



Gedanken zum ärztlichen Notfalldienst – eine Zeitbombe?

Anlässlich der Neuauflage des Notfalldienstreglements des Kantons Thurgau, die sich aktuell in der Vernehmlassung befindet, möchte ich einige Gedanken zum Wesen des ärztlichen Notfalldienstes allgemein und der diesbezüglich meines Erachtens bald notwendigen Neustrukturierung auf politischer Ebene aufzeigen.

Angesichts der zunehmenden *Demontage unseres Berufsstandes* (ich meine hier insbesondere uns Grundversorger) mit *steigenden Auflagen/Pflichten* und *real nachweislich stetig sinkendem Einkommen* (auch das muss thematisiert werden!) sowie angesichts der Art und Weise, wie wir mit dem TARMED in bezug auf die Verrechnungsmodalität der Notfallpositionen «gelinkt» wurden [1], ist es Zeit, Klartext zu reden.

Bisher haben die praktizierenden Ärzte klaglos, folgsam und zuverlässig den ihnen auferlegten Notfalldienst inklusive der dazugehörigen nicht geringen Aufwendungen, wie Dienstorganisation/-einteilung, Zusatzkosten für die Bereitschaft der MPA usw. geleistet. Diese emotional und teilweise auch körperlich (Schlafentzug!) belastende Arbeit wurde und wird selbstverständlich in Feierabend- bzw. Feiertags- und Nachtarbeit gratis und franko erledigt (die wenigen Einnahmen durch geleistete Einsätze decken die Aufwendungen in keiner Weise → [2]), mit der dazugehörigen deutlichen Verminderung der Lebensqualität, auch der Ehefrau und der ganzen Familie.

Warum ist das so?

Weil dem praktizierenden Arzt mit Entzug (oder Nichterteilung) der Praxisbewilligung (also Berufsverbot) gedroht wird, falls er nicht gewillt ist, zu spüren.

Damit nicht genug – dem Arzt wird im Notfalldienstreglement u. a. genau vorgeschrieben, welche Ausrüstung er anzuschaffen hat, um den ihm auferlegten Dienst würdig zu erfüllen. Dazu gehören neuerdings auch relativ kostspielige Geräte wie Defibrillator oder mobiles EKG.

Der Staat verpflichtet uns also zu einer anspruchsvollen Aufgabe (→ *Leistungsauftrag*). Es handelt sich dabei um eine *einseitige gesetzliche Verpflichtung* der praktizierenden Ärzte, ohne dass der verpflichtende Staat irgendeine Gegenleistung dafür vorsieht.

Dies im Gegensatz zu anderen Einrichtungen des Gesundheitswesens (insbesondere öffentliche Spitäler und Spitalambulatorien), wo für die Inkonvenienzen wie Nacht- und Sonntagsarbeit

ganz selbstverständlich Zusatzentschädigungen für das Personal ausgerichtet werden.

Immer wieder hört man gebetsmühlenartig das Argument, dass ein gut funktionierender Notfalldienst das «Aushängeschild» oder die «Visitenkarte» der Ärzteschaft sei und dass die Arbeit im Notfalldienst in besonderem Masse befriedigend und erfüllend sei, v. a. aufgrund der Dankbarkeit der Patienten...

Da kann ich, und da werden mir die notfalldienstgebeutelten Kollegen zweifellos zustimmen, nur lachen. Man lese nur die Beiträge zum Thema Notfalldienst in der SÄZ vom letzten Jahr. Wir alle wissen, dass der *Notfalldienst* grossenteils als erweiterte Praxisöffnungszeiten *missbraucht* wird; da werden ganz selbstverständlich Banalitäten spätabends (nach dem Ausgang) oder mitten in der Nacht präsentiert, und dabei wird vielfach im vorangehenden Telefongespräch gelogen, dass sich die Balken biegen. Die Konsultation muss dann sofort oder schon gestern erfolgen («Subito-Mentalität»), und wehe, man erklärt dem «Kunden» geduldig, dass die Angelegenheit ruhig bis morgen warten könne, da medizinisch kein Notfall vorliege, da wird dann schnell mit Einschalten der Presse gedroht (besonders beliebt ist «Der Beobachter» oder der «Kassensturz»).

