

Notfälle direkt ins Spital? Ein wichtiger Mechanismus der Kostenlawine

Ist der Notfalldienst durch Grundversorger in Zukunft noch gewährleistet? Geht es auch ohne Hausärztinnen und Hausärzte*?

G. Hoby und die Notfalldienstgruppe Rheineck-Thal-Walzenhausen

Die Tendenz, dass immer mehr Notfälle direkt im Spital behandelt werden, ist offensichtlich und scheint von Krankenkassen und Politik unterstützt zu werden, z.B. durch grosszügige Förderung von Tel. 144 und auf der anderen Seite Verweigerung eines Dringlichkeitszuschlags im TARMED. Tatsache ist, dass der Notfalldienst für Grundversorger z.Zt. nicht gerecht entschädigt wird und um so unattraktiver ist, je näher das nächste Spital liegt.

Was sind die Kriterien?

- *Qualität*: Zweifellos ist in schwereren Fällen der rasche Beizug von Spezialisten wichtig. Aber können die Ärzte im Spital immer alles besser, und kommt überhaupt der richtige? Beides ist oft nicht der Fall. Der Arzt, der den Patienten kennt und ganzheitlich beurteilt, kann auch im Notfall grundsätzlich effizienter arbeiten.
- *Kosten*: sind unzweifelhaft und massiv teurer auf der Notfallstation als in der Praxis, typische Beispiele in «Primary Care» [1, 2]. Die vorhandenen technischen Möglichkeiten werden oft mit fadenscheinigen Argumenten ausgeschöpft. Ohne Hausarzt müssen auch mehr Patienten stationär aufgenommen werden.
- *Zugänglichkeit*: war bisher für die verwöhnten Schweizer inkl. Einwanderer eine Selbstverständlichkeit. Zukunft?

Was sind die Gründe?

1. Die *Spitäler* sind begrifflicherweise an Notfällen interessiert. Wenn ständig etwas läuft, rentiert's. Auf Notfälle warten rentiert nicht.
2. Die *Krankenkassen* nehmen an, dass es im Spital für sie billiger kommt, solange die Spitäler von den Kantonen mitfinanziert werden.

3. Die *nationalen* Politiker scheinen wie die Krankenkassen zu denken; sie haben dort ja auch unzählige Verwaltungsratsmandate. Konsequenz: siehe 2.
4. Die *Kantone* pflegen ihre Pflänzchen, die Spitäler, und sehen es gerne, dass ambulante Fälle das Defizit verkleinern. Ihren Auftrag, einen Notfalldienst zu garantieren, konnten sie bisher fraglos den Ärztegesellschaften delegieren.
5. Die *Patienten* wollen etwas für ihre Prämien und lernen im Fernsehen: Onkel Doktor ist gut zum Jammern; top ist der Emergency Room, wo man direkt in die Röhre geschoben wird.
6. Die *Hausärzte* reagieren empfindlich auf geringere Wertschätzung und lassen deshalb z.T. in ihrer Einsatzfreudigkeit für die Allgemeinheit nach.

Ähnliche Mechanismen spielen bei den zunehmenden Nachkontrollen in Spitalambulatorien.

Was ist zu tun, falls man diese Fehlsteuerung erkannt hat und beeinflussen will?

- Wenn man die Gründe 1 bis 6 durchgeht, fällt auf, dass es nebst Emotionen ums Geld geht. Es sind also finanzpolitische Entscheide angesagt, die sehr gut durchdacht sein müssen.
- Ein Wechsel auf die *monistische Spitalfinanzierung* wird immer wieder favorisiert und würde vieles ändern, vgl. Punkt 2, stösst aber offenbar auf grosse Hindernisse.
- Der *Direktzugang* zu den Spitälern könnte auf lebensgefährliche Notfälle beschränkt werden. Wer will und kann das verfügen und durchsetzen?
- Der *TARMED* sollte zur Steuerung benützt werden.

