

# Courrier au BMS

## Wirtschaftlichkeitsverfahren und Statistik (mit Replik)

Als Praxisinhaber muss man sich bewusst sein, dass die Praxiskosten bzw. die Wirtschaftlichkeit im Vergleich mit anderen Ärzten aus der gleichen Fachgruppe stetig überprüft werden. Sind die Werte im statistischen Vergleich zu hoch, werden Wirtschaftlichkeitsverfahren von Seiten der Kassen angestrebt, welche nicht nur vom Betrag, sondern auch vom Zeitaufwand her sehr belastend sind. Die Kassen schreiben jeweils: «Der sogenannte Regressions-Index wird verwendet zur Überprüfung der Wirtschaftlichkeit der Praxisführung. Im Vertrag vom 23. August 2018 haben sich die FMH, curafutura und santésuisse, gestützt auf Art. 56 Abs. 6 KVG, auf eine neue Screening-Methode zur Prüfung der Wirtschaftlichkeit der Praxisführung geeinigt. Der Vergleich mit Kollegen der gleichen Facharztgruppe erfolgt mittels eines Regressionsmodells. Daraus erfolgt dann der Regressionsindex. Dieser darf den Wert von 120–130 nicht übersteigen, ansonsten Überprüfungen und Rückforderungen folgen. In der bisherigen Wirtschaftlichkeitsprüfung, also vor dem 23. August 2018, war der ANOVA-Index entscheidend. Die neue Methode des Regressionsindex ist durch Berücksichtigung der Morbiditätskriterien des Patientenkollektivs (Patientenstruktur, Franchise der Patienten, Spitalaufenthalte im Vorjahr sowie die Pharmaceutical Cost Groups) dem ANOVA-Index überlegen.» Uns Ärzten sind die statistischen Verfahren bekannt. Diese entsprechen jedoch keinesfalls unserer Tätigkeit, kranken Menschen zu helfen. Statistische Indizes erschweren unseren Alltag. Zudem kommen alle zwei Jahre Drohbriefe von den Kassen. Meistens auf Ende Dezember oder direkt vor Weihnachten mit der Drohung, die Zahlen permanent und nicht ohne Folgen zu überprüfen. Das Jahr 2020 ergab für den Autor in der Sprechstundentätigkeit den tiefen Regressionsindex von 54. Werden jedoch die operativen Fallpauschalen (Material und Leistung) fälschlicherweise verglichen mit der Tätigkeit konservativ tätiger Kollegen, kann der Wert durchaus 400 bis 500 betragen! Ob all der statistischen Komplexität (Regressions-Index oder ANOVA-Index) werden falsche Zahlen miteinander verglichen. Nur eben: Die operativen Fallpauschalen können im Vergleich gar nicht erhöht sein, da diese unter operierenden Kollegen überall gleich sind. Leider nützt beim falschen Vergleich auch die beste statistische Methode nichts. Operierenden Kollegen muss unbedingt empfohlen

werden, zwei separate Abrechnungsnummern zu führen: Die eine für das Operieren und die andere für die Sprechstunde. Diese strikte Trennung ist sehr wichtig, sonst vermischen sich verschiedene Tätigkeiten. Werden Kassen auf den falschen Vergleich hingewiesen, ziehen sie sich ohne Entschuldigung zurück und drohen bereits für das nächste Jahr! Es werden keine «Goldenen Kugelschreiber» verteilt für den billigsten und hoffentlich auch besten Arzt. Es heisst nur von Kassen-seite: «Im nächsten Jahr werden wir Sie erneut überprüfen und Sie dann kontaktieren.» Ganz flau tönt das Wort «fertigmachen» mit! Und all das im Umfeld weiterer Restriktionen und des aktuell diskutierten Globalbudgets.

