



Wirtschaftlichkeitsprüfung, um die schwarzen von den weissen Schafen zu trennen

Ich bin sehr froh um diesen klaren Artikel von Frau lic. phil. Ursula Vogt, zeigt er doch in aller Deutlichkeit die Problematik, mit der sogenannte «schwarze Schafe» unter uns Ärzten identifiziert und bestraft werden [1].

Die meisten Ärzte haben als Assistenzärzte und Oberärzte während vieler Jahre zwischen 60 und 80 Stunden pro Woche arbeiten müssen. Ohne diesen Arbeitseinsatz hätte kaum ein Arzt seine Facharztausbildung absolvieren können. Ich habe volles Verständnis, dass eine Krankenkassenmitarbeiterin mit Lic.-phil.-Ausbildung sich ein solches Arbeitspensum schlicht nicht vorstellen kann. Trotzdem ist oder war ein solches Arbeitspensum für die meisten Ärzte während der viele Jahre dauernden Facharztausbildung in verschiedensten Spitälern knallharte Realität. Auch als Oberarzt mit Facharztausbildung liegt die Arbeitszeit in den meisten Spitälern in der Regel immer noch weit über 60 Stunden pro Woche. Der Arbeitseinsatz von 60 Stunden pro Woche entspricht einer Jahresarbeitszeit von $60 \times 48 = 2880$ Stunden, 6 Wochen Ferien angenommen.

Wenn ein Arzt eine Praxis eröffnet und mit dem gleichen zeitlichen Einsatz, wie man es von ihm während vieler Jahre in den Spitälern erwartet hat, weiterarbeitet und alle 15 Minuten einen «Patientenkontakt» hat, erreicht er im Jahr $4 \times 2880 = 11\,520$ «Patientenkontakte». Ein frei praktizierender Arzt, der 11 000 «Patientenkontakte» pro Jahr verrechnet, wird nun aber im obenstehenden Artikel als «rabenschwarzes Schaf» bezeichnet, als «krankes Beispiel», als «Ausreisser, welcher dem Image einer ganzen Branche äusserst abträglich ist».

Dr. med. Charlotte Bucheli Egger, Riehen

1 Vogt U. Wirtschaftlichkeitsprüfung, um die schwarzen von den weissen Schafen zu trennen. Schweiz Ärztezeitung 2003;84(3):75-6.



Wirtschaftlichkeitsprüfung, um die schwarzen von den weissen Schafen zu trennen

Es ist richtig, dass laut Gesetz die Pflicht zur Überprüfung der Wirtschaftlichkeit besteht. Es ist ebenso richtig, dass die Statistik der santésuisse, so wie die Zahlen erhoben und interpretiert werden, ein fragwürdiges Mittel ist, die Wirtschaftlichkeit des ärztlichen Handelns zu überprüfen, um damit sogenannte schwarze und weisse Schafe voneinander zu trennen.

Es ist schlicht ein Irrtum, wenn man meint, dass mit dem Zahlenmaterial der santésuisse-Statistik die Wirtschaftlichkeit im Sinne von Art. 56, Abs. 1 des KVG überprüft werden könne.

Wie soll dieses Zahlenmaterial widerspiegeln, was im Interesse des Patienten geschieht, und wie können diese Zahlen beurteilen, was für den Behandlungszweck erforderlich ist? Diese Zahlen sagen auch nichts aus über die Wirksamkeit und Zweckmässigkeit einer Behandlung und somit auch nichts über die Wirtschaftlichkeit.

Durchschnittszahlen können nur dann zu einem bestimmten Begriff aussagekräftig sein, wenn die zu vergleichende Gruppe definiert ist. Diese Definitionen sind aber für die Ärzteschaft weder für die Arztgruppen, noch für die erbrachten Leistungen, noch für die Patientengruppen einsehbar.

Wie santésuisse in den Statistikzahlen die Ausbildung der Ärzte beurteilen will, ist mir schleierhaft. Mit dem FMH-Titel allein kann höchstens die Spezialität auf dem Papier beurteilt werden, aber nicht mehr. Die gleiche Fachrichtung heisst noch lange nicht gleiches ärztliches Tun. Wie die örtlichen Verhältnisse in den Zahlen berücksichtigt werden sollen, ist nicht ersichtlich, wie es auch nicht bekannt ist, wie die Patientengruppen definiert werden. Lediglich das Alter wird als Beurteilungsparameter angegeben.

