



Kritik am WZW-Verfahren



*Liebe Kundinnen und Kunden,
liebe Leserinnen und Leser*

Der zweifelsfreie Nachweis von unwirtschaftlichem Verhalten, wie ihn die santésuisse zu erbringen behauptet, existiert nicht. Die Methode der santésuisse ist nicht nur problematisch, sondern führt geradezu zu dem absurden Resultat, dass teure Ärzte billig scheinen und billige Ärzte teuer.

Ein WZW-Verfahren löst bei den Betroffenen existenzielle Ängste aus. Es ist deshalb zu verhindern, dass Ärztinnen und Ärzte nach dem Giesskannenprinzip in den Strudel solcher Verfahren geraten.

Die Unzulänglichkeiten des WZW-Verfahrens müssen auf verschiedenen Ebenen aufgezeigt werden. Mit dem jüngst veröffentlichten Rechtsgutachten von cand. iur. Simon Haefeli ist ein wichtiger Schritt auf juristischer Ebene getan. Darin wird aufgezeigt, dass mit diesem Verfahren neben dem entste-

henden volkswirtschaftlichen Schaden auch fundamentale Prozessrechte der Ärzteschaft verletzt werden und gegen das Legalitätsprinzip verstossen wird. Im vorliegenden trustin finden Sie eine Zusammenfassung dieses Rechtsgutachtens.

Ausserdem bringen wir Ihnen in unserer Serie Den Praxispiegel auf den Punkt gebracht! das Register <Umsatz> näher.

Wir wünschen Ihnen viel Spass bei der Lektüre.

Karl Züger
Geschäftsführer

KPT neuer eDA-Kunde

Ab 2009 wird KPT die Rechnungen elektronisch in unserem Trustcenter abholen. Wir freuen uns, dass damit ein weiterer Versicherer von dieser technisch einfachen, sicheren und kostengünstigen Lösung profitieren kann.

Den Praxisspiegel auf den Punkt gebracht!

Teil 3 – Register <Umsatz>

Ausblick:
In der nächsten *trustin*-Ausgabe stellen wir Ihnen das Register <Ärztliche Leistungen> näher vor.

Mit dieser Serie bringen wir Ihnen praxisnah und nutzenorientiert die einzelnen Praxisspiegel-Register näher. Die aktuelle Ausgabe widmet sich dem Register <Umsatz>.

In diesem Register kann der Umsatz nach Tarif oder nach Gesetz aufgeteilt eingesehen und mit dem Referenzkollektiv verglichen werden. Es stehen vier Unterregister zur Verfügung, wobei der Umsatz nach Tarif oder Gesetz entweder in der Zeitpunkt- oder Zeitreihenbetrachtung dargestellt werden kann. Wir stellen nachfolgend die Umsatzverteilung nach Tarif in Zeitpunkt- oder Zeitreihenbetrachtung näher vor. Der Umsatz lässt sich in diesem Register auch nach Gesetz aufgeteilt – also KVG, UVG, MVG, IVG, VVG – darstellen.

Unterregister <Split nach Tarif>

Die Umsatzverteilung nach Tariftyp lässt sich in diesem Screen mit dem Kreisdiagramm optisch einfach vergleichen mit dem Referenzkollektiv. Darunter sind die Umsätze nach Tarif dargestellt in absoluten Zahlen mit relativer Verteilung.