*Dr. med. Armin Junghardt, Facharzt  
Augenheilkunde und Augen Chirurgie, Baden*

## Replik auf «Wirtschaftlichkeitsverfahren und Statistik»

Der Autor weist zu Recht auf die Wichtigkeit der Vergleichbarkeit hin – ist diese nicht erfüllt, so ist selbstredend auch der resultierende Indexwert nicht relevant. Daher ist im Vertrag zwischen der FMH, curafutura und santésuisse auch klar festgehalten, dass die Screening-Methode der *erste Schritt* der Wirtschaftlichkeitskontrolle ist und einzig als statistische Berechnungsmethode zur Detektion von Ärzten mit auffälligen Kosten gem. KVG zur Anwendung kommt. Weist ein Arzt auffällige Kosten auf, so heisst das nicht per se, dass der Arzt unwirtschaftlich arbeitet. Dies wird von santésuisse in der ggf. nachfolgenden *Einzelfallanalyse* abgeklärt. Dabei hat der Arzt die Möglichkeit, sein Kostenbild zu erklären. Die Screening-Methode berücksichtigt gegenüber der bisher angewandten ANOVA-Methode mehr Morbiditätsparameter (zusätzlich zu Alter und Geschlecht auch Anteil hohe Franchisen, Spitalaufenthalt im Vorjahr und die PCG). Zwei wichtige Parameter sind jedoch unverändert: Massgebend ist die ZSR-Nummer des verantwortlichen Arztes und der statistische Vergleich erfolgt innerhalb der eigenen Facharztgruppe. Ist diese inhomogen, wie z.B. invasiv und nicht-invasiv tätige Ophthalmologen, ist eine Mittelwertbetrachtung nicht geeignet. Entsprechend kann der Arzt, falls er von santésuisse kontaktiert wird, in dem der statistischen Überprüfung nachfolgenden Schritt entsprechend sein Kostenbild erklären, indem er seine, z.B. primär invasive Tätigkeit mit seinen Abrechnungsdaten aufzeigt. Bevor santé-

suisse Ärzte kontaktiert, führt diese eigene Analysen der Abrechnungsdaten durch und kann so z.T. Gründe für Kostenabweichungen erkennen und damit einen unnötigen Aufwand für santésuisse und eine ungerechtfertigte Anfrage an den Arzt vermeiden. Schlussendlich muss der Arzt sein Kostenbild erklären können.

Die Versicherer sind vom Gesetz her verpflichtet, die Einhaltung der Wirtschaftlichkeitsgebote zu überprüfen. Aufgrund des jährlichen Rhythmus der Überprüfung mittels der Screening-Methode und der Abarbeitung der Fälle durch santésuisse werden effektiv auch Ärzte um die Weihnachtszeit kontaktiert – dies ist sicherlich kein idealer Zeitpunkt, ebenso ist die Wortwahl für den betroffenen Arzt manchmal nicht angebracht. Die FMH kann santésuisse diesbezüglich nur auf den Umstand hinweisen, dass eine faire Kommunikation notwendig ist – dies wird auch von santésuisse anerkannt. Schlussendlich findet die Kommunikation aber zwischen zwei Personen statt. Miss- und Unverständnisse lassen sich nicht absolut ausschliessen.

Fallpauschalen und Trennung der Abrechnung «invasiv–nicht invasiv»: Wie A.J. erwähnt, ist es empfehlenswert, die Kosten für die verschiedenen Bereiche intern auszuscheiden, um in der Einzelfallprüfung entsprechend argumentieren zu können. Dieser Ratschlag ist generell empfehlenswert und gilt nicht nur für dieses Beispiel. Ein Arzt sollte immer die Kosten nach Patientengruppen bezüglich Indikation aufteilen können. Nur so lässt sich effektiv das Kostenbild santésuisse gegenüber erklären. Über zwei verschiedene ZSR-Nummern abzurechnen ist hingegen nicht möglich. Aktuell sind die Pauschalen mengenmässig nicht relevant. Es ist aber richtig, dass bei einer zukünftigen mengenmässig relevanten Koexistenz von Einzelleistungs- und Pauschaltarif die Methode der Wirtschaftlichkeitsüberprüfung angepasst werden muss. Bei Fallpauschalen können, wie A.J. zu Recht festhält, nicht die Kosten das primäre Kriterium sein, sondern eher wie im Tarifcontrolling die Häufigkeit der Anwendung der einzelnen Pauschalen. Diese Fragestellung ist auf dem Radarschirm der Vertragsparteien.