Warum diese Geheimniskrämerei? Datenschutz lasse ich da nicht gelten, denn die zu beurteilenden Parameter können anonymisiert bekanntgegeben werden. Wäre bei Offenlegung der Methode der Statistik diese mit Argumenten und nicht wie jetzt nur mit Vermutungen anfechtbar?

Aus früheren Statistikangaben weiss man, dass zur Berechnung der Durchschnittszahlen auch nicht mehr praktizierende Kollegen jeweils mitgezählt wurden. Zudem kann aus der Anzahl der innerhalb einer Gruppe verglichenen Kollegen entnommen werden, dass Spitalärzte, Institutsärzte, Chemieärzte, in der Forschung tätige Ärzte und freipraktizierende Ärzte, wohl einfach weil

sie denselben FMH-Titel und eine Praxisbewilligung und RS-Nummer haben, zu den Durchschnittszahlen führen und somit die Durchschnittszahlen zuungunsten der freipraktizierenden Ärzte senken. Ebenso wird nicht berücksichtigt, ob ein Arzt mit oder ohne Röntgen, mit oder ohne Praxislabor praktiziert und ob er die Physiotherapie über die eigene RS-Nummer abrechnet oder nicht. Es wird auch nicht berücksichtigt, ob er rein konsiliarisch oder auch, oder nur als Grundversorger tätig ist und dies mit dem gleichen Effekt bezüglich Höhe der Durchschnittszahlen.

Ebenso wird den veranlassten Kosten kaum Beachtung geschenkt, da angeblich «statistisch nicht vollständig erfassbar»! Und doch könnten gerade diese Kosten sehr wohl dazu beitragen, Aussagen zu einer kostentreibenden Leistungserbringung zu machen. Aber auch da wären Definitionen nötig.

Es werden also Äpfel und Birnen, Kraut und Rüben usw. zusammengezählt und danach festgestellt, dass es Abweichungen zwischen den Preisen des Obstes und des Gemüses gibt. Und aufgrund dieser Durchschnittszahlen sollen dann schwarze Schafe gefunden werden?

Die santésuisse-Statistik ist eine Statistik, die diesen Namen nicht verdient. Den gesetzlichen Anforderungen wird sie in keiner Weise gerecht. Ich erhoffe mir von dem mit Tarmed erhobenen Zahlenmaterial seriösere Angaben zur Beurteilung der Kosten der Leistungserbringer. Ob sich damit auch Rückschlüsse ziehen lassen auf die Wirtschaftlichkeit, Zweckmässigkeit und Wirksamkeit, und dies im Interesse der Patienten und nach Erfordernissen des jeweiligen Behandlungszwecks, bleibt fraglich.

Dr. Catherine Wehren Staehelin, Basel



Was sind schwarze bzw. weisse Schafe?

Sehr geehrte Frau Vogt

Ich bin seit einiger Zeit daran, diversen Personen aus dem Gesundheitswesen diese Frage zu stellen. Niemand kann mir aber sagen, was schwarze bzw. weisse Schafe sind! Vielleicht gelingt Ihnen das? Wie Sie vielleicht von Herrn Marc-André Giger (Briefverkehr vorhanden) gehört haben, erwarte ich von santésuisse seit längerer Zeit eine Statistik, die sowohl «eigene Praxiskosten» und «verursachte Fremdkosten» in Frankenbeträgen ausweist; leider bis anhin ohne Erfolg!

Ich mache ein Beispiel:

Arzt 1	
eigene Praxiskosten pro Jahr	600 000.–
verursachte Fremdkosten	300 000.–
Arzt 2	
eigene Praxiskosten	400 000.–
verursachte Kosten	700 000.–

Der Arzt 1 ist in der santésuisse-Statistik ein teurer Arzt, der Arzt 2 ein normaler oder sogar billiger Arzt, obwohl er ja gesamthaft gesehen teurer ist! Zudem berücksichtigt die santésuisse-Statistik keinen Morbiditätsfaktor! Dieser ist aber als Mass der komplizierten und darum meist teuren Fälle absolut notwendig!

Ein Beispiel aus meiner Arztpraxis:

Helsana-Rating meiner Nachkontrolle: 350 Helsana-Patienten; 50 Helsana-Patienten = 15 % verursachen bei mir 60% der Helsana-Kosten. Alle 50 Patienten sind in der «Thurgauer Morbiditätsstatistik» im zweithöchsten oder höchsten Morbiditätsrang!

