

Wie sich ein Wirtschaftlichkeitsverfahren vermeiden lässt oder 18 Ratschläge für ein ruhiges Leben als Hausarzt

Der Autor des nachfolgenden Beitrags ist der Redaktion namentlich bekannt. Er legt allerdings keinen Wert darauf, sich gegenüber den Krankenversicherern zu exponieren.

Der Druck gegen das unsägliche Wirtschaftlichkeitsverfahren muss meines Erachtens endlich erhöht werden. Die Passivität sowohl der FMH als auch der Fachgesellschaften ist ein Skandal. Offenbar befürchten alle, man werde in der Öffentlichkeit des «Deckens (!) der sogenannten schwarzen Schafe» bezichtigt, wenn man das Verfahren kritisiert oder es gar ganz infrage stellt. Da nicht zu erwarten ist, dass unsere Standesorganisationen sich ernsthaft oder gar erfolgreich gegen diese unseligen, demütigenden und ungerechten «Wirtschaftlichkeitsverfahren» zur Wehr setzen, im Nachfolgenden ein paar Ratschläge, wie sie sich denn vermeiden lassen. Der Zynismus, den Sie, liebe Kollegin, lieber Kollege, daraus lesen mögen, ist der direkte Ausfluss des Zynismus, der in diesen Verfahren selber liegt.

1. Werde am besten nicht Hausarzt. Und wenn du unbedingt an der Hausarztmedizin hängst, dann werde zumindest Allgemeininternist und nicht Allgemeinpraktiker.

Begründung: Obwohl die Tätigkeit von Allgemeinpraktikern und Allgemeininternisten in der Stadt, in der Agglomeration und auch auf dem Land mehr und mehr die Gleiche ist (zu einem grossen Teil behandeln wir internistisch-geriatrische Patienten), hat der Allgemeininternist einen wesentlich höheren Fallschnitt zugeut. Warum? Ganz einfach: Weil die Allgemeininternisten im Schnitt teurer arbeiten.

2. Am besten ist aber: Du wirst Spezialist (Onkologe, Rheumatologe ...) und arbeitest grösstenteils als Hausarzt.

Erklärung: Als Spezialist kannst du deine hausärztliche Tätigkeit sehr teuer verkaufen und bist innerhalb deiner Sparte trotzdem statistisch ein weisses Schaf. Peinlich ist die Sache für deine Kollegen, die ihre Spezialisierung zu 100 Prozent betreiben. Da Leute wie du den Durchschnitt der Spezialisierung drücken, haben die echten Spezialisten Probleme, ihre Kosten zu rechtfertigen.

3. Eröffne deine Praxis in einem teuren Kanton.

Begründung: In einem teureren Kanton hast du einen höheren «Schnitt» zugeut. Gehst du in einen billigen Kanton, wird dir zur Strafe im (gesamtschweizerisch basierten) ANOVA-Index (1) bei den erlaubten Kosten ein Abzug gemacht, im teuren Kanton er-

hältst du dagegen einen Bonus. Warum dürfen die Ärzte eines teureren Kantones teurer sein? Weil sie teurer sind!

4. Eröffne deine Praxis in einem Kanton mit Selbstdispensation.

Erstens erlaubt dir das Einkommen aus den Medikamenten, ab und zu eine erbrachte Leistung nicht zu verrechnen (eines der Ziele des Wirtschaftlichkeitsverfahrens!), andererseits werden dir dann nicht auch noch die Apothekerkosten (Beratungstaxe, Patiententaxe) angerechnet.

5. Suche bei deinen Patienten nicht nach Risikofaktoren.

Deren Behandlung kostet Unsummen, vor allem bei den Medikamenten. Allfällige Einsparungen fallen ganz woanders an, wo sie dir leider nicht gutgeschrieben werden.

6. Verzichte auf Zusatzausbildungen mit oder ohne Fähigkeitsausweis.

Sie erhöhen deine Behandlungskosten, werden aber beim Durchschnitts-Bearbeitungsverfahren nicht berücksichtigt.

7. Überweise, statt abzuklären.

Abklärungen belasten dein «Budget», Überweisungen hingegen nicht, zumindest vorläufig (siehe aber unter Zukunftsperspektiven).

