

Kostenvergleich der ambulanten Notfallversorgung in der hausärztlichen Praxis mit den Notfallstationen der Spitäler

Im ersten Teil dieses Artikels berichteten wir über Fallzahlen sowie die zeitliche und emotionale Belastung im hausärztlichen Notfalldienst [1]. Im zweiten Teil vergleichen wir die Behandlungskosten des hausärztlichen Notfalldienstes mit denjenigen der Notfallstationen in den Spitälern.

Un premier article examinait les chiffres et la charge émotionnelle que représente le service d'urgence pour les médecins de premier recours [1]. Dans cette deuxième partie, nous comparons les coûts des services d'urgence des médecins de premier recours à ceux des urgences des hôpitaux.

Walter Hugentobler

Hausarztverein Effretikon und Umgebung¹

Einleitung

Der hausärztliche Notfalldienst wurde durch die Einführung des TARMED neu mit grosszügigeren Notfallpauschalen entschädigt. Die Auswirkungen dieses Wechsels auf die Kosten der Notfallversorgung in der Hausarztmedizin wurden unseres Wissens noch nicht untersucht.

Wir beschreiben in dieser Arbeit die Behandlungskosten von über 1200 hausärztlichen Notfallkonsultationen vor und nach der Einführung des TARMED und vergleichen diese mit denjenigen der Notfallstationen in den Spitälern.

Methode

Unser regionaler Notfalldienst umfasst zehn Gemeinden und Weiler sowie die Stadt Illnau-Effretikon mit einer Einwohnerzahl von insgesamt 48271 Personen. 19 Ärzte sind im Turnus jeweils erreichbar in der Zeit von Donnerstag 12.00 Uhr bis Freitag 07.00 Uhr und von Samstag 12.00 Uhr bis Montag

07.00 Uhr sowie an den Feiertagen. Pro Woche teilen sich zwei Hausärzte den Dienst. Der eine ist am Donnerstag und Samstag präsent, der andere die 24 Stunden von Sonntag 07.00 Uhr bis Montag 07.00 Uhr (vgl. dazu auch [1]).

Sechs Ärzte dieses regionalen Notfalldienstes erfassen die Fallkosten der in der Praxis oder bei Besuchen versorgten Notfälle vor und nach der Einführung des TARMED. Die telefonischen Konsultationen während der Notfalldienste wurden bei den Kosten nicht erfasst (siehe Diskussion).

Aus der Zeit vor dem neuen Tarifsysteem wurden 28 Notfalldienstepisoden aus dem Jahr 2003 ausgewertet. Seit der Einführung des TARMED, Ende 2004 und im ersten Halbjahr 2005, sind 31 Notfalldienststeinheiten analysiert worden.

Alle teilnehmenden Kollegen rechnen mit einem EDV-System ab. Sie stellten von ihren Notfalldienst-einsätzen eine Tagesstatistik zur Verfügung, aus der die Anzahl der behandelten Patienten, das Total der Behandlungskosten (Arztkosten und technische Leistungen) sowie die Medikamentenkosten ersichtlich waren. Die daraus resultierenden Kosten pro Notfallpatient wurden mit denjenigen von sogenannten Spitalselbsteinweisern in Notfallstationen verglichen.

Resultate

Die sechs Ärzte behandelten unter dem alten Tarif in 28 Notfalldienst-einsätzen insgesamt 651 Patienten (im Durchschnitt 23 Patienten pro Einsatz), unter dem neuen Tarifsysteem TARMED in 31 Not-

1 Mitglieder: H. Baumann, K. Baumann, J. Berner, P. A. Bozzone, M. Canonica, R. Hammer, R. Hartmeier, M. Igual, U. Kuhn, P. Moeschlin, H. Morger, D. Müller, T. Pfister, A. Siegrist, B. Tschirky, E. Vogt, Ch. Willi, U. Zehnder

falldienstleistungen 623 Patienten (durchschnittlich 20 Patienten pro Dienstleistung). Im Durchschnitt fanden pro Dienstleistung zwei Konsultationen beim Patienten zu Hause oder im Alters- und Pflegeheim statt.

