

# «Expresskonsultation», ade

Markus Gnädinger

Webmaster «Forum für  
Hausarztmedizin»,  
www.forum-hausarztmedizin.ch,  
admin@forum-hausarztmedizin.ch

Im Bericht «Massnahmen zur Förderung der ambulanten ärztlichen Grundversorgung» [1] legen Daniela Schibli und Cornelia Oertle Bürki seitens der schweizerischen Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektoren\* (GDK) dar, welche Massnahmen die GDK insbesondere für den Notfalldienst und die grundversorger-spezifische Weiterbildung als vordringlich erachtet. In der gleichen Woche erschien ein Editorial des Präsidenten der Schweizerischen Gesellschaft für Allgemeinmedizin (SGAM) [2], in dem H. U. Späth (HUS) die Probleme bei der Einführung der sogenannten «Dringlichkeitspauschale» im TARMED erörtert. Zeit also, dass wir innehalten und uns überlegen, wohin unser Weg denn führen soll.

## Unbezahlte Rechnungen aus dem Notfalldienst

Im GDK-Bericht wird unter anderem das Problem nicht bezahlter Rechnungen aus dem Notfalldienst erwähnt. Sie erinnern sich: Wir haben eine Behandlungspflicht; die Betreuung für unbezahlte Rechnungen mit geringfügigen Beträgen ist aber nicht rentabel, was von unserer Kundschaft teilweise schamlos ausgenutzt wird. Der Bericht schlägt vor, die Ausstände je hälftig zwischen Kanton und kantonalen Ärztesellschaften aufzuteilen. Sofern die Finanzierung seitens der Ärztesellschaften über Dienstpflichtersatzabgaben erfolgt, einverstanden. Wenn dies aber über den ordentlichen Mitgliederbetrag geschehen sollte und ich mich so selbst subventionieren müsste, könnte ich meine unbezahlten Rechnungen ja gleich in den Ofen stecken!

## «Expresskonsultation»

Im Kanton St. Gallen kannten wir früher eine Expresskonsultation. Die normale (bis viertelstündige) Konsultation wurde mit 12 Taxpunkten (oder Fr. 17.40) entschädigt, die Expresskonsultation erhielt einen Zuschlag von 8 Punkten (Fr. 11.60). Ob jemand über die Stränge schlug, entschied die santésuisse-Statistik; in der Regel sollte die Position nicht häufiger als ein- oder zweimal pro Tag verrechnet werden.

Dringlich eingeschobene Konsultationen oder Besuche verursachen Umtriebe, erzeugen Wartezeiten, geben zu Behandlungsfehlern Anlass und machen ganz einfach Stress. Dies wurde damals entschädigt und sollte auch in Zukunft wieder eine finanzielle Anerkennung wert sein.

## «Consultation expresse»: adieu

L'introduction à temps, le 1<sup>er</sup> janvier 2007, du «paquet» de la révision TARMED, avec les nouveaux «forfaits pour les visites pressantes» et la suppression des «cinq dernières minutes» semble compromise. Par ailleurs, la nouvelle taxe d'urgence ainsi instaurée selon la volonté de l'OFSP ne permet de compter les urgences qu'en dehors de la consultation, donc sans reprise de l'ancienne «consultation expresse». La révision prévue pourrait provoquer des pertes de revenus dans les cabinets médicaux ruraux. Après le 1<sup>er</sup> avril, le peuple et les médias nous soutiennent: osons donc de nouvelles négociations, au lieu de donner le feu vert à ce travail inachevé!

Nun ist dem (etwas sibyllinischen) Editorial von HUS zu entnehmen, dass Pascal Couchepin das TARMED-Revisionspaket aus Kostenneutralitätsbedenken dem Bundesrat noch nicht zur Absegnung vorgelegt habe und dass die Neuauflage der Expresskonsultation nicht für eilige Arzt-Patienten-Kontakte, sondern lediglich zur Abdeckung von Tariflücken ausserhalb der Sprechstunde gedacht sei.

## Letzte fünf Minuten

Die sogenannten «letzten fünf Minuten» sollen mit der geplanten Revision aus dem Tarif gestrichen werden. Zur Erinnerung: Die letzten fünf Minuten einer Konsultation, eines Besuches oder eines Telefonats (nicht jedoch der «Arbeit ohne Patient»/Aktenstudium) werden im Vergleich zu den ersten (oder weiteren) fünf Minuten nur hälftig entschädigt, mit dem Argument, die letzten fünf Minuten seien «angebraucht» und würden im Schnitt lediglich 2,5 Minuten dauern. Das hat sicher etwas für sich, es fragt sich jedoch, aus welchem Grund die letzten fünf Minuten dann voll in die Zeitberechnung eingehen, so dass Leute mit vielen 10-Minuten-Konsultationen in der ärztlichen Leistung als statistische «Zeitweltmeister» dastehen, obwohl sie nach einem ausgewiesenen 16-Stunden-Tag le-

\* Im Text sei stets mit der männlichen die weibliche Form mitgemeint.

