeit und gaben zu keinen Diskussionen Anlass. Die Notwendigkeit einer Inkonvenienzentschädigung für dringliche Konsultationen während der Sprechstundenzeit kann nur in Abrede stellen, wer mit dem Alltag einer Grundversorgerpraxis nicht vertraut ist. Insbesondere pädiatrische Praxen sind mit einer Vielzahl dringlicher, das heisst nicht planbarer Konsultationen konfrontiert, die sich glücklicherweise selten als Notfälle im Sinne der Intensivmedizin manifestieren. Dringlichkeitstermine können nicht nach Belieben freigehalten werden, also führen dringliche Konsultationen zwangsläufig zu ungewollt verlängerten Arbeitszeiten des Praxisteams, zum Auslassen der Mittagspausen oder Verpassen des Familienabends. Diese Dienstleistung für die Bevölkerung zeichnet die Grundversorgerpraxen aus.

Wer die Grundversorgung ernsthaft stützen will, muss mehr tun, als sich dazu zu bekennen und Geld von der einen in die andere Hosentasche zu schieben. Das Geld muss aus denjenigen Kassen geholt werden, die dank TARMED besser als geplant gefüllt wurden.

Für den Vorstand Forum für Praxispädiatrie:

Dr. R. Temperli, Liebefeld

Dr. Ph. Trefny, Luzern

Dringlichkeitspauschale: Mehr Transparenz gefordert!

Sehr geehrte Frau Peter

In Ihrem Editorial bezeichnen Sie die ab 1. April 2007 einzuführende neue Dringlichkeitspauschale als Schritt in die richtige Richtung.

Braucht die FMH einen Grundversorgerkompass, damit sie in die richtige Richtung gewiesen wird, nämlich zur Aufwertung der Grundversorgerinnen und Grundversorger? Ich und alle meine Kolleginnen und Kollegen, mit denen ich über die neue Pauschale gesprochen habe, sind jedenfalls entsetzt über die Abwertung der bisherigen Notfallinkonvenienzpauschalen. Bestraft werden damit wieder einmal die (noch) notfalldienstleistenden Grundversorger/innen.

Viel mehr als die beschwichtigenden Aussagen des Editorials würde mich interessieren, wie die neuen Taxpunktzahlen berechnet worden sind. Mehr Transparenz ist dringend gefordert! Warum publiziert die FMH diese Grundlagen nicht?

Sie begründen die Nichteinführung einer «Expresskonsultation» während der Sprechstundenzeiten mit der Möglichkeit des Missbrauchs – ein Affront an alle ehrlich abrechnenden Grundversorger/innen.

Mir ist klar, dass die FMH nicht öffentlich zugeben würde, ein schlechtes Verhandlungsergebnis erreicht zu haben. Aber dass Sie uns den Rückschritt als Fortschritt verkaufen wollen, geht eindeutig zu weit.

Dr. med. Urs L. Dürrenmatt, Thun

Dringlichkeitspauschale: ein Schritt in die richtige Richtung (?)

Die Notfalldienstleistung ist ein Eckpfeiler unseres ärztlichen Berufes und eine wichtige und schöne Aufgabe. Mit dem sich anbahnenden Hausarztmangel wird dieses Thema auf politisch-gesellschaftlicher Ebene immer brisanter werden und Wege für neue Lösungen sind gefragt. Ist die geplante Dringlichkeitspauschale

auch wirklich ein Schritt in die richtige Richtung?

Bekanntlich wird der Notfall vom Patienten definiert. Entweder können wir nach fachärztlicher Einschätzung der Situation einen Notfall ausschliessen und den Patienten gleichentags oder am kommenden Tag ordentlich anschauen oder es handelt sich um einen Notfall und der Patient muss unverzüglich untersucht und behandelt werden.

Das Einführen einer Dringlichkeitsposition während der üblichen Praxisöffnungszeit ist unter der Kostenneutralität nicht möglich. Es ist uns allen klar, dass dies unweigerlich zu einem Absinken des Taxpunktwertes führen würde. Ersetzt man aber Notfall mit günstigerer Dringlichkeitskonsultation und senkt dann auch noch die Notfallpauschalen, wird dies wohl kaum motivierend wirken, neben der Notfalldienstpflicht noch erreichbar zu bleiben, um teure Notfallkonsultationen an den Notfallportalen der Spitäler zu verhindern.

Mit anderen Worten: Einerseits ist es aus Kostenneutralitätsgründen nicht möglich, tagsüber eine Dringlichkeitsposition einzuführen, andererseits wird der Notfall abgewertet. Deshalb ist unserer Meinung nach die so geplante Dringlichkeitsposition nicht ein Schritt in die richtige Richtung.

Soll der/die zukünftige Hausarzt/Hausärztin nur noch zuweisende Funktionen haben (Triagefunktion), soll er im Schichtbetrieb in einem Gesundheitszentrum arbeiten oder soll er dank einer weiterhin guten, qualitativ hochstehenden Ausbildung weiterhin Verantwortung sowohl in der Langzeitbetreuung seiner Patienten als auch als wichtiger Grundpfeiler in der Notfallversorgung der Bevölkerung wahrnehmen (siehe auch Artikel von Dr. Werner Bauer, BAG-Bulletin 1/2/07)?