Die Notfallkonsultation kostete im alten Tarifsysteem im Durchschnitt 129.52 Franken, unter dem TARMED waren es 176.45 Franken (Tab. 1). Die Aufschlüsselung der durchschnittlichen Fallkosten pro Dienstleistung zeigte eine grosse Variabilität: Unter dem alten Tarifsysteem wies der Dienst Nummer 18 mit 70.75 Franken die tiefsten, der Dienst Nummer 6 mit 210.40 Franken die höchsten durchschnittlichen Fallkosten auf; im neuen Tarifsysteem resul-

tierten für den Dienst Nummer 21 mit 70.94 Franken die niedrigsten, für den Dienst Nummer 10 mit 251.49 Franken die höchsten Fallkosten (Tab. 1).

Diskussion

Zu den eigenen Zahlen

Die Fallkosten im Notfalldienst sind unter TARMED um 35% gestiegen. Dies ist eine direkte Folge der beabsichtigten besseren Tarifierung der Notfallzuschläge, insbesondere der Einführung grosszügigerer Notfallpauschalen.

Tabelle 1

Durchschnittliche Fallkosten im Vergleich.

Dienstnummer	2003		2004/05	
	Anzahl Patienten	Durchschnittliche Fallkosten	Anzahl Patienten	Durchschnittliche Fallkosten
1	29	126.62	14	233.70
2	23	112.84	13	172.65
3	23	119.53	16	201.55
4	21	194.20	8	182.05
5	20	119.60	16	157.50
6	13	210.40	15	194.20
7	21	151.30	21	226.11
8	20	163.10	23	232.09
9	33	117.85	17	207.46
10	24	113.45	23	251.49
11	32	139.30	9	214.76
12	24	135.10	20	188.56
13	15	138.25	23	178.30
14	20	161.05	21	157.60
15	20	109.60	14	159.10
16	23	124.95	11	121.45
17	31	81.10	12	214.40
18	40	70.75	31	142.20
19	29	103.32	28	94.10
20	17	140.83	30	130.07
21	18	99.84	32	70.94
22	17	139.29	32	115.86
23	21	125.14	20	205.04
24	19	130.47	17	228.93
25	19	126.26	13	151.85
26	19	121.05	14	166.64
27	26	133.58	31	168.39
28	34	117.97	25	173.52
29	–	–	28	166.93
30	–	–	15	169.—
31	–	–	31	141.13
Durchschnitt	23	129.52	20	176.45

Bemerkenswert ist die starke Streuung der durchschnittlichen Fallkosten von Dienst zu Dienst. Dies lässt sich vor allem mit unterschiedlichen Verrechnungsgewohnheiten erklären: Die zwei tiefsten Fallkostenbeträge vor und nach der Einführung des TARMED stammen von einem Kollegen, der die Notfallzuschläge sehr restriktiv angewendet hat. Somit zeigt die erwähnte Streuung auch, dass sich die aktuell gültigen Notfallpauschalen nur schlecht auf die Realität des Notfalldienstes übertragen lassen. Es fehlt eine schon oft geforderte Notfallpauschale für «dringliche Konsultationen», denn diese stellen im Notfalldienst die Mehrheit aller Patientenkontakte dar und sind im TARMED nicht adäquat definiert und tarifiert.

Andererseits wirkt sich das Diagnosespektrum stark auf die resultierenden Kosten aus. Man denke zum Beispiel an den Vergleich zwischen einem Grippewochenende im Januar und den ersten Frühlingssonntagen, an denen die ganze Bevölkerung sich im Freien bewegt, mit dem damit verbundenen Unfallpotential, das zu deutlich höheren Fallkosten führen kann.

Im ersten Teil der Arbeit wurden durchschnittlich 28,7 Patientenkontakte pro Dienst ausgewiesen [1]. Die Differenz zwischen den abgerechneten Fallzahlen von 2003 (23 Notfälle pro Dienst) und jenen unter TARMED 2004/05 (20 Fälle pro Dienst) (Tab. 1) ergibt sich aus den durchschnittlich 6 Telefonkontakten mit Beratungen, die ohne Konsultationsfolge abgewickelt wurden. In solchen Fällen erbringen die Hausärzte eine Gratisdienstleistung, welche die Betreiber von Telefonberatungen viel Geld kostet.

