

## Kritik am Wirtschaftlichkeits-Verfahren der Versicherer

Das Verfahren zur Ermittlung der überdurchschnittlich teuren Ärzte differenziert laut einem neuen Gutachten zu wenig. Es besteht zudem die Gefahr versteckter Rationierung.

### Liebe Leserinnen und Leser

Was wir in unserer täglichen Arbeit bei der Beratung von betroffenen Ärztinnen und Ärzten immer wieder feststellen, konnte nun auch auf wissenschaftlicher Basis belegt werden: Zwei unabhängig durchgeführte Studien kommen zum Schluss, dass das Screening-Verfahren ANOVA von santésuisse zur Selektion von kostenauffälligen Ärzten schlecht geeignet ist.

Im Gutachten von PD Matthias Schwenkglens der Universität Basel wird die santésuisse-Datenbank mit der Datenbank der ärztlichen TrustCenter verglichen. Dabei konnte nachgewiesen werden, dass die santésuisse-Daten unvollständig und die beiden Datenlagen statistisch hoch signifikante Differenzen aufweisen. Bis jetzt stützten sich die Gerichte in Rechtsverfahren allein auf die Zahlen von santésuisse, dies dürfte sich künftig ändern. Mehr dazu lesen Sie im Artikel «Physician Profiling und Evidenz dank eigener Zahlen».

Die zweite Studie befasst sich mit der Beurteilung des Screening-Verfahrens der Krankenversicherer zur Identifikation von Überarztung in der Schweiz. Das Gutachten von Prof. Jürgen Wasem (BRD) kommt zum Schluss, dass das Verfahren der santésuisse nicht sachgerecht ist und verdeckte Rationierung fördert.

Im Argumentarium der Krankenversicherer ist immer wieder nachzulesen, dass das eingesetzte Wirtschaftlichkeitsverfahren vor allem einen präventiven Charakter hat. In den Jahren 2007 und 2008 wurde in 60 Fällen der Rechtsweg beschritten. In beiden Jahren wurden aber mehr als 2 500 Ärzte damit beauftragt, den erhöhten Kostenindex zu begründen.

Eine Aufgabe, die dank Praxisspiegel und Unterstützung durch hawatrust lösbar ist. Für den einzelnen Betroffenen generiert sie aber viel Aufwand und Ärger und sorgt nicht zuletzt auch für Verunsicherung.

Wie steht es eigentlich um die Wirtschaftlichkeit unserer Krankenversicherer? Gibt es Unterschiede bei den Verwaltungskosten? Wenn ja, wie können diese erklärt werden?



Lesen Sie dazu unter ceterum censeo den Artikel eines hawatrust-Kunden, der sich mit dem Thema auseinandergesetzt hat.

**Yves Broccon**  
Geschäftsführer

## Rollende Kostenstudie ROKO

Die Rollende Kostenstudie ROKO erlebt in diesem Jahr eine eigentliche Wiedergeburt. Alle kantonalen Ärztegesellschaften haben sich dazu entschlossen, die ROKO neu zu lancieren. Die Erfassung der Kostendaten wurde einfacher und benutzerfreundlicher gestaltet.

Ab diesem Jahr müssen nur noch acht Zahlen ausgefüllt werden, und die Erfassung ist auch elektronisch über unsere Internetseite [www.hawatrust.ch](http://www.hawatrust.ch) oder über [www.kka-ccm.ch](http://www.kka-ccm.ch) möglich. Selbstverständlich ist nach wie vor die Erfassung auf Papier möglich.

Anfangs September 2010 haben alle frei praktizierenden Ärztinnen und Ärzte ein Couvert mit den ROKO-Unterlagen und einer ausführlichen Beschreibung erhalten. Seitens TrustCenter empfehlen wir die Teilnahme an der ROKO-Datensammlung sehr.

## Physician Profiling und Evidenz dank eigener Zahlen

«Gut Ding will Weile haben», die Physician Profiling-Studie hat mit der Veröffentlichung des statistischen Berichts und des SAEZ-Artikels ein Etappenziel erreicht. Die Ärzteschaft konnte mit eigenem Zahlenmaterial und durch die Mithilfe der TC und NewIndex Divergenzen in der santésuisse-Statistik aufzeigen. Diese hat für die betroffenen Ärzte oftmals unerwünschte Effekte, hinterfragt deren Arbeitsweise und kann durchaus auch zu impliziter Rationierung führen: Letzteres wiederum kann nicht den Bedürfnissen der Patienten entsprechen und wirft Fragen bezüglich der Versorgungsqualität auf.

Die Physician Profiling-Studie vom Institute of Pharmaceutical Medicine/ECPM der Universität Basel zeigt mittels eines direkten Vergleiches der RSS-Statistik (santésuisse) und der Praxisspiegel-Statistik der TrustCenter, was für Faktoren die Auslegung der Statistiken für die Ärzte negativ prägen<sup>1</sup>.