1 Kennzahlen

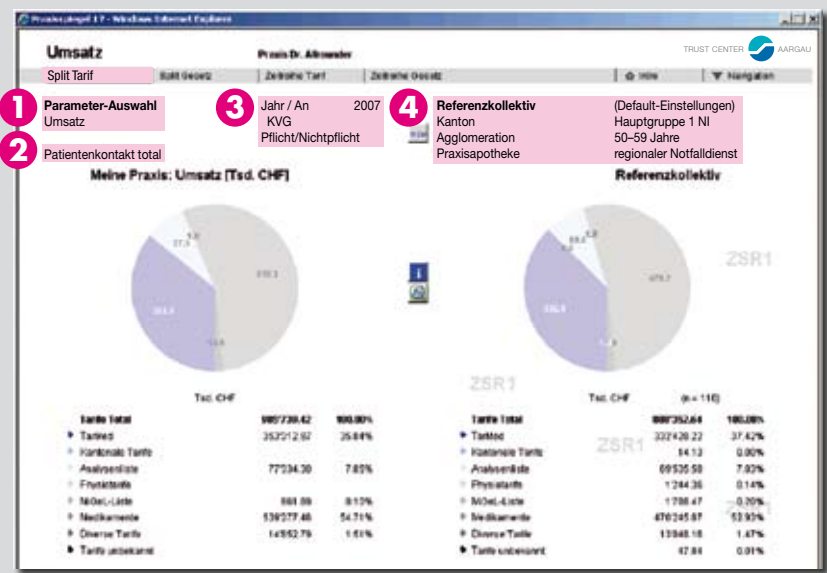
Zur Auswahl stehen drei Kennzahlen:

- Umsatz
- Umsatz pro Patient
- Umsatz pro Patientenkontakt

2 Patientenkontakt

Es besteht die Möglichkeit, eine Selektion nach der Art des Patientenkontaktes vorzunehmen. Beispiele:

- Konsultation
- Telefonische Konsultation
- Hausbesuche
- Gutachten und Berichte
- Arbeit durch Dritte
- und viele mehr



Unterregister <Zeitreihe Tarif>

Die Umsatzverteilung nach Tariftyp lässt sich in diesem Screen als Zeitreihe darstellen. Das Säulendiagramm zeigt dabei die Umsatzverteilung nach Tariftyp auf der Zeitachse nach Monat.

3 Weitere Selektionsmöglichkeiten

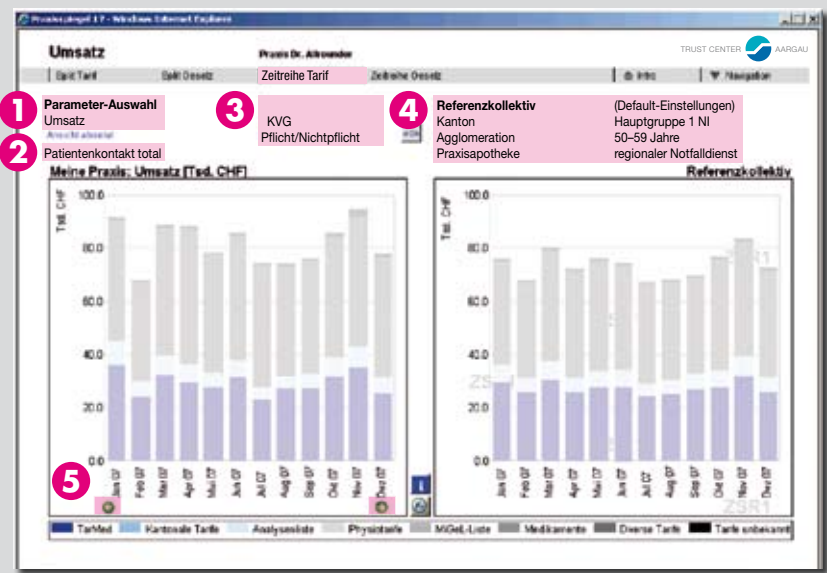
Wie in anderen Registern besteht die Möglichkeit, eine Selektion nach Gesetz oder nach Pflicht-/Nichtpflichtleistungen vorzunehmen. Mit dem WZW-Button kann per Knopfdruck auf KVG-Pflichtleistungen eingeschränkt werden.

4 Referenzkollektiv

Wie in den übrigen Registern kann das Referenzkollektiv mit den blauen Parametern auf der rechten Seite des Praxisspiegels nach Wunsch eingestellt werden.

5 Scrollen auf der Zeitachse

Die beiden grünen Pfeile ermöglichen das Scrollen auf der Zeitachse.