Von der Beantwortung dieser Frage und der Anerkennung und Honorierung der hausärztlichen Tätigkeit (auch im Notfall) hängt es wahrscheinlich ab, ob in Zukunft weitere Kollegen und Kolleginnen den Beruf «Hausarzt/Hausärztin» ergreifen werden.

Drs B. Frey-Revaz und J. Revaz Frey, Dotzigen

Dringlichkeitspauschale, der Weg in die falsche Richtung

Die Einführung einer Dringlichkeitspauschale ist wegen der Forderung nach Kostenneutralität erneut zum Trauerspiel verkommen, ein weiterer Schritt in die falsche Richtung, der die Attrakti-

vität unseres Berufes als Grundversorger zusätzlich untergräbt. Die pauschalen Schönfärbereien von Frau Kollegin Peter-Gattlen sind unerträglich. Seien Sie doch ehrlicher in Ihren Aussagen. Nur beim Notfalldienst Samstag 12–19 Uhr und Sonntag 07–19 Uhr werden wir zum «Nutznieser», während jeder Patient zwischen 19–07 Uhr einen Minderverdienst von je 35–40 TP ergibt. Dabei stehen sich 7×12 Stunden (84) Minderverdienst 17 Stunden Mehrverdienst pro Dienstwoche gegenüber. Ärgern werden sich insbesondere alle Kollegen/Kolleginnen über dieses angeblich mathematische Nullsummenspiel, die nicht bloss am regionalen Notfalldienst teilnehmen, sondern nach bisherigem «Credo» der FMH ihr Telefon unter der Woche ausserhalb der Praxispräsenz nach Hause umschalten. Dadurch wird das Missverhältnis zwischen Wochenenddiensten und abendlicher bzw. nächtlicher Präsenz noch viel extremer. Auf diese Weise von der FMH-Delegation «vertreten» und abgestraft, muss man sich gut überlegen, ob man weiterhin seine Freizeit für die eigenen Patienten opfern will.

Ausserdem würde es mich interessieren, wieviele Kollegen/Kolleginnen zwischen 19 und 22 Uhr die neue Dringlichkeitspauschale anstelle der Notfallpauschale B «korrekt» anwenden möchten? Wie naiv sind eigentlich die Erfinder dieser Dringlichkeitspauschale, wenn sie glauben, wir würden durch die Patienten definierte Notfälle zu diesen Zeiten zur Dringlichkeit herabstufen, nur weil wir nicht unmittelbar alles stehen- und liegenlassen?

Mit solchen Verschlimmbesserungen des TARMED werden wir zunehmend gezwungen, die Ausfälle durch eigene Anpassungen und Auslegungen des Tarifs auszugleichen. Jeder Nachtbesuch nach dem 1. April 2007 (sic!) wird an den ärgerlichen Kompromiss erinnern, den die FMH zu unserem Schaden mit den KK abgeschlossen hat.

Selbst wenn viele Kollegen insgesamt von der Dringlichkeitspauschale profitieren sollten (weil sie ohnehin keine freiwillige Nachtpräsenz mehr leisten), finde ich es eine Zumutung, wie der Wert unserer Nachtarbeit herabgewürdigt wird. Die Geringschätzung unserer Arbeit, die hier erneut zum Vorschein kommt (notabene in erster Linie von «Schreibtischtätern», die nie einen einzigen Franken als selbständige Unternehmer verdienen mussten), wird sich weiter negativ auf die Berufswahl der kommenden Ärztesgeneration auswirken.

Bei dieser ganzen Mogelpackung wird uns vom Zentralvorstand der FMH noch blauäugig bzw.

verlogen übermittelt, dass wir Grundversorger die grössten Nutzniesser seien. Wozu brauchen wir eigentlich noch Feinde, wenn wir solche «Freunde» bei der FMH haben?

Dr. med. Felix Tapernoux, Rüti

Eine schallende Ohrfeige an die Adresse der Grundversorger

Pünktlich zum Jahrestag der Ärzte-Demo wird die Notfallpauschale abgewertet.

Im alten Tarif existierte eine Expresskonsultationspauschale für Patienten, die unangemeldet in die Praxis platzten, sofort behandelt werden wollten und deshalb zu erheblichen organisatorischen und administrativen Umtrieben führten. Nach den Bekenntnissen rund um die 1.-April-Demonstration in Bern wurde die Schaffung einer ähnlichen Position unter TARMED von vielen Grundversorgern erwartet; sozusagen als Zeichen der Wertschätzung ihrer täglichen Arbeit.