*Dr. med. Urs Stoffel, FMH-Zentralvorstand,  
Departementsverantwortlicher Ambulante  
Versorgung und Tarife*

## SAMW-Richtlinien «Umgang mit Sterben und Tod»

Liebe Kolleginnen, liebe Kollegen

Die meisten von Ihnen kennen mich aus der Presse, weil ich mich intensiv mit dem polarisierenden Thema des begleiteten Freitodes auseinandersetze. In der letzten *Schweizerischen Ärztezeitung* wurden wir darauf vorbereitet, dass die Abstimmung über die Übernahme der neuen Richtlinien der SAMW «Umgang mit Sterben und Tod» bevorsteht. Ausser der FMH und den Kolleginnen und Kollegen, welche an den Ärztekammersitzungen teilnehmen, wissen wahrscheinlich höchstens einzelne Kolleginnen und Kollegen, was diese neuen Richtlinien beinhalten. 2018 hat die SAMW unter der Leitung Scheidegger/Kind Richtlinien ausgearbeitet, welche der FMH zu liberal waren. Diese wurden nicht gutgeheissen.

Ist sich die FMH und die Ärzteschaft bewusst, dass mehrere Gerichtsentscheide bestehen, welche aufzeigen, dass die SAMW-Richtlinien nicht dem Volkswillen entsprechen? Ist der FMH bewusst, dass das Schweizer Volk und der Bundesrat 2011 klar geäussert haben, dass keine Einschränkung des liberalen Schweizer Gesetzes gewünscht wird? Die alten Richtlinien von 2004 waren eine massive Einschränkung, weshalb sie revidiert werden mussten. Werden die nun abgeänderten liberalen Richtlinien von 2018 wieder restriktiver, und weniger dem Volkswillen entsprechen? Dies ist zu erwarten.

Ich war am 9.12.21 am Bundesgerichtsverfahren unseres Kollegen Dr. Pierre Beck, Hausarzt und langjähriger Präsident von EXIT Welsche Schweiz. Die Bundesgerichtspräsidentin hat als Begründung des Freispruches unter anderem betont, dass das Schweizer Volk nie befragt wurde zu den SAMW-Richtlinien, dass diese Vereinsrecht sind und nicht dem liberalen Schweizer Gesetz entsprechen. Dass das Menschenrecht auf die eigenhändige Beendigung des Lebens nicht durch ein Vereinsrecht eingeschränkt werden darf.

Wenn die Richtlinien einschränkender sind als die von 2018, dann möchte ich meine Bedenken äussern, dass durch ein restriktives Verhalten der FMH in Bezug auf «Umgang mit Sterben und Tod» Ärztinnen und Ärzte sich der Gefahr der Anklage wegen Verstosses gegen die Sorgfaltspflicht aussetzen. Insbesondere dann, wenn sie wie Kollege Beck einen wohlüberlegten Todeswunsch eines höchstbetagten Menschen respektieren, und ihm nicht nur den unbegleiteten Suizid offenlassen, sondern auch den ärztlich begleiteten Tod, der in Sicherheit und in Anwesenheit der Familie ablaufen kann.

Kanada hat 2016 den ärztlich begleiteten Freitod legalisiert. Die Ärzte in Kanada arbeiten

mit der Universität, der Ärztesgesellschaft zusammen. In Kanada wird er «Medical Aid In Dying» (MAID) als ärztliche Tätigkeit akzeptiert. Da frage ich mich: Quo Vadis, Schweiz?

In der Hoffnung, dass dereinst in der Schweiz in Bezug auf Sterbehilfe die gesetzlichen Regelungen und die Empfehlungen der SAMW/FMH nicht mehr so diametral auseinanderstehen, müssen wir der Dinge harren, die da kommen werden von der FMH, die aber uns alle betreffen. Denn auch wir Ärztinnen und Ärzte müssen einmal sterben mit dem kleinen Unterschied, dass jeder rezeptierende Arzt die Möglichkeit hat, sich das NAP selber zu verschreiben, unabhängig von seinem Gesundheitszustand.

Wenn ein Staatsanwalt darüber entscheiden darf, wessen Leiden unerträglich ist, und ob jemand mit 86 Jahren «gesund» ist, dann sind wir auf dem falschen Weg. Nur der Leidende selber kann darüber urteilen, ob für ihn sein Leiden unerträglich ist.

*Dr. med. Erika Preisig, Hausärztin und Präsidentin des Vereins lifecircle, Biel-Benken*

## Kommunikationsstörung zwischen Ärzteschaft und Politik

Die laufende Diskussion um die Gesundheitskosteninitiativen leidet unter einer unheilvollen Kommunikationsstörung: Der Logik gehorchend, geht es nämlich um zwei Fragen: A) Haben wir ein Problem mit den Gesundheitskosten? B) Falls ja, sind die eingereichten Vorlagen geeignete Lösungen?