Vom Gericht ruiniert – WZW in der Kritik

cand. iur. Simon Haefeli, NewIndex AG, Winterthur

Ein Gespenst geht um unter Ärzten: das Gespenst des WZW-Verfahrens. Das Bundesgericht verurteilt Ärzte zu Zahlungen, die eine Praxis leicht in den Ruin treiben kann. Wer wird von santésuisse an den Pranger gestellt, wie viel muss bezahlt werden und weshalb? Und was muss der Arzt im Fall der Fälle unternehmen?

santésuisse überprüft die Wirtschaftlichkeit von Ärzten. Sie prüft dies basierend auf eigenen Daten mittels Rechnungsstellerstatistik und des ANOVA-Verfahrens: Dieses gleicht zwei Besonderheiten des Patientenguts an die Vergleichsgruppe an: Alter und Geschlecht. Alle anderen Praxisbesonderheiten werden nicht berücksichtigt. Unwirtschaftlichkeit wird mit dem Durchschnittskostenvergleich angenommen, sobald ein Arzt mehr als 20–30% von den Durchschnittswerten seiner Vergleichsgruppe abweicht. Der Vergleich beruht auf drei Annahmen:

- Medizinische Probleme in der Praxis sind mit beschränkten Mitteln zu lösen.
- Die Ärzte der Vergleichsgruppe handeln wirtschaftlich.
- Dem Arzt ist die Einhaltung des Mengenstandards seiner Vergleichsgruppe zumutbar.

Falls nach dieser Prüfung ein Arzt unwirtschaftlich scheint, kommt es zu einem Verfahren vor der Paritätischen Vertrauenskommission (PVK). Die meisten Verfahren können bereits in diesem Stadium beigelegt werden, weshalb es nur vereinzelt zu Gerichtsverfahren kommt.

Dürfen das die Krankenkassen?

Grundsätzlich haben die Krankenkassen den Auftrag, die Wirtschaftlichkeit von Ärzten zu überprüfen. Sie haben diese Aufgabe vom Bund übernommen und handeln somit als Verwaltungsorgan. Untersucht werden von den Krankenkassen die direkten Arztkosten und als veranlasste Kosten jene für Medikamente, externes Labor und Physiotherapie. Dabei haben Ärzte mit vielen langjährigen, polymorbiden Patienten ohne Notfalldienst und mit wenigen Überweisungen das Nachsehen und werden von den Kostenträgern als unwirtschaftlich gebrandmarkt.

Was muss ich zurückerstatten?

Zurückerstatten muss der verurteilte Arzt nach Bundesgericht die Differenz zwischen seinen Gesamtkosten und den Durchschnittskosten plus eines gewährten Toleranzbereichs (zusammen etwa 120–130% der Durchschnittskosten des Vergleichskollektivs). Dabei sind als Gesamtkosten zu betrachten: alle direkten und veranlassten Kosten des Arztes. Die Krankenkassen können aufgrund ihrer Daten aber nur die direkten Kosten und

die veranlassten Medikamentenkosten sowie externes Labor und Physiotherapie prüfen. *Mit der aktuellen Datenlage ist eine objektive Betrachtungsweise nur durch komplementäre, ärzteigene Zahlen möglich.* Die Rückzahlung umfasst ebenfalls die Gesamtkosten, also auch veranlasste Kosten, die andere (z.B. Apotheker) verdient haben. Diese Auffassung des Bundesgerichtes wurde aber kritisiert, weil sie gegen das Verfassungsrecht verstösst. Es bleibt zu hoffen, dass die Kritik bald vom Bundesgericht anerkannt wird.

Warum werden die mangelhaften Statistiken der Krankenkassen beigezogen?

Die Krankenkassen haben die Aufgabe, unwirtschaftliches Verhalten von Ärzten zu suchen und nachzuweisen. Lange gab es Daten und Statistiken nur von den Krankenkassen. Der ärzteigene Datenpool entstand erst vor wenigen Jahren. Da nur vereinzelte WZW-Verfahren vor das Bundesgericht gelangen, verändert sich die Rechtsprechung entsprechend nur langsam. Die Statistik muss gemäss Bundesgericht unwirtschaftliches Verhalten mit «überwiegender Wahrscheinlichkeit» nachweisen. Diese juristische Formulierung ist im Sozialversicherungsrecht üblich, um dem Interesse der Patienten am Nachweis von Fehlverhalten gerecht zu werden. Aber anders als überall sonst bildet beim WZW-Verfahren ein statistischer Beweis die Grundlage jedes Urteils. Durch die Zulassung dieses statistischen Beweises ist dem Interesse der Öffentlichkeit Genüge geleistet. Deshalb sollte der allgemeingültige Standard der «an Sicherheit grenzenden Wahrscheinlichkeit» in die Rechtsprechung bei WZW-Verfahren Einzug halten.