Ausserdem habe ich in den letzten über 14 Jahren Praxistätigkeit erfahren, dass es gerade diese häufigen und nicht «dringenden Notfälle» sind, die ihre Rechnung nicht bezahlen wollen (der Inkassoanteil ist durchschnittlich bei Notfallpatienten bedeutend höher als beim eigenen Patientenstamm). Wirkliche (!) Notfälle sind relativ selten und werden selbstverständlich sofort adäquat versorgt oder an die geeignete Institution weitergewiesen.

In Berücksichtigung der genannten Tatsachen sowie des *sich abzeichnenden zukünftigen Mangels an notfalldienstleistenden Grundversorgern* folgert meines Erachtens daraus, dass die gesamte *Notfalldienstorganisation überdacht und evtl. neu strukturiert werden muss*.

Insbesondere haben, wie andernorts erwähnt [3], die Kantone ihren bisher einseitigen Leistungsauftrag durch klare *Leistungsvereinbarungen* (mit angemessenen Entschädigungen) zu ersetzen.

Andernfalls wird sich in einigen Jahren die Situation dramatisch zuspitzen und auch die Drohung mit der Nichterteilung bzw. mit dem Entzug der Praxisbewilligung wird nichts mehr fruchten, weil dann die Nachfrage nach solchen Bewilligungen (insbesondere von Grundversorgern) kaum noch vorhanden sein wird; diese Tendenz dürfte dem aufmerksamen Beobachter seit einiger Zeit auffallen [4–8].

Dr. med. M. Grüniger, Sirmach

- 1 Mannhart K. Wie TARMED den medizinischen Notfall abschaffte, die Wirtschaftlichkeit von Arztpraxen zu Notfällen macht und schliesslich Ruhe ins Gesundheitswesen bringt. Schweiz Ärztezeitung 2004;85(12):605-6.
- 2 Gross R. Notfall TARMED. SAZ 2004; 85(17):871.
- 3 Horn B. Bei Notfall zuerst den Hausarzt anrufen. SAZ 2004;85(24):1249.
- 4 Marty F. Praxisbarometer 1. Quartal 2004. PrimaryCare 2004;4(19):392.
- 5 Müller M. Randregionen. Primary-Care 2003;3(44):879-80.
- 6 Müller M. Lernfähigkeit oder Elfenbeinturm? PrimaryCare 2004; 4(5):54-5.
- 7 Naegeli R. Hausärztemangel? – Parlamentarische Interpellationen! PrimaryCare 2004;4(33-34):640.
- 8 Rindlisbacher B. Auch der Schweiz gehen die Hausärzte aus! Primary-Care 2004;4(3-4):28.



Epicierie ou comptes d'apothicaire à propos de la limitation du nombre de positions 00.0020

TARMED nous impose une limitation dans le nombre de positions 00.0020 à deux par consultation, ce qui fait que la consultation «de base» est limitée à 20 minutes et qu'il faut ensuite justifier le temps supplémentaire en ajoutant des positions idoines, limitées elles aussi.