Mit Blick auf das Sorgenbarometer der Bevölkerung beantwortet die Politik Frage A selbstverständlich mit Ja und geht direkt zu Frage B über. Parteien und Volksvertreter wissen, dass ihre Wähler weniger für die Krankenkassen bezahlen und bei den Ausgaben sparen wollen – nur nicht bei sich selber. Um ja niemandem etwas vorzuenthalten, werden folglich Scheinlösungen wie ein neuer Kostenverteiler oder ein Globalbudget konstruiert. Bei letzterem wird nach frei erfundenen Regeln ein Kostendeckel bestimmt, ohne anzugeben, mit welchen Massnahmen angesichts der medizinischen und demographischen Entwicklungen die finanziellen Grenzen einzuhalten sind.

Die Ärzteschaft sagt lautstark Nein zu Frage B und läuft mit dem Argument der drohenden Zweiklassenmedizin offene Türen ein. Dabei wird vergessen oder vermieden, zuerst Frage A zu beantworten: Haben wir ein Kostenproblem im Gesundheitswesen? Tatsächlich lassen die Äusserungen der FMH offen, ob das Kostenwachstum als relevantes Problem

anerkannt wird. Die Argumentation der Standesorganisation legt eher nahe, dass die steigende finanzielle Mehrbelastung als letztlich unvermeidbar hinzunehmen ist. Das wiederum lässt die Politik argwöhnen, dass es der Ärzteschaft bei der Ablehnung der Initiativen primär nicht um das Wohl der Patienten, sondern um Eigeninteresse geht.

Als Bürger und praktizierender Arzt sage ich vorbehaltlos Ja zu Frage A. Unsere Gesellschaft gleicht einem Ökosystem. Darin ist es nicht nachhaltig, wenn ein Bereich auf Kosten der andern überproportional wächst. Ein funktionierender Staat braucht Ressourcen für die Gesundheit seiner Bürger, aber ebenso auch für Bildung, Soziales, Sicherheit. Wir hinterlassen nächsten Generationen ohnehin schwere Hypothesen, so dass es unverantwortbar wäre, heute beispielsweise nicht bevorzugt Geld für ökologische Projekte bereitzustellen.

Erst mein klares Ja zu Frage A ermöglicht mir ein «Nein, aber» zu Frage B. Nein, diese Initiativen lösen das Problem des Kostenwachstums nicht und sind abzulehnen. Aber stattdessen gilt es, gemeinsame Wege zu suchen: Ärztinnen und Ärzte, die die konkreten Probleme kennen, zusammen mit Politikerinnen und Politikern, die den gesetzlichen Rahmen für Lösungen stecken. Ich denke beispielsweise an systemimmanente Fehlanreize: DRG, das dazu verlockt, möglichst wenig während des Spitalaufenthaltes abzuklären, um viele, ja oft zu viele kostspielige Untersuchungen nachher in rentable Ambulatorien zu verschieben. Notfallstationen, die finanziell davon profitieren, dass sie Bagatellfälle wie komplexe Krankheiten behandeln. Überbordende Abklärungen von oft nur grenzwertig pathologischen Befunden selbst im hohen Alter, dies meist mehr zur juristischen Absicherung als zum Nutzen für die Patienten. Immer häufigere ärztliche Nachkontrollen, bei denen oft Aufwand und Ertrag in einem Missverhältnis stehen.

Solche konkreten Probleme zu lösen wäre zielführend, in der Kommunikation zwischen Medizin und Politik weniger störungsanfällig – und wohl für bei Seiten befriedigender.

*Dr. med. Markus Bieri-Zürcher, Langnau im Emmental*

Les courriers des lecteurs publiés reflètent l'opinion de l'auteur. La sélection, les éventuelles coupures et la date de publication sont du ressort exclusif de la rédaction. Il n'y a pas de correspondance à ce sujet. Les contenus diffamatoires, discriminatoires ou illégaux ne seront pas publiés. Chaque auteur est personnellement responsable de ses déclarations.