Wie beweise ich das Gegenteil?

Der betroffene Arzt muss alle Beweise spätestens vor dem kantonalen Schiedsgericht vorbringen: Das Bundesgericht darf von Gesetzes wegen keine neuen Beweise prüfen, sondern nur die Rechtmässigkeit des Verfahrens. Als Beweise können in erster Linie Praxisbesonderheiten angeführt werden. Diese umfassen etwa eine überdurchschnittliche Zahl von Hausbesuchen, ein grosses Einzugsgebiet, einen sehr hohen Anteil ausländischer Patienten, keine Notfallpatienten, sehr viele langjährige und ältere Patienten, kurze Praxistätigkeit sowie in seltenen Fällen eine überdurchschnittliche Zahl behandlungs-

intensiver Patienten. Durch die Zahlen der TrustCenter lassen sich diese Praxisbesonderheiten auch statistisch belegen. Weiter hilft eine Übersicht über veranlasste Kosten, die Forderungen der Krankenkassen zu entkräften. Mitglieder von Managed-Care-Modellen können von ihren eigenen Statistiken profitieren, sofern in diesen auch Überweisungen ausgewiesen werden.



Fällt Ihre Praxis aus dem Rahmen? Vertrauen Sie Ihrem Trustcenter!

Falls Sie ein Schreiben von santésuisse erhalten haben, in welchem Sie aufgefordert werden, Ihre verursachten Kosten zu rechtfertigen, stehen wir Ihnen mit Rat und Tat zur Seite.

- Senden Sie uns sämtliche von santésuisse erhaltenen Unterlagen inkl. Rechnungsstellerstatistik.
- Wir analysieren Ihre Daten (PS-Kompass), bauen für Sie ein Argumentarium auf und begleiten Sie bei Bedarf auch während des WZW-Verfahrens.
- Die klärende Darstellung Ihrer Daten zuhanden santésuisse – sei es schriftlich oder zusätzlich in Form einer Begleitung an ein klärendes Gespräch mit Vertretern der Versicherer – führt in den meisten Fällen dazu, dass das Verfahren eingestellt wird.
- Übrigens ist diese Datenanalyse auch im Courant normal ein wertvolles Instrument, um Wirksamkeit/Zweckmässigkeit/Wirtschaftlichkeit Ihrer Praxis zu bestimmen und Nutzen daraus zu ziehen.

Weitere Informationen finden Sie unter www.tc-aargau.ch

Volle Wartezimmer und leere Kassen?



Die schlechte Zahlungsmoral in der Schweiz wirkt sich auch immer gravierender im Gesundheitswesen aus und nimmt mittlerweile ungeahnte Ausmasse an. Auf Seiten der Krankenkassen werden bei säumigen, unregelmässigen Zahlern oder bei laufenden ordentlichen Betreibungsverfahren immer häufiger die Leistungen eingestellt, was bei Spitälern und Ärzten zu immensen Abschreibungen führt. Hinzu kommt, dass die Patienten immer weniger die Versicherungsprämien sowie die Spital- und Arztrechnungen zahlen. Laut Spitalverband H+ belaufen sich die offenen Forderungen allein bei den Spitälern mittlerweile auf mehr als 80,5 Mio. Franken – und die Tendenz steigt!