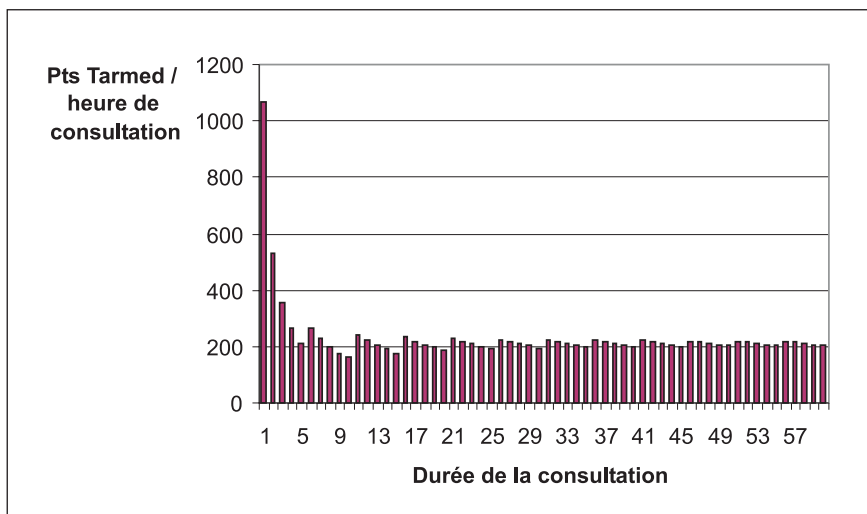
La justification de cette limitation peut être lue dans les FAQ du site www.tarmed.ch: il s'agit d'éviter une explosion des coûts par la multiplication de prestations qu'entraînerait l'absence d'une telle limite.

A première vue, ça joue: la différence de coût résulte du nombre de positions «demi-tarif» 00.0030 facturées entre des consultations courtes et longues. Par exemple, en une heure deux positions 00.0030 par consultation de 30 minutes contre trois par consultation de 20 minutes, une économie en faveur des consultations de 20 minutes d'environ Fr. 8.- de l'heure...

Vérifions: sortons nos calculettes et voyons ce que vont facturer trois médecins fictifs que nous appellerons Albert, Brigitte, et Christophe, lors d'une matinée de travail de 4 heures.

Pour simplifier, posons que les positions 00.0010 et 00.0020 valent une prestation, et que la position 00.0030 vaut une demi prestation. La consultation de 10 minutes vaut donc 1,5 prestation, de 15 minutes 2,5 prestations, de 20 minutes 3,5 prestations, et ainsi de suite. Pour transformer ces prestations en points TARMED, il suffit de multiplier les prestations par 17,76 points/prestation.

1 Car le poids de la demi prestation s'annule.



Le Dr Albert incarne le médecin idéal selon les assureurs. Il fait des consultations de 20 minutes pétantes, de 8h00 à 12h00, d'une valeur de 3,5 prestations chacune. Il fera donc 12 consultations et facturera 42 prestations.

Brigitte aime prendre son temps avec ses patients, qui viennent aussi pour cela. De 8h à 12h, elle fait 8 consultations de 30 minutes à 5,5 prestations, soit 44 prestations. Brigitte fait exploser les coûts de 2 prestations par 4 heures, la vilaine. Jusqu'ici, rien de nouveau.

Christophe est un chef d'entreprise responsable, qui rentabilise au mieux son cabinet et travaille à flux tendu. Il fait défiler ses patients toutes les 11 minutes. Il doit donc multiplier les positions 00.0030 et recevoir les félicitations du jury? Pas tout à fait: 21 consultations à 2,5 prestations jusqu'à 11h51 font 52,5 prestations. Soit il va manger avec neuf minutes d'avance, soit il se fait une petite dernière pour la route, facture 55 prestations et s'arrête à 12h02. Au surplus, il peut faire valoir qu'il respecte pleinement la doxa du TARMED et discrètement engranger (ou, selon les points du vue, coûter) plus qu'Albert et Brigitte.

Fatigué, Christophe ne tient plus ce rythme d'enfer et, avant le burn-out, décide de travailler moins vite. Il fait donc des consultations de 16 minutes, rentabilité oblige. Il peut finir à midi pile et aura fait 15 consultations à 3,5 prestations, soit 52,5 prestations. Certes, c'est un peu moins, mais il reste loin devant Albert et Brigitte. Bien sûr, nous ne travaillons ni comme Albert, Brigitte ou Christophe. Ce qu'il faut retenir, c'est qu'en faisant simplement varier le temps de consultation dans la limite des 20 minutes on peut gagner ou, encore une fois, coûter jusqu'à 25% plus cher que des consultations de 30 minutes.

Pas convaincu par la calculette? Un quart d'heure sur un tableur vous donnera la courbe figurant à la dernière page du document.