Korrespondenz:  
Dr. med. Markus Gnädinger  
Facharzt für Innere Medizin FMH  
Birkenweg 8  
CH-9323 Steinach  
markus.gnaedinger@hin.ch

diglich für 12 Stunden kassiert haben. Schon heute kann man das Verrechnungsproblem damit umgehen, nur die ersten fünf Minuten anzukreuzen und den Rest mit Spezialpositionen wie «kleiner Status», «Spezialberatung», «Instruktion» oder «Vorbesprechung» aufzufüllen. Wo keine letzten fünf Minuten sind, gibt es auch keinen Abzug! Dies haben offenbar auch die Versicherer eingesehen und der Abschaffung dieses Undings zugestimmt.

### Wer bezahlt die Übung?

Wie schon oben erwähnt, ist es noch lange nicht sicher, ob die ganze Revision überhaupt zustande kommt, und wenn, ob sie wie versprochen am 1. Januar 2007 in Kraft treten wird. Die Zeit bis dahin ist für die softwaremässige Umsetzung ohnehin mehr als knapp bemessen. Falls das Paket doch noch kommen sollte, fragt sich, wer dafür finanziell geradestehen muss.

Aus einer Mitteilung von HUS weiss ich, dass man eine Kürzung der Notfallinkonvenienzen A bis C von 17 bis 33% in Kauf nahm, um das Revisionspaket zu schnüren. Damit sollten die neue Dringlichkeitspauschale und der Wegfall der «letzten fünf Minuten» finanziert werden.

Wenn wir schauen, wer bisher die meisten Notfallinkonvenienzen verrechnet hat, so sind dies logischerweise jene Kollegen, die am häufigsten Notfalldienst leisten. Und wenn wir uns überlegen, wer die stärkste zeitliche Belastung durch den Notfalldienst erfährt, so sind dies die Landärzte. Diese bezahlen die Zeche bei der Einführung der Dringlichkeitspauschale!\*\*

Die Notfälle A bis C dürfen weiterhin verrechnet werden. Allerdings bleibt es bei der Definition: «Der Arzt befasst sich sofort, verzugslos mit dem Patienten bzw. sucht ihn auf.» Das heisst, dass wir auch in Zukunft nicht superdringliche Konsultationen abends, nachts, sonn- und feiertags zum Normaltarif leisten müssen, sofern wir die neue Dringlichkeitspauschale nicht für diesen Zweck «missbrauchen». Wir führen im Moment in den Dienstkreisen Arbon und Romanshorn eine Erhebung zur Belastung durch den Notfalldienst durch, um die Auswirkungen einer geplanten Fusion der beiden Kreise per 1. Januar 2007 zu untersuchen. Als «Nebenprodukt» der Studie haben wir während bisher 42 Notfalldiensten untersucht, wie häufig die Pauschalen A bis C verrechnet worden sind. Die Zahlen lauten pro Dienstepisode: A 1,9, B 2,6 und C 1,0. Dies ergibt – nach der geplanten Tarifenkung – in unseren Dienstkreisen im Schnitt eine Rückstufung um 153 Taxpunkte pro Notfalldienst! An Sonn- und Feiertagen wurde B in 83% aller Arzt-Patienten-Kontakte (oder 8,2mal) und

während aller Nächte C in 76% verrechnet, allerdings mit grossen individuellen Unterschieden.

### Wer profitiert?

Wem nützt die neue Pauschale? Falls es, wie BR Couchepin offenbar ausgeheckt hat, nur um eine Abdeckung von Tariflücken geht, profitieren jene, die am häufigsten ausserhalb der Sprechstunde Notfälle versorgen, also wiederum die Landärzte – ein Nullsummenspiel also. Sollte die Expresskonsultation während der Sprechstunde, wie sie unserer Verhandlungsdelegation offenbar vorgeschwebt hat, doch noch kommen, sähe es anders aus: Mir ist die genaue Definition zwar nicht bekannt, ich nehme aber an, sie würde lauten: «innert einer Stunde» oder «am gleichen Tag». Nun ist aber die Anzahl der dringlichen Konsultationen tagsüber einerseits von der Anzahl der hausärztlich betreuten Patienten und andererseits von deren Anspruchshaltung abhängig. Erstere wird im städtischen Gebiet und auf dem Land ungefähr gleich sein, letztere in der Stadt eher höher. Zudem könnten in Zukunft auch Spezialisten mit der neuen Regelung dringliche Konsultationen geltend machen. Es gäbe in diesem Falle also eine Umverteilung der Notfallentschädigungen vom Land in die Stadt und vom Allgemeinarzt zum Spezialisten. Der Landarzt würde so zum «Landarsch», wie ein zugegebenermassen nicht mehr ganz nüchterner Patient einem Brienzer Kollegen gegenüber genuschelt hat. Das ist doch genau das, was wir brauchen, nicht wahr?