Mit Erstaunen stelle ich nun fest, dass anstelle einer Tarifverbesserung das Gegenteil beschlossen wurde. Ab dem 1. April werden Notfälle werktags zwischen 19.00 und 22.00 Uhr und an Wochenenden neu als dringliche Behandlungen bezeichnet und neu mit 45 TP deutlich schlechter vergütet. Notfallbehandlungen werden neuerdings nach der Zeit ihres Auftretens definiert. Vor 22.00 Uhr oder an Wochenenden handelt es sich lediglich um eine dringliche Behandlung, nach 22.00 Uhr um einen veritablen Notfall. Trotz der Namensänderung wird es sich in beiden Fällen auch in Zukunft um Notfallbehandlungen im Sinne der Definition handeln. Eine dringliche Behandlung, welche nicht als Notfall qualifiziert wird, kann nämlich getrost auf den nächsten Tag verschoben werden und bedarf keiner Intervention ausserhalb der Praxisöffnungszeiten. Es war offenbar nicht genug, die Notfallpauschale durch eine weniger gut dotierte Dringlichkeitspauschale zu ersetzen, es mussten zusätzlich auch gleich alle Notfallpauschalen abgewertet werden, notabene mit falscher Begründung. Offensichtlich wird versucht, den steigenden Kosten im Gesundheitswesen mit einer Verminderung der finanziellen Entschädigung der ärztlichen Tätigkeit zu begegnen. Wer sich in dieser Situation scheut, öffentlich für ein gerechtes Einkommen einzustehen, verkennt den Wert seiner eigenen Arbeit. Wenn solchen Zauderern gar die Verantwortung für Tarifverhandlungen übergeben wird, muss dies zwangsläufig zu negativen Resul-

taten führen. Schlimmer noch, durch die fehlende Opposition werden die reduzierenden Kräfte in ihrer Strategie bestärkt, so dass sich die Abwärtsspirale munter weiterdreht. Ich erwarte von einer Verhandlungsdelegation mehr Kompetenz und Standfestigkeit in der Vertretung der Interessen von uns Ärzten.

Eine Tarifrückung als «Schritt in die richtige Richtung» zu bezeichnen, kommt einer schallenden Ohrfeige gleich. Mittlerweile muss man sich gar fragen, auf welcher Seite die FMH steht. Der Tonfall im Editorial der SÄZ erinnert stark an einschlägige Communiqués von SantéSuisse. Statt der Unterstellung, «die Einführung einer Expresspauschale hätte zwangsläufig zu einem Missbrauch geführt», hätte ich von unserem Interessenvertreter eher die Bemerkung erwartet: «die Einführung einer Expresspauschale würde zu einer Stärkung der Grundversorgung beitragen».

Falls auch in Zukunft im gleichen Stil weiterverhandelt wird, muss im Zuge der bereits beschlossenen Abschaffung der Tarifposition «letzte 5 Minuten» mit weiteren Tarifsenkungen gerechnet werden.

Dr. med. Daniel Woodtli, Schwyz

Hurra, die Dringlichkeitspauschale ist da! – ein Schuss in den Ofen!

Lieber Tarifdienst

Vielen Dank für die neue versteckte Lohnkürzung für uns Grundversorger. Ist das der Weg, um den Nachwuchs für unsere sich im Aussterben befindliche Spezies zu fördern? Ich denke nicht. Dem Bericht im Primary Care 3/2007 [1] sind die Realitäten zu entnehmen. Mich entsetzt, wie naiv wir einmal mehr zu einer Lohnreduktion gekommen sind. Mit Interesse habe ich eigentlich dem Bericht über die Dringlichkeitspauschale entgegengefeibert und wurde wieder einmal mehr bitter enttäuscht von der Tarifkommission der FMH. Uns Grundversorger wurde schon damals bei Einführung des TARMED eine entsprechende Abgeltung für die Umtriebe, die bei Notfällen entstehen, versprochen. Der Tarif wurde eingeführt. Die Notfallpauschale 00.2510 (Notfall während der Arbeitszeit) durfte wegen des Inkonvenienzpaspus praktisch nie angewendet werden. So kam es, dass sämtliche Notfälle während des Tages nicht mehr als Notfälle, sondern regulär abgerechnet werden mussten. Ob dabei die ganze Sprechstunde durcheinandergebracht wurde und man dafür während der Mittagspause (z.B. Notfallhausbesuch über die Mittagszeit) und nach dem

Feierabend zum Normaltarif arbeiten musste, war egal und somit Selbstverständlichkeit. Wir haben, wie immer, alles stillschweigend akzeptiert.

Nun scheint sich diese Spirale zur Ausrottung des Grundversorgers weiterzudrehen. Die verlockende Einführung der Dringlichkeitspauschale ist einmal mehr eine versteckte Tarifrückung für den Hausarzt. Gleichzeitig können andere Fachrichtungen diese Position zusätzlich verrechnen, auf Kosten der Notfalltarife der Grundversorger. Die einzige Leistung, die entsprechend unserer fundierten Ausbildung und unserer mit sehr viel Verantwortung belasteten Aufgabe ordentlich bezahlt wurde, wird uns nun auch gekürzt. Das stimmt mich unheimlich ärgerlich.

Die sogenannte Dringlichkeitskonsultation ausserhalb der Sprechstundenzeit braucht es eigentlich gar nicht. Vor allem nicht unter der Bedingung, dass der Notfalltarif gekürzt wird. Denn das meiste, was zwei Stunden warten kann, kann auch bis zum nächsten Morgen warten. Da im Notfalldienst Notfälle als Notfälle und nicht als Gelegenheitskonsultationen behandelt werden, sind wir auch berechtigt, den Notfalltarif anzuwenden, da wir uns sofort und unverzüglich um den Patienten kümmern müssen und auch können. Wir verursachen für die Patienten keine stundenlangen Wartezeiten mit vielen unnötigen Abklärungen. Wir sind auch bei regulärem Notfalltarif weitaus günstiger als die teuren Notfallstationen! Wir praktizieren problemorientierte, verantwortungsvolle, kosteneffiziente Notfallmedizin, nämlich günstige Spezialistenmedizin durch den Grundversorger!!!