* Die wiederholte Nennung von weiblichen und männlichen Formen hätte klaren Formulierungen geschadet. Weibliche Personen sind bei allen Überlegungen genauso wichtig.

Korrespondenz:
Dr. med. Gottfried Hoby
Poststrasse 2b
CH-9424 Rheineck

- Zuschläge für verschiedene Dringlichkeitsstufen müssen für Spital und Praxis differenziert geregelt werden. Die Spitäler dürfen bei den Taxpunktswerten nicht bevorzugt behandelt werden.
- Wenn die Krankenkassen einsehen, dass die Grundversorger die günstigste Medizin betreiben, sollten sie freundlicher zu ihnen sein. *Die Verweigerung des Dringlichkeitszuschlags im TARMED und die Kostenkontrollmassnahmen sind allzu demütigend.*
- Die Krankenkassen sind die falschen Kostenkontrolleure, weil ihnen die eigenen Kosten näherliegen als die gesamten Gesundheitskosten. Die Qualität der medizinischen Versorgung berührt sie nicht, aber sehr wohl die Kosten; darum tun sie alles, um junge gesunde Männer versichern zu dürfen. Ihre Steuerungsmassnahmen gefährden die Versorgungsqualität und belasten indirekt die öffentliche Hand, die Taggeld- und die Invalidenversicherer. Schon heute kommen Ärzte in Versuchung, aus Angst vor Repressalien der Krankenkassen «teure» Patienten abzuschieben. Und mit den KVG-Reformen soll die Macht der Krankenkassen immer noch grösser werden!?
- Die *Qualitätskontrollmanie* muss als solche erkannt und korrigiert werden. Man wird gewisse Qualitätskontrollen nicht mehr abschaffen können, aber die meisten haben nicht mehr Qualität gebracht, eher weniger, weil die Hauptprämisse für Qualität motivierte Menschen sind. Die ausgelösten Zusatzkosten sind immens. Wem werden sie angelastet? Wer profitiert? Wer kontrolliert die Kontrolleure?
- Niemand darf sich der Illusion hingeben, dass engagierte vernetzte Einzelkämpfer qualitativ ersetzt werden könnten durch anonyme Netzwerke (in denen Manager den Ärzten die Verantwortung abnehmen), durch überzählige Euro-Docs oder gar durch Telefontriggeure und Case Manager.
- Andererseits ist die Grundsatzfrage «Geht es auch ohne Grundversorger?» nicht tabu und sollte einmal in einem ausführlichen (Horror-)Szenario erörtert werden.
- Das Label «Hausarzt» braucht eine Imageauffrischung in der Öffentlichkeit, nachdem es intern neu definiert worden ist (europäische Definition der Hausarztmedizin siehe www.sgam.ch).
- Die Notfalldienstpflicht für jeden Arzt muss in Frage gestellt werden, weil ungeeignete Notfallärzte der Sache schaden.
- Wenn die Entwicklung so weitergeht, werden die Kantone den Notfalldienst mitfinanzieren müssen, was niemand wünscht.
- Für junge Ärzte muss es attraktiver werden, sich zum Hausarzt weiterzubilden. Wenn die Vertrauensbasis zu schmal ist, scheuen sie die Verantwortung und wählen einen Job mit Rückendeckung und frühem Feierabend. Dann haben wir in 10 bis 20 Jahren ein Problem, das praktisch nicht mehr zu korrigieren ist.

Liebe Leserin, lieber Leser, was haben Sie für eine Wirkung in diesem verrückten Räderwerk?

Literatur

- 1 Kissling B. Hämorrhagische Zystitis auf der Notfallpforte eines Universitätsspitals. *PrimaryCare* 2005;5(12):303-4.
- 2 Müller U. Bagatellunfall auf der Notfallpforte eines Universitätsspitals. *PrimaryCare* 2005; 5(17):393.