### Welches sind nun die Hauptkenntnisse der Studie

Als Erstes kann festgestellt werden, dass die verschiedenen Datenlagen zu anderen Schlüssen führen. Werden die Daten eines identischen Kollektivs (gleiche Ärzte) beider Statistiken verglichen, dann ergeben sich statistisch signifikante Unterschiede. Diese Differenzen führen zu unterschiedlichen Interpretationen und demnach zu divergierenden Aussagen, und dies meist zu Ungunsten des Arztes. Die statistische Analyse zeigt, dass dies in 14 % der Fälle so ist. Ein Grund dafür können fehlende Patienten in der RSS sein, da diese beispielsweise Selbstzahler nicht ausweist. Als besonders relevant erweist sich dies, da nämlich festgestellt wurde, dass in der PSS ca. 18 % Selbstzahler sind und zu erwarten ist, dass damit ein generell günstigeres Patientengut, sprich mit einer tieferen Morbidität, nicht in der Statistik abgebildet ist.

In der Folge sind auch die auffälligen Ärzte unterschiedlich. Mit gleichen Ellen gemessen, resultieren im ärztlichen Datenpool, beim Stichindex von 130, ca. 50 % weniger auffällige Ärzte als in der RSS. Die Erklärung dafür ist, dass die RSS nur nach Kanton und Fachgruppe stratifiziert. Dies offenbart die Schwäche der santésuisse-Methodik, da diese erwiesenermassen eine zu geringe Differenzierung ihrer Kollektive vornimmt. Im Unterschied dazu bietet ärztliche Datensammlung gerade dies! Ohne grossen Aufwand und für jedes Mitglied zugänglich, können der Praxisstandort (Stadt – Agglomeration – Land) und die Art der Medikamentenabgabe (Praxisapotheke ja/nein) berücksichtigt werden. Andere Merkmale, die noch stärker in Richtung der Morbiditätsdifferenzierung des Patientengutes gehen, sind auch möglich. Nicht weiter verwunderlich ist, bei der Wahl eines optimierten Referenzkollektivs, dass der Praxisstandort und die Art der Medikamentenabgabe für die Höhe der Kosten statistisch determinierend sind. Bei der Analyse ist eine weitere interessante Tatsache zu Tage getreten. Addiert man die Summen der direkten und der veranlassten Kosten, stimmt das Ergebnis teilweise nicht mit den in der RSS ausgewiesenen Gesamtkosten überein. Zusätzlich wurde beobachtet, dass innerhalb

der gleichen Facharztgruppe einzelne RSS unterschiedliche Kollektivwerte (Index 100) ausweisen, wie kann dies sein? Die santésuisse-Datenqualität scheint instabil zu sein. Dies fällt durchaus ins Gewicht, denn bei über 20 % der Ärzte betragen die Abweichungen bei den addierten Kosten pro Alters- und Geschlechtsgruppe des Patientenkollektivs und dem Total der Kosten mindestens CHF 2500. Auch bei den restlichen Ärzten sind Divergenzen zu verzeichnen. In Summe und im Einzelfall ist dies keinesfalls unbedeutend. Eine Erklärung ist schwierig, aber es gehen offensichtlich entweder Patienten und/oder Kosten verloren.

Nach wie vor wird weder die Methode noch das WZW-Verfahren selbst in Frage gestellt. Wie viel Evidenz wird noch benötigt, dies umzustossen? Worauf basiert hier die Legitimation von santésuisse, nur die eigenen Daten zu verwenden?

«Not everything that counts  
can be counted and not everything  
that can be counted counts.»

ALBERT EINSTEIN

Die Ärzteschaft fordert an dieser Stelle einzig ein validiertes Verfahren auf einer stabilen und vertrauenswürdigen Datenbasis. Dies scheint, wie sich in der Studie gezeigt hat, nicht der Fall zu sein! Weiter schlägt die Ärzteschaft einen morbiditätsorientierten Ansatz vor. Dazu ist sie auch bereit beizutragen, gerade für eine qualitativ hochstehende Versorgung ist dies von immenser Wichtigkeit. Weitere Gutachten belegen den Handlungsbedarf und das mangelnde Vorgehen im WZW-Verfahren<sup>2</sup>.

Wird diesen Forderungen trotz der entsprechenden Evidenz nicht stattgegeben, besteht die Gefahr der Unterversorgung oder impliziter Rationierung. Denn Ärzte, die nach bestem Wissen und den Regeln der Kunst praktizieren, kommen grundlos unter Druck, was sich im schlimmsten Fall indirekt auf die gesamte Versorgungskette auswirken kann.