### Lehrblätzer Kommunikation

Während unsere Chefs – einem Mantra gleich – immer wieder beteuerten, die neue Pauschale werde eingeführt und es sei nur noch «eine reine Formsache», bis der Bundesrat die Sache abgeknickt habe, musste sich das «Fussvolk» mit Unwissen und «Glauben» begnügen. Weder war dem durchschnittlichen Hausarzt klar, dass geschweige denn was da verhandelt wurde. Man kannte weder die Personen der Verhandlungsdelegation noch ihr Verhandlungsmandat. Die Sache machte den Eindruck einer Geheimdiplomatie. Kein Wunder, dass manch einer den Eindruck bekam, «die da oben machen eh, was sie wollen!», während weitere die Faust im Sack machten und die grosse Masse zwischen Fatalismus und Unwissen flottierte.

Man kann sich zwar vorstellen, dass es einfacher ist, Verhandlungen zu führen, wenn nicht jeder Schwenk in den Medien vorgeführt und verrissen wird. Und dass das gegenseitige Geben und Nehmen (bis es weh tut) leichterfällt. Aber

\*\* Wenn Sie Landarzt sind und mit einem Trustcenter zusammenarbeiten, können Sie dies uns schwer selbst nachprüfen: Sie öffnen den Praxisspiegel, dann das Register «ärztliche Leistung». Sie wählen: «Anzahl Tarif Positionen (TP)», «2005», «ganzes Jahr», «Gesetz alle» und «Ansicht absolut». Für das Referenzkollektiv legen Sie fest: «CH», «alle Praxisstandorte», «Mediabgabe total» und «Grundversorger». Dann klicken Sie auf «00.08 Notfallzuschläge» und wählen «Drill down». Nun klicken Sie auf irgendeinen blauen Balken und wählen «Tabelle». Sie notieren die Zahlen des Referenzkollektivs für den Notfall A, B und C (dies sollte die Werte 70, 36 und 8 ergeben, wenn Sie es richtig gemacht haben). Nun ersetzen Sie «alle Praxisstandorte» durch «Landgemeinden» und notieren sich wieder die Werte. Das Verhältnis für alle Notfälle A bis C insgesamt sollte ungefähr aussehen wie folgt (Referenz 100% = ganze Schweiz): Stadt 83%; Agglomeration 100%; Land 147%. Bitte beachten Sie, dass die Trustcenterdaten auch Kollegen einschliessen, die keinen Dienst mehr machen, und solche, die nur eine eingeschränkte Praxistätigkeit ausüben, so dass Ihre eigenen Werte wesentlich über den Referenzwerten liegen können.

etwas mehr Transparenz wäre der Sache doch dienlich.

### Wie weiter?

Die neue Dringlichkeitspauschale («Modell BAG») hat offenbar nur einen Sinn: die Abdeckung tariflicher Lücken, die durch eine unbrauchbare Definition der Notfälle B und C aufgetan werden. Man kann darüber streiten, ob die bisherigen Ansätze für diese Inkonvenienzentschädigungen zu hoch sind (B: 120 Taxpunkte, AL plus 25%; C: 180 Taxpunkte, AL plus 50%). Immerhin wurden uns diese Entschädigungen, als wir über den TARMED abgestimmt haben, als Frankenbeträge in Aussicht gestellt und sind nun mit Taxpunktswert und Teuerung schon um einiges gesunken. Persönlich bin ich auch der Meinung, dass 120 Taxpunkte und +25% in der ärztlichen Leistung für eine Minisprechstunde am Sonntag-nachmittag etwas hochgegriffen sind – aber vor einer Einigung über die Absenkung der Taxpunktzahl von C und vor allem B muss meiner Meinung nach die Bereinigung der unsinnigen Notfalldefinitionen stehen.\*\*\*

