

«Tiers payant» – nein danke!

... oder warum selbst ein klassischer Tiers-payant-Kanton wie St. Gallen den «tiers garant» bevorzugt!

P. Wiedersheim, Präsident der Ärztesgesellschaft des Kantons St. Gallen

La version française
suivra

- Seit Ende der Kostenneutralität werben verschiedene Krankenversicherer aktiv für die direkte Lieferung aller Abrechnungsdaten.
- Im «tiers payant» ist lange nicht alles Gold, was glänzt.
- Die vermeintlichen Vorteile im «tiers payant» sind mit Vorsicht zu geniessen!
- Unsere «Kundinnen und Kunden» sind nicht die Krankenversicherer, sondern die Patientinnen und Patienten – ihre Mündigkeit darf nicht mit direkten Datenlieferungen umgangen werden!

Einleitung

Nur in fünf Kantonen (Uri, Schwyz, Glarus, Graubünden und St. Gallen) werden im System des «tiers payant» die Arztrechnungen noch direkt den Krankenkassen zugestellt. Alle anderen Kantone sind im «tiers garant», d.h. die Rechnungen werden primär den Patientinnen und Patienten zugestellt.

Die «Tarifunion Ostschweiz» (bestehend aus den Kantonen AI/AR, GL, SH, TG und SG) hat per 30. Juni 2005 den Anschlussvertrag gekündigt mit dem Ziel, einen neuen Vertrag (LeiKoV) mit möglichst nahtlosem Übergang ab 1. Januar 2006 mit santésuisse zu vereinbaren. Santésuisse hat ihrerseits mit Ausnahme der Kantone Jura, Tessin und Waadt allen übrigen Kantonen den Anschlussvertrag gekündigt. Sofern in einem Kanton keine neue Vertragslösung resultiert, gilt spätestens ab 1. Januar 2007 gemäss KVG Art. 42, Abs. 1, das System des «tiers garant».

Die Vorstände der Ärztesgesellschaften der Kantone Glarus und St. Gallen haben beide die Verhandlungskompetenz für einen Wechsel in den «tiers garant». Die Tarifunion Ostschweiz ihrerseits hat denn auch für die anstehenden Vertragsverhandlungen zwei klare Bedingungen formuliert: Beibehaltung der Region und «tiers garant» für alle fünf Kantone.

Schleppender Systemwechsel im Kanton St. Gallen

Bereits im Jahr 2000 hat sich der Vorstand der Ärztesgesellschaft des Kantons St. Gallen für einen Wechsel in den «tiers garant» ausgesprochen. Im Zusammenhang mit der Kostenneutralitätsphase wurde ein Systemwechsel von santésuisse kategorisch abgelehnt. Anlässlich einer ausserordentlichen Mitgliederversammlung im Herbst 2003 (Genehmigung des Anschlussvertrages) wurde mit überwältigendem Mehr die Verhandlungskompetenz für einen Wechsel in den «tiers garant» an den Vorstand delegiert. Selbstverständlich sind im Kanton St. Gallen, wie in allen Kantonen, die früher den Wechsel in den «tiers garant» vollzogen haben, auch kritische Stimmen zu vernehmen, die eine Beibehaltung des «tiers payant» wünschen; eine objektive Beurteilung spricht jedoch klar für den «tiers garant». Im Vorfeld der aktuellen Verhandlungen wird von santésuisse Ost 2 wenig Begeisterung für den beabsichtigten Systemwechsel in den «tiers garant» gezeigt.

Lehren aus der Kostenneutralitätsphase

Dank unseres eigenen Zahlenmaterials (Trust-Center-Zahlen) konnte für die Ärzteschaft gesamtschweizerisch ein Schaden von über 100 Millionen Franken abgewendet werden. Dass dies auf seiten der Krankenversicherer wenig Begeisterung hervorrief, ist unschwer daran zu erkennen, dass seit Ende der Kostenneutralität ein intensives Bewerben der Ärzteschaft für einen Wechsel in den «tiers payant» eingesetzt hat. Mit verführerischen Slogans wie «Prozessoptimierung», «Effizienz» und «Kostensenkung» usw. sollen möglichst viele Kolleginnen und Kollegen für eine direkte Datenübermittlung an die Krankenversicherer gewonnen werden. Sogar der Chef der grössten Krankenversicherung der

Korrespondenz:
Dr. med. Peter Wiedersheim, MBA
Rorschacherstrasse 150
CH-9006 St. Gallen
Tel. 071 245 02 02
Fax 071 243 27 71

Schweiz bemüht sich persönlich um diese Angelegenheit, wobei er auch vor Falschaussagen bezüglich der ärzteigenen TrustCenter nicht zurückschreckt. Die «Versuchungen» der Krankenversicherer haben einerseits die direkte Lieferung aller elektronischen Abrechnungsdaten zum Ziel und andererseits die Datenhoheit.