De facto heisst es in Zukunft, dass wir für jeden Notfall 40 TP (Taxpunkte), nachts 35 TP (rund Fr. 30.– bis Fr. 40.–, je nach Kanton) weniger abgegolten bekommen und somit auf einen Notfalldienst mit ca. 10 Notfällen (z.B. an einem Sonntag) eine Umsatzeinbusse von ca. Fr. 300.– bis Fr. 350.– entsteht (bei 12 Wochenenddiensten pro Jahr sind das ca. Fr. 4500.–), die mit vielleicht einem bis zwei Fällen mit Dringlichkeitspauschale à 45 TP nicht abgegolten werden wird. Wir sollen also in Zukunft für Fr. 30.– bis Fr. 40.– weniger pro Einsatz mitten in der Nacht aus dem Schlaf gerissen werden, sofortige hochkompetente Notfallmedizin leisten und damit die Dringlichkeitspauschale für alle anderen, nicht am allgemeinen Notfalldienst teilhabenden Kollegen, insbesondere Spezialisten (die sich meistens mit dem Argument der fehlenden Kompetenz dispensieren lassen), finanzieren. Ein Hohn! Wir Grundversorger lassen uns mit dem Argument der Kostenneutralität ausrotten.

Es gibt andere Wege, die Kostenneutralität zu wahren, ohne den Hausarzt zu bestrafen! Reduktion der Taxpunkte im Spitalnotfallwesen wäre die effektivste Variante!

Was wirklich benötigt wird, ist eine Dringlichkeitspauschale tagsüber für die ganzen Walk-in-Patienten, notfallmässigen Hausbesuche und für solche, die am gleichen Tag kommen wollen, aber keine eigentlichen Notfälle sind. Das muss honoriert werden. Es handelt sich auch hierbei um Notfallmedizin, die durch den breitest ausgebildeten Hausarzt mit grösster Verantwortung, kostengünstig und effizient geleistet wird. Aber wie dem Bericht der SÄZ 3/2007 [2] zu entnehmen ist, ist mit einer finanziellen Aufwertung dieser Leistung nicht zu rechnen.

Ich bin nicht bereit, mich zukünftig weiter von den Gremien für dumm verkaufen zu lassen. Massnahmen, wie sie im Artikel im Primary Care [1] vorgeschlagen werden, sind notwendig zum Fortbestand der Grundversorger und nicht die Reduktion unseres Notfalltarifs.

Dr. med. Alexander Minzer, Rothrist

- 1 F. Marty et. al. Motivation junger Ärzte, Grundversorger zu werden. Primary Care. 2007;7(3):50-3.
- 2 FMH. TARMED-Info 1.04 wird auf den 1. April 2007 eingeführt. Schweiz Ärztezeitung. 2007; 88(3):96-7.

Editorial zur Dringlichkeitspauschale

Sehr geehrte Frau Dr. Peter-Gattlen

Ich bin nicht sicher, ob ich Ihrem Editorial, die Dringlichkeitspauschale sei «ein Schritt in die richtige Richtung», zustimmen kann. Soweit ich es sehe, passiert folgendes: Ein Konsultationstyp, den es nicht gibt, wird eingeführt und dafür wird ein Konsultationstyp, den es gibt, schlechter honoriert. Die dringliche Konsultation hingegen wird weiterhin nicht honoriert.

Lassen Sie mich das ausführen:

- Jemand, der ausserhalb der Sprechstunde kommen will, ist entweder (subjektiv und/oder objektiv) ein Notfall, oder er ist es nicht. Wenn er einer ist, qualifiziert er sich für den Notfallzuschlag, welcher jetzt niedriger wird, wenn er kein Notfall ist, kann und wird er in den allermeisten Fällen am nächsten Tag kommen können.
- Jemand, der anruft und unbedingt noch am selben Vormittag oder Nachmittag eine Konsultation braucht, der würde sich für die noch immer fehlende Position «dringliche Konsultation» bzw. «dringlicher Besuch» qualifizieren. Denn dieser Patient ist es, der

die Sprechstunde durcheinanderbringt, der aus einem geplanten Ablauf ein «Durcheinander» mit vermehrtem Stress für alle Beteiligten macht.

Ich bin deswegen der Meinung, dass das, was hier ausgehandelt wurde, ein Schritt in die falsche Richtung ist: Man klopft sich auf die Schulter, hat die Anliegen der Grundversorger ja gehört, aber in Wirklichkeit wird die Honorierung der Notfallarbeit (die eben nur zum Teil TARMED-taugliche Notfälle und Dringlichkeiten umfasst) erneut netto sinken. Die einzig mögliche Notwehr dagegen wäre, die «regulären Öffnungszeiten» etwa auf das Niveau von Behördenschalteröffnungszeiten zu reduzieren, damit dringliche Konsultationen dadurch öfters in den Bereich der TARMED-tauglichen dringlichen Konsultationen fallen. Aber das kann ja nicht der Sinn der monatelangen Verhandlungen sein. Vielleicht wäre es sinnvoll, das nächste Mal die von einer TARMED-Änderung jeweils am meisten betroffene Ärztesgruppe zu konsultieren, bevor man den ausgehandelten Kompromiss unterschreibt?