Schliesslich noch ein Fragezeichen, das ich setzen möchte: Bisher wurde in allen Verhandlungen die «heilige Kuh» der Kostenneutralität angeboten. Wenn man jemandem etwas gab, musste man ihm dafür auch gleich wieder etwas wegnehmen. Jedermann ist wohl der Meinung, der Notfalldienst in seiner heutigen Form sei unattraktiv. Englischen Kollegen war vom Staat eine ordentliche Entschädigung für den Betrieb eines funktionierenden hausärztlichen Notfalldienstes angeboten worden. Die Antwort war ein naserümpfendes «No thanks» und die Folge der Aufbau eines viel teureren staatlichen Systems! Wenn wir den Notfalldienst und damit auch die Arbeit des Hausarztes (wieder) attraktiv machen wollen, müssen wir die Rahmenbedingungen organisatorischer und finanzieller Art so verändern, dass die Leute diese Arbeit gerne verrichten – denn abgesehen vom Stress ist das ja auch ein sehr spannender Aspekt unseres Berufes. Aber – Gegenargumente in Ehren – eine notfalldienstliche Versorgung durch gut ausgebildete, wohl ausgerüstete und motivierte Hausärzte hat einfach ihren Preis. Die Notbremse für zu hohe Kosten liegt dann ja im LeiKoV-Korridor; und einen oder zwei Taxpunkte sollte uns ein funktionierender und gerecht entschädigter Notfalldienst halt schon wert sein.

Es hat doch keinen Sinn, wenn wir wie kleine Kinder in der weihnächtlichen Stube hocken und uns gespannt fragen, was wohl der Inhalt des Päcklis sein könnte, das der liebe Tonton Pascal unter dem festlich geschmückten Baum hervorzieht und uns überreicht! Geben wir selbst den Ton und die Marschrichtung an!

Meine Forderung an unsere Oberen: Verlangen Sie ein Junktim zwischen dem eingereichten Paket (mit der Dringlichkeitspauschale) und der ersatzlosen Streichung der Unverzüglichkeitsklausel für die Notfälle B und C. Sogar eingefleischte «Kässeler» geben unumwunden zu, dass die Definition dieser Notfälle, die damals mit dem TARMED eingeführt wurde, schwachsinnig ist. Die Tatsache, dass unser Widerpart nicht mit der Streichung einverstanden war und ist, beruht rein darauf, dass die Regelung uns Ärzten gegenüber als Druckmittel verwendet werden sollte, und war nie sachlich begründet.

In einem zweiten Schritt könnte eine hausarztspezifische Verbesserung der Tarifstruktur, wie von HUS in seinem Editorial angedeutet, angestrebt werden – eine bessere Honorierung der integrativen und iterativen Langzeitbetreuung der Bevölkerung.

Als das nun beim Bundesrat liegende Paket geschnürt worden war, lag der «erste April» noch in der Zukunft. Nun haben wir mit der Petition das Volk im Rücken und die Medien auf unserer Seite. BR Couchepin ist dem Druck der GDK ausgesetzt, «endlich etwas unternehmen zu müssen». Die Krankenkassen haben Angst, dass wir statt Stimmfreigabe – dank unseren guten Erfahrungen mit der SUVA – Zustimmung zur Einheitskasse beschliessen könnten. Und schliesslich haben wir noch immer das Druckmittel eines «Bummelstreikes», während dessen die Notfallärzte alle Patienten «im Zweifelsfall» für genauere Abklärungen ins Spital schicken könnten. Nutzen wir die Gunst der Stunde!

### Literatur

- 1 Schibli D, Oertle Bürki C. Notfalldienst und Finanzierung der spezifischen Weiterbildung (Praxisassistenten). Schweiz Ärztezeitung 2006; 87(45):1938-9.
- 2 Späth HU. Dringlichkeit ...? PrimaryCare 2006; 6(45):822.

\*\*\* Eine sinnvolle Lösung könnte so aussehen (bitte behaften Sie mich nicht auf die Zahlen, es geht um das System an sich, nicht um die Werte im einzelnen):

- A, 40 TP, AL + 0%, dringlicher Kontakt während der Sprechstunde

Definition: Muss innerhalb 1 Stunde stattfinden.

- B, 80 TP, AL + 50%, Kontakt ausserhalb der Sprechstunde

Definition: Der Kontakt kann nicht in die nächste reguläre Sprechstundenzeit verschoben werden.

- C, 160 TP, AL + 100%, Kontakt während der Nachtstunden

Definition: Wie B und 22 bis 7 Uhr.

Quelle: Forum für Hausarztmedizin, [www.forum-hausarztmedizin.ch/bb/viewtopic.php?t=373&start=5](http://www.forum-hausarztmedizin.ch/bb/viewtopic.php?t=373&start=5).