Im Interesse unserer Patientinnen und Patienten sei darauf hingewiesen, dass elektronisch übermittelte Abrechnungsdaten bis auf jeden einzelnen Datensatz zerlegt, analysiert und aufgearbeitet werden können. Dies kann nicht nur für unsere Versicherten unangenehme Folgen (zum Beispiel im Zusatzversicherungsbereich) haben, sondern auch für die Ärzteschaft!

Mehrfach konnten im Rahmen der Kostenneutralität erhebliche Mängel im Zahlenmaterial von santésuisse dank der ärzteigenen Zahlen aufgedeckt werden. Die Leistungskontrolle geht auch nach der Kostenneutralitätsphase weiter, es ist deshalb unabdingbar, dass der ärzteigene Datenpool nicht verlorengeht und idealerweise weiterausgebaut wird.

Im «tiers payant» ist lange nicht alles Gold, was glänzt

Trotz modernster Rechnungsstellung ist das Zahlungsverhalten der meisten Krankenversicherer nahezu vorsintflutlich. Anstelle einer elektronischen Zahlungsvergütung erfolgen nach wie vor mindestens $\frac{3}{4}$ aller Zahlungen mit einem Bordereau. Das heisst, die Zahlungen verschiedener Rechnungen werden dem Arzt auf einem separaten Formular mit einem entsprechend aufsummierten Total auf postalischem Wege zugestellt. Auf diesem Bordereau sind idealerweise Patientennamen, Rechnungsnummer, Rechnungsbetrag und Rechnungsdatum aufgeführt. Selbstverständlich sind aber diese vier Angaben nur zu oft mangelhaft bis fehlerhaft. So können Patientennamen verwechselt werden, Rechnungsnummern werden falsch abgeschrieben oder fehlen vollständig, das Rechnungstotal wird falsch abgeschrieben oder doppelt überwiesen usw., usf. Konkret bedeutet dies, dass jeden Monat in mühsamer Handarbeit Zahlungsbordereaux mit Bankauszügen verglichen werden müssen, das EDV-System der Praxis über ein ausgeklügeltes Suchsystem verfügen muss und dennoch jeden Monat Korrespondenzen und Umbuchungen mit den Versicherern geführt werden müssen.

Ein anderes Ärgernis sind sogenannte Nichtpflichtleistungen der Krankenkasse. Werden diese zusammen mit den Pflichtleistungen in Rechnung gestellt, so kürzen verschiedene Kranken-

kassen das Rechnungstotal um diese Beträge, weil sie sich auf den Standpunkt stellen, dass diese Beträge in jedem Fall via die Erkrankten in Rechnung gestellt werden müssen. Entschliesst man sich jedoch für diese Version, wird der Betrag primär durch die Patientin oder den Patienten dem Arzt vergütet und anschliessend noch einmal von der Krankenversicherung (weil wir ja in einem TP-Kanton sind). Unnötige Geldtransaktionen mit viel Schreibkram sind die Folge.

Die Werbung, dass Krankenversicherer den Patientinnen und Patienten im «tiers garant» innert 10 Tagen die Rechnungen zahlen, hat auch die Ärzteschaft in einem klassischen Tierspayant-Kanton erreicht. Das Zahlungsavis mag im «tiers payant» ja teils innert 2–3 Wochen eintreffen, aber oft mit dem Vermerk, dass erst am letztmöglichen Datum (gemäss dem noch bis Ende Jahr geltenden Anschlussvertrag 45 Tage) bezahlt wird. Sehr oft wartet man dann nochmals mindestens 1 Woche, bis das Geld auch wirklich eintrifft.

PS: Nur während der Kostenneutralitätsphase konnten viele Krankenversicherer plötzlich innert 1–2 Wochen zahlen – auch so lassen sich «Arztkosten» generieren!

Auch Krankenkassen müssen immer wieder gemahnt werden. Verzugszinsen sind für die meisten Versicherer ein Fremdwort – der Korrespondenzaufwand hierfür ist frustrierend und wird höchstens einmal geführt. Nicht zuletzt sei festgehalten, dass der «tiers payant» auch keine Zahlungsgarantie bedeutet. Spätestens dann, wenn eine Patientin oder ein Patient ihre/seine Versicherungsprämien nicht mehr bezahlt hat und ein Verlustschein vorliegt, werden für den behandelnden Arzt meist überraschend und rückwirkend so lange keine Zahlungen mehr getätigt, bis die ausstehenden Prämien alle bezahlt sind (selbst eine schriftliche Kostengutsprache ist in solchen Fällen wertlos).