Regardez-la, cette courbe oscillante et amortie qui, avec sa petite allure poétique de fractale, détermine nos gains horaires. Elle montre que la consultation la plus rentable est celle d'une minute (1066 points TARMED de l'heure, que dire des consultations d'une seconde!), la moins rentable celle de 10 minutes à 160 points de l'heure, ce qui s'explique aisément par le poids relatif de la prestation à demi-tarif. Puis, à mesure que les consultations s'allongent, les oscillations s'estompent. A l'infini, cela tend vers 213,12 points [1] de l'heure. Imaginez un médecin qui ne verrait qu'un seul patient pendant 25 ans en une très longue consultation. S'il s'arrête à 25 ans 1 minute plutôt qu'à 25 ans pile,

il gagne quelques 12 milli-centièmes de point supplémentaires de l'heure [2] tu parles d'une explosion des coûts!

Je trouve le résultat aussi stupéfiant qu'énervant: cette histoire de cherté des consultations longues n'est qu'une pure fumisterie; je suis sidéré de voir que personne n'ait pris la peine de faire cette vérification pourtant simple avant d'imposer avec suffisance cette limite des 20 minutes. Et nous autres, en braves types pour rester poli, de faire cette petite gymnastique quotidienne et humiliante, à savoir comment facturer ces minutes de trop, quand les quelques positions 00.0510 et similaires ont déjà toutes été utilisées. Et vaguement coupables en plus: que faire si l'assurance refuse ou demande, outrée, des explications? Et tout ça pour une idée fausse!

Alors, Messieurs du TARMED, cassez au plus vite cette limitation absurde et inique. Comme par le passé, laissez-nous définir librement la durée de nos consultations en fonction de nos pratiques, des besoins et des attentes de nos patients.

Dr méd. Philippe Geissbühler, Delémont



Chancen und Risiken von Biobanken

Mit Genugtuung habe ich gelesen, dass das wissenschaftliche Potential der Biobanken für die Beurteilung nach ethischen Gesichtspunkten eine zentrale Bedeutung hat [1]. Nur deshalb kann ich es wagen, an einige der aufgeführten Forderungen sachte anzuklopfen, in der Hoffnung, dazu beitragen zu können, dass dieses Potential auch realisiert werden kann.

Die ersten Bedenken stellen sich mir nämlich schon bei der Abgrenzung von Biobanken: Fallen darunter auch Präparatsammlungen und Rückhaltungsmuster, die in Routinelabors, pathologischen Instituten usw. über verschiedene Zeiträume gehortet und wissenschaftlich genutzt werden? Da ich keinen prinzipiellen Unterschied sehe, scheint es mir angebracht, den verurteilten «presumed consent» für solche Proben und die dazu gelieferten Daten zu akzeptieren, um nicht die Routinediagnostik und die wissenschaftliche Arbeit mit schikanösen Fussangeln zu erschweren. Es scheint mir ethisch vertretbar, den ursprünglichen diagnostischen Auftrag so weit zu fassen, da er ja an eine Institution gerichtet ist, von der wir alle – Ärzte und Patienten – ein wissenschaftliches Vorgehen erwarten und davon profitieren. Eine gesetzliche Verpflichtung zur anonymen Handhabung in

weiterer wissenschaftlicher Aufarbeitung genügt vollauf und bietet Rahmenbedingungen zur Aufrechterhaltung der wissenschaftlichen Kompetenz unter den bisherigen Arbeitsbedingungen, an denen meines Wissens noch niemand Anstoss genommen hat.