Vergleich mit den Kosten der Notfallversorgung in den Spitälern

Wir haben uns gefragt, wie der hausärztliche Notfalldienst gegenüber dem stationären Notfalldienst der

Spitäler kostenmässig abschneidet. Ein direkter Vergleich scheint uns gerechtfertigt, da eine Untersuchung von Aargauer Hausärzten aus dem Jahr 2002 ergeben hat, dass die beiden Kollektive «Notfallpatient beim Hausarzt» und «Selbsteinweiser auf der Notfallstation im Spital» sich bezüglich Dringlichkeit und Diagnosespektrum nicht unterscheiden [2].

Eine Arbeit von Kosek und Steurer aus dem UniversitätsSpital Zürich ergab 1993 Kosten von 303.– Franken pro Notfall [3]. Das (kostengünstige) Kantonsspital Winterthur errechnete im Jahr 2004 durchschnittliche Kosten von 399.– Franken pro Selbsteinweiser (persönliche Mitteilung). Eine noch unveröffentlichte Studie im Auftrag von Medvantis AG ermittelte 2004 für die ambulante Notfallversorgung im Spital durchschnittliche Kosten von 492.– Franken [4]. Es wurde dabei ein gewichteter Kostendurchschnitt aus einem Regional-, einem Kantons- sowie aus dem UniversitätsSpital Zürich berücksichtigt. Eine neue Studie der interdisziplinären Notfallstation im Gesundheitszentrum Zürich West beziffert die Kosten pro Notfallpatient auf 400.– Franken [5]. Die Kosten von Notfallbehandlungen in der Hausarztpraxis wurden unseres Wissens noch nicht untersucht. In der erwähnten Medvantis-Studie lag der Kostendurchschnitt bei 173.60 Franken, was unserem Kostenniveau von 176.45 Franken sehr nahekommt.

Ein Direktvergleich der aktuellen Notfallkosten im Spital und unseren Zahlen fällt klar zugunsten einer Notfallversorgung durch den Hausarzt aus.

Die Behandlung eines ambulanten Notfalls im Spital ist doppelt so teuer wie jene durch den Hausarzt.

Eine Hochrechnung auf das Jahr 2004 ergäbe folgende Zahlen:

Im regionalen Notfalldienst Effretikon wurden, jeweils an den Donnerstagen sowie an den Sonn- und Feiertagen, im Jahr 2004 insgesamt 2774 Notfallpatienten behandelt. Bei den von uns berechneten Fallkosten beläuft sich der Aufwand zur Versorgung dieser Notfälle durch unseren Notfalldienst auf 490 000 Franken. Im Kantonsspital Winterthur wären für die Versorgung dieser Notfälle Kosten in der Höhe von 1 106 000 Franken entstanden und im kantonalen Mittel gar solche von 1 365 000 Franken.

Das ergibt für unsere Notfallregion mit 19 Ärzten und rund 48 000 Einwohnern für diese Dienste an den Donnerstagen sowie an den Sonn- und Feiertagen jährliche Einsparungen von ungefähr 850 000 Franken.

Der Spareffekt des hausärztlichen Notfalldienstes wird allgemein stark unterschätzt. Die zusätzlichen Kosten durch die steigende Zahl der Selbsteinweiser sind hoch. Sollte dieser Trend nicht gestoppt werden können und das hausärztliche Leistungsangebot in der Notfallversorgung durch die sinkende Zahl praktizierender Hausärzte abnehmen, ist mit hohen Zusatzkosten zu rechnen.

Schlussbemerkungen

Die Effizienz der hausarztzentrierten Versorgung ambulanter Notfälle ist unbestritten, der hausärztliche Notfalldienst jedoch immer mehr bedroht. Die Einrichtung von Telefonzentralen für Notfallberatungen (z.B. Medgate, medi-24) unter Mitfinanzierung durch die Krankenkassen zeigt Bemühungen und Versuche, das Patientenverhalten in Notfallsituationen zu beeinflussen und sie auf den effizientesten Pfad zu verweisen. Die unterschiedlichen Finanzierungsquellen für die ambulante Behandlung und eine Versorgung im Spital sind massgeblich dafür verantwortlich, dass Krankenkassen, Spitäler und kantonale Behörden bei der Notfallversorgung unterschiedliche Interessen verfolgen. Für die Krankenkassen ist der Umstand relevant, dass die anfallenden Kosten im Spital von anderen Kostenträgern (Kanton, Gemeinden) mitfinanziert werden. Für die Spitäler und den Kanton ist von Bedeutung, dass durch die Patientenbetreuung auf den Notfallstationen die Infrastruktur und das Personal, das im Schichtbetrieb im Einsatz steht, insbesondere während der Nachtstunden besser ausgelastet werden können.