### Abstimmung zum Transplantationsgesetz – Das Leben ist ein Geschenk

Das Leben ist ein Geschenk der Schöpfung. Ich kann mein Leben meinen Mitmenschen widmen, wie zum Beispiel Dr. Beat Richner. Ich kann zu Lebzeiten Organe (Niere, Knochenmark) einem Mitmenschen schenken. In einem speziellen Fall, bei meinem Hirntod und wenn ich mich dabei auf einer Intensivstation befinde, kann ich heute alle meine Organe verschenken, wenn ich einen Spenderausweis auf mir trage. Ein Geschenk unserer Vorfahren ist, dass wir im einzigen Land leben, in dem wir alle technischen Möglichkeiten geniessen und über Sachfragen abstimmen können.

Besinnung und Dankbarkeit für alles, was uns geschenkt wurde, Ehrfurcht vor jedem Leben, Mitmenschlichkeit, auch durch die Möglichkeit eines Organgeschens, will ich vorleben und lehren. Ich will aber nicht den Staat ermächtigen, Mitmenschlichkeit zu erzwingen. Ist nicht der Versuch, die respektvolle Kinderstube durch die Erziehung durch den Staat zu ersetzen, das Wesen aller Diktaturen? Darum Nein am 15. Mai.

*Dr. med. T. Lippmann, Uetliburg*

### «Mangel an Selbstkritik ist der Grund fürs Versagen»

Dieses Zitat von David Tatuljan widerspiegelt die momentane Situation beim BAG. Insbesondere in der überbordenden Aktivität bei der Qualitätsstrategie schießt das BAG über die Ziele hinaus. Dieser Aktivismus beim BAG verursacht nicht nur enorme Kosten in mehrfacher Millionenhöhe, sondern es wird auch zum monströsen Bürokratismus mit ungeahnten Folgen für die betroffenen Akteure. Nehmen wir das folgende Beispiel, dasjenige des elektronischen Patientendossiers, das stellvertretend für viele weitere Projekte explizit die Unfähigkeit des BAG aufzeigt. Es ist ein Gewurstel par excellence seit gut zwei Jahrzehnten. Oder die Qualitätsstandards in der Grundversorgung, hier wurde bereits von etablierten Institutionen wie z.B. EQUAM hervorragende Arbeit geleistet. Dieses von Praktikern entwickelte System wird laufend weiterentwickelt, um den neuen Herausforderungen gewachsen zu sein. Es ist ein erprobtes Qualitätsinstrument, dessen Anwendungs- oder Umsetzungspotential noch lange nicht ausgeschöpft ist. Ein weiteres Beispiel

einer geachteten Einrichtung ist die Stiftung für Patientensicherheit Schweiz. Diese Institution hat sich während 20 Jahren zu einer wahren Perle im Gesundheitswesen entwickelt und sich einen hervorragenden Ruf erworben. Warum wurde diesem Betrieb durch das BAG die Mittel gekürzt? Bei diesen erwähnten Beispielen könnten das BAG und die Politik unterstützend wirken und dies wohl mit einem geringeren Kostenaufwand. Auf andere, zum Teil überspitzte Projekte möchte ich nicht näher eintreten, da dies bereits in vielen Medien zur Genüge aufgezeigt wurde. Das BAG müsste vermehrt auf konstruktiver Ebene mit Praktikerinnen und Praktikern zusammenarbeiten, denn wie schon Konfuzius sagte: «Wenn über das Grundsätzliche keine Einigkeit besteht, ist es sinnlos, miteinander Pläne zu machen.» Auch den Politikerinnen und Politikern rate ich: «Gehen Sie an die Front», reden und diskutieren Sie mit den Betroffenen, die tagein, tagaus einen tollen Job am Patienten erbringen und nur das Beste für sie wollen.

*Rudolf Wartmann,  
Berater im Gesundheitswesen, Wettingen*

## Nous publions vos textes

**Le Bulletin des médecins suisses publie les sujets qui préoccupent les organisations du corps médical et autres groupements. Notre revue vous permet d'atteindre votre public cible.**

### Thèmes possibles:

- Politique professionnelle médicale, politique de santé;
- Questions de santé publique;
- Sujets juridiques, économiques, éthiques, culturels et autres, qui concernent les médecins en Suisse.

Notre rédaction se fera un plaisir d'évaluer tout article n'ayant pas encore été publié dans un autre média.



**Vous trouverez plus d'amples informations sous [bullmed.ch](http://bullmed.ch) → Instructions pour les auteurs**