Übrigens habe ich die Helsana KK gebeten, mir einen Vertrauensarzt zu schicken, der mit mir die 50 Patienten punkto Diagnostik/Therapie/weitere Massnahmen in bezug auf Wirtschaftlichkeit anschauen würde. Die Helsana (Briefverkehr vorhanden!) findet die «Entsendung eines Vertrauensarzt-Kollegen» nicht notwendig! (Evtl. weil ich auch VA einer KK bin!?)

Ich bin gespannt, wenn mir eine KK aufgrund einer Statistik den Vertrag kündigen würde (Kontrahierungszwangsaufhebung), was ein Gericht zu diesen Unterlagen und Anfragen sagen würde! Jedenfalls bin ich bereit, mit zwei Bundesordnern Statistik und Briefverkehr!

Ich bin nun also gespannt, wie Sie schwarze und weisse Schafe voneinander unterscheiden. Im Artikel sind meines Erachtens aufgrund von – wie Sie schreiben – «zwei krassen Beispielen» nun sogenannte weisse Herden mit zwei schwarzen Schafen beschrieben worden! Der Titel suggeriert meines Erachtens aber eine Herde von schwarzen und eine Herde von weissen Schafen. Also meine letzte Frage heisst darum: wie viele schwarze Schafe gibt es unter den freipraktizierenden Ärzten in der Schweiz (bitte Absolutzahlen, z. B. 2 auf 15 000??).

Ich bin gespannt von Ihnen zu hören und danke Ihnen im voraus für eine seriöse Bearbeitung meiner Fragen/Anliegen.

Dr. med. Urs Enggist, Auenstein



Sterne der Wirtschaftlichkeitsprüfung der santésuisse

Der Artikel von U. Vogt [1] darf nicht ohne Kommentar bleiben, wird doch darin von der santésuisse eine eigentliche «Qualität des Datenpools» stipuliert, Qualität also der als Grundlage einer einseitigen Wirtschaftlichkeitsprüfung ärztlicher Praxen eingesetzten «Rechnungsstellerstatistik» der Krankenkassen.

Aus der Sicht der Patienten arbeiten Ärztinnen und Ärzte dann wirtschaftlich, wenn die Interessen der Versicherten abgedeckt und der Behandlungszweck erfüllt werden (Mass des Leistungserbringers, KVG Art. 56, Abs. 1). Das könnten im Grund nur die Patienten selbst beurteilen. Die im Artikel beschriebene sogenannte Wirtschaftlichkeitskontrolle allein aufgrund der «Rechnungsstellerstatistik» und der vorgängigen Bildung von angeblich in sich übereinstimmenden Vergleichsgruppen von Praxen entbehrt seit jeher jeglicher statistischer Relevanz, auch wenn das EVG und der Bundesrat aus Bequemlichkeit und/oder angeblich mangels besserer, aber eben viel aufwendigerer Methoden ihre Entscheide darauf abstützen.

Die Bildung von Vergleichsgruppen allein durch die Versicherer ist generell und – ganz besonders in mittleren und kleinen Kantonen, der Mehrzahl also – auch statistisch problematisch. Wohl darum hat Frau Vogt auch den Kanton Basel-Stadt als Beispiel gewählt, weil dort auf engstem Raum proportional fast am meisten Ärztinnen und Ärzte praktizieren.

Aber in Kantonen mit geringerer Ärztedichte und teils ländlicher, teils städtischer Bevölkerungsstruktur ist es schlicht unmöglich, genügend grosse und einigermaßen homogene Praxisvergleichsgruppen zu bilden. Vielleicht liegt darin auch der Grund für die fehlende Transparenz gegenüber den betroffenen Praxen, werden diese doch zur Zusammensetzung ihrer Vergleichsgruppe weder befragt noch darüber informiert. Diese Geheimniskrämerei ist der notwendigen Partnerschaft zwischen Krankenkassen und Ärzteschaft wenig zuträglich.

Und da vorläufig sowohl die Tarifstrukturen wie auch die Taxpunktswerte von Kanton zu Kanton verschieden bleiben, können nur Praxen innerhalb des gleichen Kantons miteinander verglichen werden. In einem kleinen Kanton mit einer Gruppe von 5 bis 7 Fachärzten für innere Medizin zum Beispiel, teils auf dem Land mit SD, teils in einer Kleinstadt mit unterschiedlichem Angebot praktizierend, kann der Anspruch auf

«Qualität des Datenpools» nicht mit gutem Gewissen aufrechterhalten werden.