Vermeintliche Vorteile im «tiers payant» (Vorsicht!)

- Mit dem Rechnungsversand an die Krankenversicherer entfallen die Portokosten für die Rechnungen an die Versicherten nur theoretisch, denn gemäss KVG Art. 42, Abs. 3, ist folgendes festgehalten: «Im System des Tiers payant erhält die versicherte Person eine Kopie der Rechnung, die an den Versicherer gegangen ist.» Die Aufwendungen bleiben also nahezu identisch.
- Der Arzt hat kein Inkassorisiko, aber: Wie oben erwähnt, muss das relativiert werden.

Auch im «tiers payant» muss eine peinliche Zahlungskontrolle durchgeführt werden, und es soll nicht unerwähnt bleiben, dass das Inkassorisiko von seiten der Krankenversicherer nicht zum Nulltarif übernommen wird!

Was spricht für den «tiers garant»

In erster Linie der Datenschutz. Unsere «Kundinnen und Kunden» sind die Patientinnen und Patienten und nicht die Krankenversicherer. Unsere Erkrankten sollen über die Weiterleitung ihrer Daten selber entscheiden. Im Rahmen der klaren Kostentransparenz soll aber nicht zuletzt auch das Verantwortungsbewusstsein gefördert werden – der «mündige Patient» soll nicht zum blossen Schlagwort verkommen.

Für den elektronischen Datenaustausch gilt im «tiers garant» das Holprinzip. Mit der primären Sammlung aller Abrechnungsdaten im TrustCenter ist nicht nur eine auch weiterhin notwendige Kostenkontrolle auf seiten der Ärzte möglich, sondern es resultieren auch Datensammlungen zur Qualitätsoptimierung und zur Erarbeitung von Guidelines. Zu den Krankenversicherungen gehören prinzipiell nur die Leistungsdaten, die auch von ihnen vergütet werden!

Im «tiers payant» besteht demgegenüber eine Bringschuld des Arztes, d.h., alle Aufwendungen für die Zustellung der elektronischen Rechnung sind Sache des Leistungserbringers, wer die Auflagen der Kassen nicht erfüllt, hat ein eventuell totales Inkassoproblem.

Kein «Klumpenrisiko»

Rund zehn Krankenversicherer decken rund 80% des Leistungsvolumens ab. Diverse Krankenkassen (auch der grösste Krankenversicherer) haben Ende letzten Jahres Reserven unter dem gesetzlichen Minimum aufgewiesen. Zur Coupierung steigender Krankenkassenprämien besteht

nun auch noch die bundesrätliche Empfehlung zur Senkung der Mindestreserven. Das Risiko zahlungsunfähiger Krankenkassen nimmt somit zu. Mit dem primären Versand der Rechnungen an die Erkrankten wird das Inkassorisiko verteilt. Die Erfahrungszahlen aus über 5000 Praxen ergeben ein Delkredererisiko von rund 1% (selbstverständlich liegt dieses in Praxen mit einem schlechten Mahnsystem oder einem ungünstigen Patientenkollektiv höher). Bezüglich letzterem können aber auch entsprechende direkte Regelungen mit dem zuständigen Krankenversicherer getroffen werden.

Fazit

Auch die Erkrankten im Kanton St. Gallen haben ein Anrecht auf Mündigkeit, Transparenz und Datenschutz. Unsere «Kunden» sind nicht die Krankenversicherer, sondern unsere Patientinnen und Patienten. Sie sind demzufolge auch unsere Rechnungsempfänger. Sie entscheiden, welche Daten zur Krankenkasse gelangen. Die Entschädigung von allfälligen Leistungen aus dem Zusatzversicherungsbereich ist primär eine Angelegenheit zwischen Krankenversicherer und Patientin/Patient – sie soll nicht auf dem Buckel des Arztes ausgetragen werden.

Die Kostenneutralität hat gezeigt, wie wichtig der ärzteigene Datenpool für die Wahrung der Interessen der Ärzteschaft ist. Er muss auch für die weitergehende Leistungskontrolle zur Verfügung stehen.

Qualitätskontrolle und Guidelines sind primär ärztliche Aufgaben. Sie haben im Interesse aller Erkrankten in diesem Land nicht aus der Optik der Krankenversicherer zu erfolgen!

Ich begrüsse durchaus Optimierungen im medizinischen «Abrechnungsdschungel», diese haben aber fair und korrekt zu erfolgen. Bei den momentanen «Versuchungen» gewisser Krankenversicherer bleibt aber nur ein Kommentar: «Tiers payant» – nein danke!