Für die primäre und unselektionierte Notfallbetreuung im Spital spricht – lösgelöst von finanziellen Überlegungen – nur der Ausbildungsaspekt. Insbesondere die angehenden Hausärzte werden auf den Notfallstationen mit den Krankheitsbildern der Hausarztpraxis konfrontiert und können so realitätsnah ausgebildet werden.

Folgende Massnahmen könnten die Patienten dazu veranlassen, wieder vermehrt den Hausarzt als primäre Anlaufstelle für Notfälle zu wählen:

- Prämienanreize der Krankenkassen für den Hausarzt als erste Anlaufstelle (bei nicht lebensbedrohlichen Notfällen)
- Aufklärungskampagnen in der Bevölkerung über

die unerwünschten hohen Kostenfolgen von Selbsteinweisungen

- Bessere Erreichbarkeit des diensthabenden Hausarztes durch eine gesamtschweizerisch gültige Notrufnummer

- Restriktivere Einsatzdoktrin der Rettungssanitäter, die heute auch wegen «Bagatellen» ausrücken

- Angepasster Leistungsauftrag der öffentlichen und privaten Spitäler mit Einschränkung des Direktzuganges zu den Notfallstationen für Selbsteinweiser

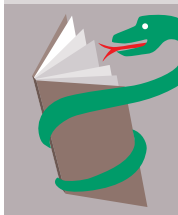
- Strukturelle Änderungen des Notfallkonzeptes, zum Beispiel durch das Betreiben von hausärztlichen Ambulatorien, die den Notfallstationen der Spitäler vorgelagert werden und als Triageeinrichtungen dienen.

Entscheidend für das Überleben der kostengünstigen hausarztzentrierten Versorgung von ambulanten Notfällen ist eine Attraktivitätssteigerung des Hausarztberufes. Nur wenn sich angehende Ärzte wieder vermehrt dazu entschliessen, als Grundversorger zu arbeiten, wird die von uns nachgewiesene hohe Belastung der Notfalldienstleistung in Zukunft wieder auf eine genügend grosse Anzahl Ärzte verteilt werden können.

Literatur

- 1 Hugentobler W. Die Belastung des Hausarztes im regionalen Notfalldienst. *PrimaryCare* 2006;6(26-27):493–7.
- 2 Zehnder K. Selbsteinweisungen ins Spital. *PrimaryCare* 2002;2(10):280–3.
- 3 Kosek R, Steurer J. Diagnosekosten bei Konsultationen auf der Notfallstation. *Schweiz Rundsch Med Prax* 1996;41:1266–74.
- 4 Studie der Zürcher Hochschule Winterthur im Auftrag von Medvantis AG. Gesundheitsökonomische Beurteilung der Telefontriage-Dienstleistung; 2005 (unveröffentlicht).
- 5 Matter H, Caduff B, Schöb O. Interdisziplinäre Teamarbeit auf einer Notfallstation. *Schweiz Ärztezeitung* 2006;87(19):849–54.

Dr. med. Walter Hugentobler
 Facharzt für Allgemeinmedizin FMH
 Lindauerstrasse 2
 8309 Nürenndorf
 hugi@bluewin.ch



GEWITTER

wo früher Vögel sassen
 modern alte Algen
 im unbewegten Wasser
 windlos – schwüles Warten
 sterbendes Verlangen
 stickig – langes Bangen

bis ein Schrei
 aus Qual und Zorn
 als krachendes Gewitter
 Worte aus den Wolken bricht
 und wie ein Sturm
 ins Dumpfe trifft

und endlich sagbar wird
 was trennt
 und Regen kühlt
 und löst
 und Neues bringt

Thomas Schweizer