Gerry Weirich, Schaffhausen

Dringlichkeitspauschale: Krebsübel Kostenneutralität

Die wichtigste Änderung in der neuen TARMED-Version 1.04 ist die Einführung der Dringlichkeits-Inkonvenienz-Pauschale (Pos. 00.2505). Sie musste jedoch mit einer Reduktion der Notfall-Inkonvenienz-Pauschalen A-C erkaufte werden, als ob deswegen ein Notfall auf einmal weniger Aufwand erfordern würde! Das Krebsübel der «Kostenneutralität» schwellt weiter, weil alle TARMED-Änderungen einstimmig gefasst werden müssen. Das KVG kennt den Begriff der «Kostenneutralität» überhaupt nicht, jedoch die Bestimmung, dass bei Tarifen auf eine betriebswirtschaftliche Bemessung zu achten ist (KVG Art. 43, Abs. 4). Mit der von seiten der Versicherer erzwungenen Kostenneutralität wird die Anwendung dieser eindeutigen KVG-Bestimmung weiterhin verhindert!

Das Änderungsprotokoll von TARMED Version 1.03 zu 1.04 umfasst 158 Seiten (www.tarmed.suisse.ch). Dennoch sind zahlreiche Änderungsanträge weiterhin pendent. Von der Konferenz der Kantonalen Ärztesgesellschaften (KKA) ist eine Aufteilung der Pos. 00.0010 (Konsultation, erste 5 Min.) verlangt worden, damit der Grund des Arztbesuches erfasst werden kann. Diese Änderung bringt keine zusätzlichen Kosten, ist

jedoch gemäss KKA notwendig, um Leistungskriterien zu erfassen, welche zur Berechnung des Taxpunktwertes berücksichtigt werden (nat. Leikov Ziff. 2.4, Abs. 3). Obschon fast alle Kantone per 1.1.07 der Leikov beigetreten sind, fehlen nun diese Grundlagen, welche im einheitlichen Abrechnungsformular integriert werden müssen (Leikov Ziff. 2.4, Abs. 4). Die Leistungskriterien, welche eine TPW-Erhöhung ermöglichen könnten, und deren Daten von der Ärzteschaft zu erbringen sind (Leikov Ziff. 2.5, Abs. 2), werden somit unberücksichtigt bleiben müssen!

Dr. med. Martin Schilt, Luzern

Dringlichkeitspauschale: Notfalldienst einmal mehr abgewertet

Sehr geehrter Frau Dr. M.-Christine Peter Gattlen, Mitglied des Zentralvorstandes der FMH
Vielen Dank für die Informationen in der Ärztezeitung bezüglich neuer Dringlichkeitspauschale. Bekanntlich sind die Tarifverhandlungen sehr schwierig zu führen, sie kosten viel Zeit und Nerven. Das Ergebnis ist in diesem Fall sehr ernüchternd und bringt dem Grundversorger wieder einmal mehr keine Besserstellung. Ich befürchte sogar, dass das Gegenteil wahr sein wird: Der Notfalldienst wird einmal mehr abgewertet. Ursprünglich gingen wir von einem Taxpunktwert von Fr. 1.– aus. Die Notfallpauschalen wurden der Ärzteschaft damals als Frankenwerte und nicht als Taxpunktwerte «verkauft». Nun wird der notfalldienstleistende Arzt wiederum mit einem noch tieferen Wert der Pauschalen entschädigt. Belohnt sollen anscheinend die werden, die sich auch noch ausserhalb ihrer Praxisöffnungszeiten um ihre Patienten kümmern. Diesen lieben Kollegen kann ich nur raten, dies nicht allzuoft zu tun. Sie werden diese Aktivitäten nämlich mit einem um so früher einsetzenden «Burn-Out» zu bezahlen haben. Dieses «Burn-Out» werde ich natürlich solidarisch über meine Risikoversicherungen und über die nun tieferen Notfallpauschalen mitfinanzieren ...
Übrigens das Wort «Kostenneutralität» kann ich schon fast nicht mehr hören. Meine Praxisunkosten steigen stetig, so erhöhten sich meine persönlichen Risikoversicherungen innerhalb von zwei Jahren um 100% (!) Auch soll die Arbeitszeit der MPAs reduziert werden bei gleichzeitig höherer Entlohnung.
Zusammengefasst: Diese Neuregelung bringt von vorneherein den Grundversorgern unter dem Strich rein gar nichts!