Ein Teufelskreis ohne Gewinner! Denn den Krankenkassen fehlen die Prämien, Ärzte und Spitäler warten auf ihr Geld und den Patienten werden Leistungen verweigert. Vermehrt werden kantonale, unzureichende Lösungen angeboten. Beispielsweise können Ärzte auf lokale Blacklists zugreifen, in denen Patienten registriert sind, die ihre Arztrechnungen nicht zahlen. Des weiteren gibt es die sogenannte «Thurgauer Lösung». Hier sind Personen gelistet, die zwar ihre Krankenkassenprämien zahlen, jedoch gibt es keine weiteren Informationen über die generelle Zahlungsbereitschaft bei Strom-, Telefon-, Leasing- und Steuerrechnungen. Diese «Notlösungen» bieten keinen ausreichenden Schutz.

Erfahrungsgemäss gibt es je länger je mehr Patienten, die ihre Prämien nur bezahlen, um an liquide Mittel zu kommen, d.h. der Patient verwendet die Rückvergütung der Krankenkasse für sich selbst und nicht, um die Patientenrechnung zu begleichen. InkassoMed hat die allgemeine schlechte Zahlungsmoral im Gesundheitsbereich bereits vor Jahren erkannt und das Credit Management explizit im Gesundheitswesen aufgebaut. Dies beinhaltet als Präventionsmassnahme die Möglichkeit, Adress- und Bonitätsdaten von Patienten der ganzen Schweiz zu prüfen und, im zweiten Schritt, die offenen Forderungen zu bearbeiten.

Dank der schweizweit grössten Online-Datenbank mit Adress- und Bonitätsdaten stellt InkassoMed ihren Kunden eine Möglichkeit zur Verfügung, ihre Patienten schnell und einfach zu überprüfen. Durch den einfachen Zugriff auf die Datenbank haben Sie zusätzlich immer topaktuelle Adressinformationen zu den Patientenstämmen. Alleine dadurch reduziert sich der Aufwand für die Nachforschung von neuen Adressen bei unzustellbaren Rechnungen merklich. Nebst einer topaktuellen Adressbestätigung erhalten Sie auch Informationen über die aktuelle Zahlungsfähigkeit Ihrer Patienten – einfach dargestellt anhand einer Ampel. Mit Hilfe dieses Ampelsystems (rot, weiss, grün) erkennen Sie schnell die aktuelle Bonität und können entsprechend entscheiden, wie Sie weiter vorgehen möchten. Dies ist insbesondere wichtig bei neuen Patienten oder bei Patienten, die nicht aus Ihrer Region stammen.

Ihre Vorteile der Adress- und Bonitätsprüfung

- Verbesserung der Liquidität
- Rückgang der Debitorenverluste
- Der Patientenstamm ist immer auf einem topaktuellen Adressniveau
- Minimaler Aufwand bei Adressrecherche
- Verminderung der Porto- und Verpackungskosten (bei unzustellbaren Rechnungen)
- Rascher Entscheid bei Terminvergaben
- Abnahme der administrativen Aufwendungen (Mahnwesen)
- Verminderung der Porto- und Verpackungskosten (Mahnwesen)

Haben wir Ihr Interesse geweckt? Rufen Sie uns bitte an. Unter 0844 85 33 57 sind wir für Sie da und beraten Sie gerne, damit Sie Debitorenverluste vermeiden können.

Wir sind für Sie da und beraten Sie gerne!

InkassoMed
Kundendienst
Eschenstrasse 12
8603 Schwerzenbach

INKASSOMED

Das standesnahe Inkasso-System für das Schweizer Gesundheitswesen

Unsere Partner verdienen auch Ihr Vertrauen

TC-Aargau-Kunden, welche gleichzeitig Kunden unserer nachfolgenden Partner sind, erhalten eine Preisreduktion auf das Praxisspiegel-Abo.

Ihre Partner für Praxisadministration, Praxismanagement und Inkasso



INKASSOMED

Das standesnahe Inkasso-System für das Schweizer Gesundheitswesen

Ihr Partner für Medikamente

zur Rose ^{Ärztgrossist}

Ihr Partner für Laborleistungen



Impressum

Auflage: 850 Exemplare

Redaktion: Trust Center Aargau AG
Täferstrasse 16
5405 Baden-Dättwil
Tel. 056 483 03 43
Fax 056 483 03 40
tc-aargau@hin.ch
www.tc-aargau.ch

Gestaltung: S&W Werbeagentur AG BSW, Baden