Die Crux dieser «Rechnungsstellerstatistik» (direkte und veranlasste Kosten) liegt also in der Bildung adäquater Vergleichsgruppen. Frau Vogt legt dar, dass die santésuisse dabei differenziere nach «gleicher Fachrichtung» und «ähnlich zusammengesetzter Menge von Patientinnen und Patienten». Weiter hinten im Artikel spezifiziert sie diese Begriffe einerseits mit «Ausbildung und Spezialität» und andererseits mit «örtlichen Verhältnissen und Durchschnittsalter» Als Zusatzargument erwähnt sie noch «andere Faktoren, soweit bekannt».

Aber gerade um diese anderen Faktoren geht es, wenn wirklich kompatible Vergleichsgruppen von Praxen auch in mittleren und kleineren Kantonen gebildet werden sollen. Schon «gleiche Fachrichtung» ist ungenügend, wenn man bedenkt, welch grosse Unterschiede unter «Facharzt innere Medizin» subsumiert werden und welch weites Spektrum von Diagnostik und Therapie auch die Gruppe der Fachärzte für Allgemeinmedizin abdecken können, zum Beispiel: Mit oder ohne eigenes Labor, EKG, Ergometrie, Spirometrie, Sonographie, Röntgen, Endoskopie, Selbstdispensation, Physiotherapie etc. Aus dieser Vielfalt ergeben sich nur schwer vergleichbare Strukturen der Rechnungsstellerpraxen.

Hinzu kommt die unterschiedliche Strategie der einzelnen Betriebe im Hinblick auf auswärts zu erbringende, also delegierte Leistungen, zum Beispiel im Laborbereich, bei bildgebenden Verfahren aller Art, bei Konsilien, Hospitalisationen, Kuren, Pharmakotherapie, Psychotherapie, Physiotherapie oder gar bei Überweisungen an ein Spitalambulatorium etc. Wenn Praxisgruppen wirklich vergleichbar sein sollen, müssen auch die Kosten ausserhalb aller veranlasster Leistungen bei der Gruppenbildung berücksichtigt werden. Auch hier fehlt bisher jede Transparenz gegenüber den Betroffenen.

Die angesprochene «ähnlich zusammengesetzte Menge von Patientinnen und Patienten» lässt dem Vergleichsgruppenbildner weiten Spielraum. Das Durchschnittsalter allein sagt doch wenig aus, nur die Altersverteilung innerhalb einer Patientenpopulation ist bestimmend. Und dann wären zudem die Unterschiede unter anderen im Verhalten zwischen der Stadt- und Landbevölkerung, zwischen Einheimischen und Ausländern – diese erst noch nach dem jeweiligen Assimilierungsgrad erfasst –, in der Schulbildung oder beim Wohnquartier etc. zu berücksichtigen. Es wäre meiner Meinung nach also Sache der santésuisse, diese anderen Faktoren zu kennen – und kennen zu wollen; «sofern bekannt» ist eine

zu bequeme Erklärung für die blossе Verwendung der derzeitigen «Rechnungsstellerstatistik». Auch wären die betroffenen Praxen über die Zusammensetzung ihrer Gruppe und alle beim Vergleich berücksichtigten Parameter spontan und transparent zu informieren, und zwar schon vor der Bildung der Vergleichsgruppen.

Mit Sicherheit wird das der *santésuisse* bzw. dem zuständigen kantonalen Krankenkassenkonkordat eine grosse Arbeit bescheren, aber Gerechtigkeit und Aufrichtigkeit sind eben aufwendig. Vorläufig ist die *santésuisse* an einer so abgestützten Qualität des Datenpools aber wohl gar nicht interessiert; warum sollte sie auch, solange EVG, Preisüberwacher, Bundesrat und Parlament sich mit der «terrible simplification» begnügen? Sollten in Zukunft nach totalem Wegfall des Kontrahierungszwanges die Kassen aufgrund dieser ihrer «Rechnungsstellerstatistik» *allein* über den Abschluss eines Vertrages mit einer Ärztin oder einem Arzt in «freier» Praxis entscheiden können, wäre die Qualität unseres Gesundheitswesens in höchster Gefahr. Die «Qualitätsprüfung» durch die Kassen allein mittels eines rein ökonomischen «Nadelöhrs» wäre vor allem für alle Patienten und auch für ihre Ärzte unzumutbar. Auch die Kantonsregierungen allein wären mit diesem Problem überfordert. Für diese Aufgabe ist daher pro Kanton eine aus Vertreterinnen und Vertretern der Patienten, Krankenkassen, Praxisärzte und der kantonalen Gesundheitsbehörde gebildete spezielle Kommission mit Entscheidungsbefugnis ins Auge zu fassen. Blossе «Rechnungsstellerstatistik» der Kassen genügt nicht. Auch hier sind Wachsamkeit und Initiative der Ärzte und Patienten angezeigt.