Dr. med. Samuel Gut, Konolfingen

Ein Schritt in die falsche Richtung

Der Meinung von Frau Dr. M.-C. Peter-Gattlen, die im Editorial vom 17.1.07 betreffend Dringlichkeitspauschale von einem Schritt in die richtige Richtung schreibt, kann ich mich nicht anschliessen. Mit dem TARMED wurde unsere Sonntags- und Nachtarbeit endlich gebührend entschädigt, und nun werden die Zuschläge wieder um bis ein Drittel gekürzt. Diese Dringlichkeitspauschale, nur ausserhalb der regulären Praxiszeiten anzuwenden, ist völlig untauglich. Sollen wir unsere Praxisöffnungszeiten in Bürozeiten umwandeln, damit wir sie anwenden können? Ich habe bisher keinen Hausarzt gefunden, der sich der Meinung von Frau Dr. Peter anschliessen kann. Unsere Entscheidungsgremien haben offenbar den Kontakt zur Basis verloren. Wenn sie sich in Verhandlungen nicht durchsetzen können, so sollte man den Vorschlag der Gegenseite zurückweisen und keine faulen Kompromisse mehr schliessen, die Zeit für solche ist vorbei. Unsere Vertreter sollten versuchen, den Puls der Hausärzte besser zu fühlen – eine kurze Vernehmlassung an der Basis, und damit meine ich wirklich direkt bei uns, hätte genügt. Ich bin der festen Überzeugung, dass eine grosse Mehrheit diese Dringlichkeitspauschale mit gleichzeitiger Kürzung der Notfallzuschläge abgelehnt hätte.

Dr. med. Manuel Simonett, Frick

Dringlichkeitspauschale: unüberhörbares Signal an den Nachwuchs

Unsere Standesorganisation bezeichnet die Einführung der neuen Dringlichkeitstaxe unter neuer Ausgestaltung der Notfallpauschalen als «Schritt in die richtige Richtung». Auch wenn nicht gerade zu erwarten war, dass die FMH das Verhandlungsergebnis selber als ungenügend qualifiziert, fehlt mir als Betroffenen doch jedes Verständnis für den Versuch, dieses Resultat derart schönzureden. Es ist ja nicht zu übersehen, dass das Erkaufen der Dringlichkeitspauschale durch Absenken der Notfallpauschalen nicht alle niedergelassenen Ärzte gleich trifft. Die unter uns, die durch viele Notfalldienste belastet sind, dürfen nun noch die neue (seit Einführung des TARMED überfällige) Dringlichkeitspauschale für die gesamte Ärzteschaft gleichsam erarbeiten. Der Notfalldienst kann zudem unter dem heutigen Tarifwerk mit «betriebswirtschaftlicher» Berechnung jeder einzelnen ärztlichen Handlung kaum mehr einfach als «nobile officium» abgebucht werden, schon gar nicht, wenn er von einzelnen sehr oft zu leisten ist.

Die Dienstverdrossenheit kann so nur wachsen, die Folgen sind – soweit nicht schon eingetreten – abzusehen. Wer kann steigt nach Möglichkeit aus dem Notfalldienst aus oder nach Möglichkeit gar nicht erst ein. Das Signal an den Nachwuchs, ja keine Praxis mit erheblicher Dienstbelastung zu übernehmen oder zu eröffnen, kann kaum gewollt sein, ist aber unüberhörbar.

Der Hinweis auf das Prinzip «Abgeltung von Präsenzzeiten durch die öffentliche Hand als Auftraggeber» kann angesichts der notorischen finanziell klammen Verhältnisse, um nicht zu sagen Zahlungsunwilligkeit, der Kantone und der dementsprechend vagen Aussagen im Papier der SDK kaum wirklich ernst genommen werden. Auch die Verantwortlichen in der FMH dürften wissen, wie unwahrscheinlich eine Verwirklichung innert nützlicher Frist ist.

Alles in allem müssen sich die Stellen, die die Vereinbarungen ausgehandelt haben, und natürlich insbesondere die FMH, bewusst sein, welche Auswirkungen hier im Hinblick auf die ärztliche Versorgung – speziell auf dem Land – und insbesondere für den ärztlichen Notfalldienst einmal mehr offensichtlich billigend in Kauf genommen werden. Verschiedene Votanten vom vergangenen 1. April und danach offenbaren sich unschönerweise als Sonntagsredner.

Dr. med. Kaspar Lüthi, Brienz

Dringlichkeitspauschale: Schritt in die falsche Richtung

Sehr geehrte Frau Kollegin M.-Christine Peter-Gattlen

Leider muss ich Ihnen eine Rückmeldung geben zu Ihrem Editorial vom 17.1.2007: «Dringlichkeitspauschale: ein Schritt in die richtige Richtung».

Nachdem die präsentierte Lösung angeblich «auf dem Vorschlag der SGAM basiert», wollen Sie die Grundversorger nun auch noch glauben machen, dass sie die «grössten Nutzniesser» der neuen Position seien. Endlich wird eine von diesen erbrachte «ärztliche Sonderleistung» honoriert (die offenbar bisher nicht anerkannt wurde). Allerdings finanzieren Sie diese gleich selber mit der *Abwertung des Notfalldienstes*, «weil die Umsetzung kostenneutral erfolgen muss».

Zu den so erreichten «Einsparungen im Notfallbereich» kann ich Ihnen als Grundversorger und Notfalldienstleistender nicht gratulieren: die Abwertung unseres Notfalldienstes ist ein übler

Schritt in die falsche Richtung. Es müssten doch umgekehrt finanzielle Anreize gesetzt werden für die von niedergelassenen Ärzten erbrachten Sonderleistungen!