Die Ärzte sind sich der Bedeutung der WZW-Verfahren bewusst und unterstützen dieses grundsätzlich, aber nur mit einem ausgewogenen gerechten Verfahren, das sich auf eine verlässliche Datenbasis stützt. Die aktuellen Mängel müssen ausgemerzt werden und die Ärzteschaft ist gerne bereit, ihren Teil bei der Erarbeitung einer aufdatierten paritätischen Methode zu leisten.

<sup>1</sup> Die Resultate im Detail können auf folgender Seite in Form des statistischen Berichtes: [www.ecpm.ch/ecpm\\_research/publications](http://www.ecpm.ch/ecpm_research/publications) oder als Zusammenfassung in der SAEZ Nr. 35/2010 heruntergeladen werden.

<sup>2</sup> Wasem (2010)

## Wie wirtschaftlich arbeiten Krankenversicherer?

Ausgehend von einem Artikel in der «Berner Zeitung»<sup>1</sup> werden die zitierten teils ausserordentlich hohen Verwaltungskosten pro Versicherten weiter analysiert. Die über dem Durchschnitt liegenden Kosten werden mit dem «Gewinn» aus den WZW-Verfahren verglichen. Der zusätzliche Zahlenvergleich mit den Beschäftigten der Versicherer und den ärztlichen Grundversorgern ergibt ein aufschlussreiches Bild über den administrativen Aufwand. Schlussfolgerung: Als unproduktiver Teil verbraucht der Verwaltungsaufwand zu viele Ressourcen. Bei begrenzten Ressourcen sind alle Kostenbereiche gleichsam zu kontrollieren.

Gemäss dem Artikel in der Berner Zeitung betrieb die auf-fälligste Versicherung (mit 712 622 Versicherten) 252 Franken Verwaltungsaufwand (Verwaltungsaufwand plus Abschreibungen) pro Versicherten im Jahr 2008. Die günstigste (mit 4146 Versicherten) gab 69 Franken pro Versicherten aus. Unter Berücksichtigung aller Kassen<sup>2</sup> lässt sich ein Mittel von 140 Franken Verwaltungsaufwand pro Versicherten berechnen; der Median beträgt 132.

### Zahlenmaterial

Prozentual deklarieren die Versicherer einen Verwaltungsaufwand (Verwaltungsaufwand und Abschreibungen in % der Ausgaben) von durchschnittlich 5,7%. Dieser Wert betrug 1996 noch 8,1%. Diese Verbesserung wird gerne als Beleg herangezogen für die sparsame Geschäftsführung der Versicherer. Indes interessiert sich der Kunde/Versicherte ausschliesslich für den Absolutwert: wie viel von meiner Einzahlung steht mir letztlich für Versicherungsleistungen zur Verfügung? Beispielsweise lag der Prozentualwert des Verwaltungsaufwandes des grössten Krankenversicherers im 2008 bei 7,8% – das scheint nicht so hoch zu sein. Der Absolutwert von CHF 252 ergibt jedoch eine ganz andere Grössenordnung. Mit der Betrachtung der Verwaltungskosten als Prozentbetrag der gesamten Betriebsrechnung der Firma gelingt uns keine gute Einschätzung des tatsächlichen Aufwandes. Die Zahl ist so etwas wie ein Surrogatmarker.

Die massiven Unterschiede von mehreren hundert Prozent lassen sich nicht erklären. Beim Verwaltungsaufwand von Krankenversicherungen erwartet man statistisch praktisch identische Aufwendungen. Zudem sollte der Aufwand pro Versicherten bei grossen Versichertenbeständen sinken und tiefer liegen als bei kleinen Kassen. Hier besteht also Erklärungsbedarf seitens der Versicherer.

### Sparpotenzial

Würde man als toleriertes Maximalmass den Median von 132 Franken Verwaltungsaufwand pro Versicherten setzen, könnten Gesamtkosten bei allen Versicherern von 211 Mio. gespart werden. Bei CHF 110 wären dies 350 Mio. Bei Verwaltungskosten von CHF 22 wird rund eine Milliarde eingespart.

### WZW-Verfahren

Die «Einsparungen» von CHF 5 Mio., welche die santésuisse mit den WZW-Verfahren bei den ÄrztInnen einbringen

können, wirken auf diesem Hintergrund verschwindend klein. Dabei handelt es sich bei differenzierter Betrachtung nicht einmal um eine effektive Einsparung. Die Aufwendungen seitens santésuisse, der ÄrztInnen, Anwälte, Gerichte sind nicht mit einberechnet, ebenso wenig Kollateralschäden der WZW-Verfahren wie zum Beispiel Unterbehandlungen eingeschüchterter Ärzte. Nach eigenen Schätzungen könnte aus diesen Verfahren ein volkswirtschaftlicher Schaden von CHF 15 Mio. bis rund 45 Mio. resultieren.