8. Hospitalisiere schwerer Erkrankte, statt sie zu behandeln.

Intensive Behandlung, Überwachung und Hausbesuche belasten dein «Budget», Hospitalisationen tun das – zumindest vorläufig – nicht (siehe aber unter Zukunftsperspektiven).

9. Achte darauf, nicht zu viele Chronischkranke zu haben.

Wähle am besten einen Praxisstandort, der für Behinderte schlecht zugänglich ist. Chronischkranke sind teuer und treiben deinen Schnitt nach oben, obwohl du die tatsächlich aufgewendete Zeit oft gar nicht verrechnen kannst.

10. Bitte die behandelnden Spezialisten, die deinem Patienten teure Medikamente verordnet haben, auch die Folgeerzette auszufüllen.

11. Wenn du zu hohe Physiotherapiekosten hast, schicke deine Patienten auf eine Rheumatologische Poliklinik und lass die Physiotherapieverordnung und alle Folgeverordnungen von dort ausfüllen.

Das kostet zwar viel mehr, entlastet aber deinen Physiotherapie-Index.

12. Stelle keine Dauerrezepte aus.

Du verlierst mit Dauerrezepten die Kontrolle mehr oder weniger vollständig.

13. Sei für deine Patienten nicht zu einfach und zu häufig erreichbar.

Jeder Notfall, der zum Notfallarzt oder auf die Notfallstation geht, entlastet dein Budget.

14. Verhänge auf keinen Fall einen Aufnahmestopp für neue Patienten!

Besonders gefährdet, in ein Wirtschaftlichkeitsverfahren zu geraten, bist du, wenn du seit 20 bis 30 Jahren praktizierst: Dann haben sich viele ältere und chronischkranke Patienten bei dir angesammelt. Gleichzeitig spürst du, dass du dringend weniger arbeiten solltest! Ohne jungen, gesunden Nachwuchs wird dein Patientenstamm im Durchschnitt sehr rasch immer kränker und teurer, und das Wirtschaftlichkeitsverfahren hast du auf sicher. Wie aber kommst du ohne Aufnahmestopp zur dringend nötigen Entlastung? Ja, eben, wie zum Teufel?

15. Abonniere bei der Santésuisse (www.santesuisse.ch -> Dienstleistungen -> onlineshop -> Leistungserbringer) deine Zahlen.

Wenn deine Indizes gegen 120 bis 130 tendieren, wird es gefährlich. In diesem Fall halte dich soweit möglich an die obigen Ratschläge.

16. Befrage und untersuche Neupatienten, bevor du sie in deinen Patientenstamm übernimmst und akzeptiere keine, die nach hohen Kosten riechen.

17. Vermeide negatives Auffallen bei den Krankenkassen.

Äussere dich keinesfalls in der Öffentlichkeit kritisch über Krankenkassen. Beantworte auch Anfragen, die nicht dem Datenschutzgesetz entsprechen und so weiter und so fort. Warum? Die Computer der Santésuisse sind so eingestellt, dass primär 2000 Ärzte hängen bleiben. Den ominösen Brief erhalten 500 Ärzte. Sapienti sat.

Zukunftsperspektiven

Die SAS ist guten Mutes, demnächst auch Zu- und Einweisungen erfassen zu können. Da sie aber weiterhin konsequent auf die Berücksichtigung der Morbidität deines Patientengutes verzichten will, wird dadurch die Situation für dich schlechter und nicht besser. Leider ist zu erwarten, dass dieser Wechsel der Spielregeln nicht im Voraus kommuniziert wird. Wenn es so weit ist, halte dich an den folgenden Ratschlag:

18. Falls du bei einem Patienten nicht mehr weiter kommst, schicke ihn je nachdem zum Spezialisten oder ins Spital, schärfe ihm aber ein, zu sagen, er komme von sich aus und nicht auf Überweisung.

Die Qualität der Weiterbehandlung wird zwar, weil du dann keinen Bericht erhältst, nicht gerade verbessert. Bedenke aber: Das

Ziel des sogenannten Wirtschaftlichkeitsverfahrens ist nicht die Verbesserung der Behandlungsqualität.