Ebenfalls ist für mich nicht nachvollziehbar, warum die sogenannte «Expresskonsultation» während der Sprechstundenzeit nicht zur Diskussion stand. Sie hätte von den betreffenden FMH-Funktionärinnen in den Gremien zur Diskussion gestellt werden müssen! Auch hier sind Kosteneinsparungen im Notfallbereich und eine Aufwertung der Grundversorgung möglich. Ein schlechtes Omen ist allerdings, dass Sie (als Mitglied des Zentralvorstandes der FMH) den niedergelassenen Kollegen diesbezüglich pauschal «Missbrauch und Volumenerhöhung» unterstellen, anstatt die entsprechende Sonderleistung zu honorieren.

Caesar Gallmann, med. pract., Au

Tiefschlag Dringlichkeitspauschale

Die TARMED-Info Nr. 23 [1] brachte für die unterprivilegierten notfalldienstleistenden Grundversorger einen weiteren Tiefschlag. Wir erhalten eine Dringlichkeitspauschale, wie sie in dieser Form wohl kaum erwünscht ist und zahlen dafür einen ungebührlichen Preis. Die erhebliche Senkung der Notfallpauschale trifft am härtesten wieder diejenigen, welche quer durch alle Medien von Politikern und Ökonomen stets als besonders wertvoll gelobt werden. Es sind die Hausärzte und Kinderärztinnen, die bereit sind, mit langen Praxisöffnungszeiten und hoher Dienstbereitschaft ihren Patienten rund um die Uhr zur Verfügung zu stehen.

Man darf annehmen, dass Kollegin M.-C. Peter-Gattlen vom FMH-Zentralvorstand keinen Notfalldienst leisten muss. Dann kann ihr Editorial wenigstens als praxisfremd und naiv durchgehen. Für Ärzte in meiner Situation ist es nichts weniger als zynisch! Die medizinische ambulante Grundversorgung wird mit solchen «Schritten in die richtige Richtung» systematisch zugrunde gerichtet! Eigentlich schade, unser Gesundheitswesen wird uns auf lange Sicht vermissen – uns Grundversorger, «die grössten Nutzniesser» der Dringlichkeitspauschale.

Dr. med. Raoul Schmid, Baar

1 FMH. TARMED 1.04 wird auf den 1. April 2007 eingeführt. Schweiz Ärztezeitung. 2007;88(3):96-7.

Dringlichkeitspauschale: ein Verlust

Sie publizieren in der neuesten Nummer der Ärztezeitung die Dringlichkeitspauschale und kommentieren sie als Erfolg. In der Erwartung einer Aufwertung dringlicher Fälle während der Sprechstunde hätte ich dem zugestimmt. Die ausgehandelte Pauschale erkenne ich einzig als Verlust: Konsultationen an Samstagnachmittagen und Sonntagen verstehe ich als Notfälle, die wenigen dringlichen Konsultationen am Abend nach der Sprechstunde wiegen die deutliche Abwertung der Notfallpauschalen wohl kaum auf.

Dr. med. Ruedi Näf, Lyss

Doppelt bestraft!

Mir platzt der Kragen! Die neue Dringlichkeitspauschale ist nun wirklich der absolute Hammer. Zusätzlich zur massiven Abwertung der bisherigen Notfalltarife erfolgt nun die Einführung einer Dringlichkeitspauschale für sogenannte «keine echten» Notfälle ausserhalb der Sprechstundenzeiten!? Wir werden also doppelt bestraft! Was ein Notfall ist, bestimmt nach wie vor nur der Patient. Aus medizinischer Sicht sind allerhöchstens ein Viertel der Konsultationen an

Wochenenden sogenannten echte Notfälle. Ich bin überzeugt, dass bisher an Wochenenden und ausserhalb der Praxiszeiten zu 99% zu den aktuell geltenden Notfalltarifen abgerechnet worden ist. Jedenfalls kenne ich keinen Kollegen, der am Wochenende dazu bereit war, zum normalen Tarif abzurechnen. Selbstverständlich hat dies zu einer Verteuerung der Notfallkonsultationen geführt; und dies ist der einzige Grund für die Einführung des neuen Tarifs! Die Bemerkungen im Editorial von Frau Dr. M.-Ch. Peter-Gattlen kann ich nur als absoluten Zynismus bezeichnen. Bei Aussagen wie: «... Diese (Dringlichkeitspauschale) honoriert aber alle Ärztinnen und Ärzte, die bereit sind, in dringenden Fällen ausserhalb der Sprechstundenzeiten Patienten zu behandeln ...» kommt mir schlicht die Galle hoch. Ich frage mich, wieso ich eigentlich Mitglied einer Vereinigung bin, die in keiner Art und Weise die Interessen von uns Grundversorgern wahrnimmt. Es ist nun definitiv an der Zeit, dass sich die Grundversorger geschlossen derartigen TARMED-Auswüchsen widersetzen. In dieser Art und Weise geht es einfach nicht mehr weiter.