Ärzte gelten ab einer Abweichung von 30% von ihrem Kollektiv als auffällig. Falls sie Praxisbesonderheiten nicht glaubhaft machen können, gelten sie entweder als inkompetent oder dann als Betrüger. Sie riskieren existenzbedrohliche Rückzahlungsforderungen von Leistungen, die sie teils nicht einmal selbst abgerechnet haben (z.B. Physiotherapien).

Weshalb Versicherer in ihrer Kostenstruktur, ohne Konsequenzen befürchten zu müssen, um mehrere hundert Prozent abweichen dürfen, entzieht sich dem Vorstellungsvermögen und der statistischen Logik, zumal sich Verwaltungsaufwendungen bei grossen Kollektiven statistisch homogenisieren.

### Zahlenvergleich personell

Ein weiterer Zahlenvergleich ist aufschlussreich: Die Anzahl Beschäftigter bei den Versicherern betrug 2006 8819 Vollzeitstellen<sup>3</sup>. Demgegenüber stehen im gleichen Jahr 8647<sup>4</sup> Grundversorger in freier Praxis, wozu gerechnet werden können: Allgemeinärzte, Internisten (teilweise), Pädiater, Psychiater (teilweise), Kinderpsychiater, Gynäkologen (teilweise). Es sind also die ÄrztInnen, die praktisch jeden Patienten primär betreuen, auch solche, die andere Leistungen beziehen, zum Beispiel Spitalleistungen, physikalische Therapien, spezialärztliche Behandlungen. Mit anderen Worten beschäftigt jeder Patient nebst einem Grundversorger auch einen Verwalter. Dieses Zahlenverhältnis gibt zu denken.

### Dr. med. René Mégroz

Winterthur

<sup>1</sup> «Je grösser die Kasse, desto höher die Kosten», von Claude Chatelain, 16.08.2010, Berner Zeitung

<sup>2</sup> «Aufsichtsdaten Obligatorische Krankenpflegeversicherung KVG (OKP) 1996-2008, BAG

<sup>3</sup> siehe 2)

<sup>4</sup> «Einkommensverhältnisse der freien Ärzteschaft der Schweiz in den Jahren 2006, SAEZ 2010; 91: 12



## Unsere Partner verdienen auch Ihr Vertrauen

## Neue TX Praxis-Version

HIN, die Plattform für den sicheren und datenschutzkonformen Datenaustausch im Schweizer Gesundheitswesen, löst in Kürze den ASAS Client durch einen neuen HIN Client ab. Der neue HIN Client bedingt auch, dass eine neue Version von TX Praxis, TX Praxis V3 eingesetzt wird.

Die Einführung des neuen HIN Clients und TX Praxis V3 startet im Zeitraum Dezember 2010 – Januar 2011 und dauert bis März 2011. Über den genauen Zeitpunkt, wann Sie mit dem Update starten können, werden Sie noch informiert.

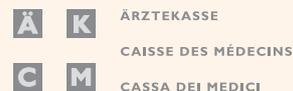
Um Ihnen den kommenden Update in Ihrer Praxis so einfach wie möglich zu gestalten, werden wir Ihnen den HIN Client und TX Praxis V3 in einem gemeinsamen Installationspaket zur Verfügung stellen. Sollte es während der Einführung beim Update zu Fragen oder Problemen kommen, stehen wir Ihnen gerne zur Verfügung.

TX Praxis dient in Ihrer Praxis der Übertragung Ihrer Rechnungsdaten an das TrustCenter und der vorgängigen Anonymisierung und Verschlüsselung der Patientendaten. Für die sichere und datenschutzkonforme Übertragung nutzt TX Praxis den ASAS bzw. neu den HIN Client.



hawatrust-Kunden, welche gleichzeitig Kunden unserer Kooperationspartner sind, erhalten auf den Praxisspiegel eine Preisreduktion von CHF 100.– je Partner.

### Ihre Partner für Praxisadministration, Praxismanagement und Inkasso:



### INKASSOMED

Das standesnahe Inkasso-System für das Schweizer Gesundheitswesen

### Ihr Partner für Medikamente:

zur Rose Ärztgrossist

### Ihre Partner für Laborleistungen:



## Deshalb arbeiten wir mit Helvepharm:

- **Keine Verwechslungsgefahr dank einzigartigem Design**
- **Vollsortiment für alle wichtigen Therapiegebiete**
- **Bescheidene Preise: Helvepharm ist immer unter den 3 günstigsten Anbietern**



### Impressum

**Auflage:** 1100 Exemplare  
**Redaktion:** Yves Broccon  
**Adresse:** hawadoc AG  
Garnmarkt 1, 8400 Winterthur  
Tel. 052 235 01 70, Fax 052 235 01 77  
hawadoc@hawadoc.ch, www.hawadoc.ch  
**Gestaltung:** S&W Werbeagentur AG BSW, Baden