Ein letztes: Auch unter dem TARMED bleiben die kantonalen Kostenunterschiede und die wie bisher gänzlich untauglichen Vergleichsgruppen der *santésuisse* bestehen. Müssen wir Ärztinnen und Ärzte da nicht selber aktiv werden und zum Beispiel die Roko-Studie ausweiten und intensivieren?

Dr. med. T. Fröhlich, Stetten

1 Vogt U. Wirtschaftlichkeitsprüfung, um die schwarzen von den weissen Schafen zu trennen. Schweiz Ärztezeitung 2003;84(3):75-6.



Offener Brief der FMS:

Einführung TARMED 1.1 r am 1. Mai 2003

Dieser Brief [1] darf nicht undokumentiert bleiben, denn er enthält sehr viele wichtige Punkte, welche bewusst gemacht werden müssen. Viel-

leicht sind es auch Aspekte, welche jeder Arzt schon wusste, aber Angst hatte, sie zu verbalisieren. Die Geschichte des TARMED, wie ich sie von Anfang an verfolgt und später an den Sitzungen der Fachgesellschaft erlebt habe, ist jene von Zucker und Peitsche. Es wurde uns immer eingehämmert, wenn wir dies nicht tun, bekommen wir jenes nicht (wie oft wurde mit Frau Dreifuss gedroht?). Am Ende liessen wir uns instrumentalisieren. Denn die Kostenneutralität, die Verträge, über welche wir abgestimmt haben *vorbehältlich* ... (jeder schaue bitte in seinem Abstimmungsunterlagen nach, da die Menge erfahrungsgemäss ein kurzes Gedächtnis hat!), sind nichts anderes als ein komplexes System, um unsere Arbeit bis ins letzte Detail zu kontrollieren (monatliche Berechnungen vom TP!). Ironischerweise ist in dieser Ausgabe ein Inserat für einen TARMED-Kurs mit dem Titel «Survival Workshop»! Unsere «Partner» (UVG, KK) sind offenbar zufrieden, denn wir hören nichts von ihnen.

Ich glaube nicht, dass die neuen Begriffe «Dignität», «Kostenneutralität», u.v.a. aus der Küche der FMH stammen, sondern von den «Verhandlungspartnern» aus Politik und Wirtschaft. Mit solchen Begriffen haben sie die Sicht derart benebelt, dass die Basis fast gelähmt wurde. Ein «fait accompli» wurde geschaffen, man durfte nur noch über Details diskutieren. Die Fortsetzung folgt nun mit der Einführung TARMED im UVG-Bereich, trotz Protest (z.B. AGZ). Das Reengineering (wieder ein blödes Wort) sei abgeschlossen, aber wir kennen nicht das konkrete Resultat. Die Softwarefirmen sind nicht vorbereitet (Wartezeiten bis fünf Monate), die Kosten der Umstellung sind hoch. Wie viele «falsche» Rechnungen in der Einführungsphase retourniert werden, bleibt noch abzuwarten. Was aus der Dignitätserhebung resultiert, wird auch noch abzuwarten sein. Sicherlich werden zahlreiche Nachfragen von unzufriedenen Mitgliedern nach erfolgter Zuteilung erfolgen. Die zu frühe Einführung von TARMED auf den 1. Mai 2003 wird sich als grosser Fehler erweisen. Das Abschieben vom Schwarzen Peter ist schon im Gange, bald wird es handfeste Anschuldigungen geben. Unsere «Dignität» (dignity) wurde all die Jahre mit der GRAT und dem TARMED strapaziert. Es bleibt nur eins: Sollte TARMED im Schlusseffekt zur Farce und zur Guillotine werden, dann beträgt die Kündigungsfrist sechs Monate!

Dr. med. John Hayek, Zürich

1 Vorstand FMS. Einführung TARMED 1.1 r am 1. Mai 2003. Schweiz Ärztezeitung 2003;84(7):289-90.