Dr. med. Marco Colombo, Lützelflüh

Replik

Aus den multiplen Stellungnahmen geht hervor, dass viele, Notfälle behandelnde Ärztinnen und Ärzte vor allem in der Deutschen Schweiz sich von der FMH-Delegation in den Verhandlungen nicht vertreten fühlen. Ich möchte aber an die Situation erinnern, wie sie 2004 aussah. Die sehr restriktiv definierten Notfallzuschläge lösten viel Unmut in der Ärzteschaft aus. Der Notfalldienst gleicht häufig einer «Sonntags- oder Abendsprechstunde». Die Notfall-Inkonvenienz-Pauschale kann nur sehr selten verrechnet werden. Viele Krankenkassen telefonierten den Patienten, um zu erfahren, wie lange sie in der Praxis warten mussten, bevor sie vom Arzt behandelt wurden, und verweigerten dann die Bezahlung der Notfallpauschale ... In dieser Zeit riefen viele Grundversorger nach einer Lösung v.a. für den Notfalldienst, und auch die Kostenträger erkannten das Problem und waren bereit, mitzuarbeiten.

Am 3. Juni 2005 fand die erste Sitzung der Arbeitsgruppe der PTK (Paritätische Tarifkommission, TARMED suisse) statt, in der auch die SGAM vertreten war. Ausgangspunkt der Diskussionen war ein vom SGAM-Vertreter eingebrachter Antrag, den die FMH voll unterstützte. Dieser sah vor, eine Dringlichkeitspauschale einzuführen, ausserhalb der regulären Sprechstunde, abends und am Wochenende. Der Antrag konnte dann noch etwas erweitert werden, in dem die aktuelle Formulierung akzeptiert wurde: ausserhalb der regulären Sprechstunde sowie am Abend und am Wochenende. Dies ermöglicht auch eine Verrechnung an freien Tagen (was z.B. bei Teilzeitarbeit sicher willkommen ist) oder über Mittag, wenn sie z.B. die Pause verkürzen und den Patienten vor oder nach der üblichen Praxisöffnungszeit sehen. Ich nehme an, dass es nicht häufig vorkommt, dass Sie sich unverzüglich in die Praxis begeben. Nur in einem solchen Fall ist die Verrechnung der Notfallpauschale korrekt.

Ein weiterer Vorwurf gegen die neue TARMED-Position betrifft die «Abwertung des Notfalldienstes» wegen der Reduktion der Taxpunkt-werte der drei Notfallpauschalen A–C. Diese musste von der FMH-Delegation, nach Rücksprache mit dem SGAM-Vertreter, zähneknirschend akzeptiert werden. Die Alternative war das Scheitern des Antrages, d. h. das Beibehalten der unbefriedigenden Situation. Wir waren der Ansicht, dass es besser war, den Spatz in der Hand zu haben als die Taube auf dem Dach. In

der Gesamtanalyse sind wir der Meinung, dass bei bisher korrekter Abrechnung der Notfallpauschalen eine bessere finanzielle Abgeltung der Notfall- und Dringlichkeitskonsultationen erfolgt. Dies wird uns auch von vielen Grundversorgern bestätigt.

Mehrere Reaktionen fordern eine Dringlichkeitspauschale während der Konsultation, die jedoch, wie oben erwähnt, nicht Teil des Antrages war, weil diese Forderung auch unter vielen standespolitisch aktiven Vertretern der Grundversorger umstritten ist, obwohl der Wunsch verständlich und nachvollziehbar ist. Eine solche Position würde zu einer grossen Mengenausweitung führen, weil sie von allen in der Praxis tätigen Ärztinnen und Ärzten, insbesondere auch von den «Permanences», abgerechnet werden könnte. Obwohl die eigentliche Kostenneutralitätsphase beendet ist, ist eine Kontrolle des Kostenwachstums auch im LeiKoV vereinbart, so dass die Gefahr einer Taxpunkt-wertabsenkung besteht bei Überschreiten der vereinbarten Wachstumsparameter. Die Einführung einer solchen Position verlangt nach einem breiten Konsens innerhalb der FMH und informellen Gesprächen mit den Kostenträgern. Ohne deren Bereitschaft, eine Lösung zu finden, hat ein Antrag an TARMED Suisse keine Chance. Das ist die politische Realität.

Wie bereits in meinem Editorial erwähnt, hat TARMED Suisse vom Bundesrat den Auftrag erhalten, die Auswirkungen dieser neuen Position bezüglich Zielerreichung und Kostenentwicklung bis Ende 2007 zu prüfen und allenfalls Änderungen vorzusehen. Der Tarifiedienst der FMH wird in den nächsten Wochen eine Tabelle zur Verfügung stellen, in der Sie während 1–2 Monaten für sich selbst parallel den Gebrauch der Notfallpauschalen A–C versus neu die Pauschalen A–C und F sehr einfach pro Tag notieren können. In den Verhandlungen werden uns dann die Zahlen von New-Index sehr hilfreich sein.

Das Ziel der Dringlichkeitspauschale war und ist die Aufwertung der Leistung der Ärztinnen und Ärzte, die Notfälle behandeln. Sollte dieses Ziel mit der aktuellen Dringlichkeitspauschale nicht erreicht werden, so werden wir mit Vertretern der betroffenen Fachgesellschaften die nötigen Massnahmen zur Verbesserung in die Wege leiten.

*Dr. med. M.-Christine Peter-Gattlen
Mitglied des Zentralvorstandes der FMH*