Eine ähnliche Reserve habe ich gegenüber einem ethisch begründeten Rücktrittsrecht, das in jeder grossen Biobank potentiell zu einem unverhältnismässigen administrativen Aufwand zu werden droht. In einer klinischen Studie ist ein Rücktrittsrecht gefordert durch das weiterbestehende persönliche Risiko und die Bürde der Kooperation. Exposition zu experimentellen Medikamenten und Therapieschemas, die Verpflichtung zu regelmässigen Kontrollen sollen kündbar sein. Aber gilt dies auch für Informationen in einer Datenbank? Worin besteht das Risiko, wenn aus meiner tiefgefrorenen Serumprobe 10 µl entnommen werden? Wenn ich einem Journalisten ein Interview gebe, habe ich auch kein Rücktrittsrecht, obwohl dessen Aufarbeitung mir als Individuum ungleich mehr Schadenfolgen bewirken kann. Auch hier würde ich aus pragmatischer Sichtweise zu einer Modifikation dieses Erfordernisses raten.

Ein ähnlicher Fallstrick wird sich in der Praxis mit dem Informationsrecht auftun. Wissenschaftlicher Fortschritt zeichnet sich dadurch aus, dass er nicht wie das Umblättern einer Buchseite plötzlich auftaucht, sondern einen langen Weg über Hypothese, Experiment, Konklusion und Publikation bis zur endgültigen Akzeptanz zu nehmen hat. Mir graut vor einem Informationszwang, der von enthusiastischen Jungforschern direkt zu den betroffenen Patienten zurückführt: Missverständnisse, voreilige Verunsicherung und möglicherweise Rekrutierung eines Patientenpools sind damit vorprogrammiert. Doktor Knock lässt grüssen. Mir ist da eine saubere, irreversible Anonymisierung lieber und ein berechtigtes Patienteninteresse lässt sich mit einer Zweituntersuchung mit klarem, diagnostischem Auftrag im gewohnten therapeutischen Umfeld besser wahrnehmen.

Prinzipiell besteht das persönliche Risiko bei Einschluss in eine Biobank nicht im Missbrauch meiner Gewebeprobe, sondern vorwiegend in der Möglichkeit, Verknüpfungen zu weiteren persönlichen Daten zu knüpfen. Dies sollte im Zentrum eines «informed consent» stehen, und es ist eine besondere Herausforderung, eine derartige Einwilligungserklärung verständlich und einfühlbar für das allgemeine Publikum zu formulieren, ohne unangebrachte Bedenken zu schüren. Das heisse Eisen wird dabei die Krankengeschichte sein, die in jeder Informations-

2 25 ans, 8 heures par jour, 230 jours travaillés par an, soit une différence de 0,000115286 point TARMED de l'heure. C'est encore trop?

1 Bachmann A, Probst-Hensch NM. Chancen und Risiken von Biobanken. Schweiz Ärztzeitung 2004;85(37):1987-9.

sammlung über Patienten eine zentrale Rolle spielt, offen im Umfang, gespickt mit persönlichen Daten und identifizierenden Informationen, basierend auf einem stillschweigenden Vertrauensverhältnis und dennoch ein unabdingbares Arbeitsinstrument für jede explorative klinische und epidemiologische Forschung.

Es scheint mir darum gerechtfertigt, eine Einwilligungserklärung operativ zu formulieren, wie weit die Datenverknüpfung gehen darf, und nicht betreffend des Inhalts der Forschung. Zum einen zeichnen sich Biobanken dadurch aus, dass sie jeder zukünftigen Fragestellung dienen sollten. Zum andern sollte Wissenschaft primär nach ihrer Methodik, ihrem Innovationsgrad und ihrer Originalität beurteilt werden, was vor

dem Vorliegen eines detaillierten Proposals nie möglich ist und für das darnach bessere Mechanismen bestehen als Zugangsbeschränkungen zu individuellen Proben der Biobank. Ethisch fragwürdige Forschung demaskiert sich kaum je durch das Thema, sondern in der Durchführung, der Interpretation und der Kommunikation.

Damit das wissenschaftliche Potential von Biobanken nicht ein Lippenbekenntnis bleibt, sollten diese ethischen Forderungen breit diskutiert werden, geleitet von Pragmatismus und Verhältnismässigkeit und ohne Absolutheitsanspruch bei allen Beteiligten. Die Überlegungen von A. Bachmann sind dazu ein willkommener Anstoss.

Dr. med. Jürg Schädelin, Basel