Schlussbemerkung

Das sogenannte Wirtschaftlichkeitsverfahren wird begründet mit der Verpflichtung der Krankenkassen zur Überprüfung von Wirtschaftlichkeit, Wirksamkeit und Zweckmässigkeit der Leistungen. Alle drei Kriterien können ohne Kenntnis der Zusammensetzung des Krankengutes eines Arztes nicht beurteilt werden. Nur eben: Darauf kommt es nicht an.

Zweck des sogenannten Wirtschaftlichkeitsverfahrens ist nicht etwa, schwarze Schafe zu finden. Die wirklichen schwarzen Schafe wissen nämlich, wie man viel Geld machen kann, ohne im statistischen Raster hängen zu bleiben. Sie benötigen die oben stehenden Ratschläge nicht. Ein zielgenaues Verfahren wäre geradezu kontraproduktiv, da es letztlich darum geht, möglichst viele Ärzte dazu zu bringen, ihre teuren (chronischen) Patienten möglichst billig (= mangelhaft) zu versorgen. Damit lassen sich mindestens auf kurze Sicht grosse Summen einsparen. ■

Dr. med. N.N.

(Name – wie gesagt – der Redaktion bekannt)

1. Im Auftrag der Krankenversicherer übt die Santésuisse (SAS) die Kontrollpflicht über die Wirtschaftlichkeit der Leistungen gemäss Art. 32 und 34 KVG aus. SAS hat dafür die Rechnungsstellerstatistik institutionalisiert, welche neben den Leistungen in der Praxis auch die veranlassten Leistungen bei Apotheken, Laboratorien und Physiotherapeuten berücksichtigt. Seit 2004 zieht die SAS den sogenannten Anova-Index hinzu. (Beim Anova-Index prüft SAS, welche Faktoren einen signifikanten Einfluss auf die Durchschnittskosten des Leistungserbringers haben. Anschliessend wird mit der Methode der kleinsten Quadrate jedem Leistungserbringer ein Kennwert zugeordnet, der als standardisierte Kosten pro Leistungserbringer aufgefasst werden kann. Diese Standardisierung soll den Einfluss aller signifikanten Faktoren korrigieren. Das Problem bei dieser Methode ist aber, dass SAS zu den wichtigsten Faktoren wie Morbidität, Spezialisierung in der Praxis, Beschäftigungsgrad, örtliche Gegebenheiten [z.B. starke Tourismus-Frequenz] etc. über keine Informationen verfügt. Ein weiteres Problem sind die Vergleichskollektive, welche oft zu klein sind für repräsentative Aussagen.)

Sämtliche Ärzte mit einem Anova-Index über 130 erhalten von SAS ein Schreiben zusammen mit der Rechnungsstellerstatistik und dem Anova-Index. Der Arzt hat darauf innert drei Monaten die Möglichkeit, Besonderheiten seiner Praxis resp. der Kostenstruktur zu erläutern. Anschliessend wird das Verfahren entweder abgebrochen, oder SAS sucht das persönliche Gespräch mit dem Arzt, wenn weitere Hintergrundinformationen zur Eigenheit der Praxis erforderlich sind. Zu diesem Gespräch nimmt SAS i.d.R. einen fachkundigen Vertrauensarzt mit.

Nach diesem Gespräch gibt es grundsätzlich drei mögliche weitere Schritte:

- Abbruch des Verfahrens, wenn höhere Durchschnittskosten erklärt werden konnten
- Beobachtungsjahr – Vereinbarung von Zielen mit Überprüfung im Folgejahr
- Weiterführung des Verfahrens.

Paritätische Kommission

Wenn die Argumente für die höheren Durchschnittskosten nicht zu überzeugen vermögen, kalkuliert SAS die Rückforderungssumme an den vermeintlich fehlbaren Arzt und zieht den Fall weiter vor die Paritätische Kommission. Ziel ist es in dieser Phase, eine aussergerichtliche Einigung über die Rückforderungshöhe und/oder künftige Einsparungsziele zu erreichen.

Gerichtsfall

Wenn in der Paritätischen Kommission keine Einigung zustande kommt, wird das Verfahren auf dem ordentlichen Gerichtsweg weitergeführt.