



Schnellstart: Von null auf elektronisch in nur einem Monat!

Mit der Ärztekasse rasch auf elektronische Praxisadministration umstellen

Die Ärztekasse hat alles, was Sie für eine rasche Umstellung auf die elektronische Praxisadministration brauchen:

- Software für Leistungserfassung, Abrechnung, Krankengeschichte, Dokumentenverwaltung, Agenda und noch mehr
- Datenübermittlung und Informationsportal via Internet
- Fachleute mit Know-how für Beratung und Service

Die positive Perspektive für Ihre Arztpraxis heisst Ärztekasse.



ÄRZTEKASSE
Genossenschaft
Steinackerstrasse 35 · 8902 Urdorf
Tel. 044 436 17 74 · Fax 044 436 17 60
www.aerztekasse.ch
marketing@aerztekasse.ch

Unsere Partner verdienen auch Ihr Vertrauen

Die Kunden des TrustCenter Aargau, 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:



Ihr Partner für Laborleistungen:



Impressum

Auflage: 900 Exemplare
Redaktion: Geschäftsleitung
Adresse: TrustCenter 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

12.10/10ARG 49.15 S&W



Newsletter der TrustCenter Aargau AG
Dezember 2010

Reason For Encounter – RFE

Liebe Kolleginnen, liebe Kollegen

2012 werden die DRG eingeführt. Die Ärzteschaft muss darauf gut vorbereitet sein. Betroffen von diesen Veränderungen ist nicht nur die stationäre Medizin. Die Gefahr, dass stationäre Leistungen in den ambulanten Bereich ausgelagert werden, ist gross. Um solche Mechanismen erkennen zu können, muss ein Monitoring der Leistungen durchgeführt werden. Dieses Monitoring beinhaltet eine Kennzeichnung jeder Konsultation bezüglich Auslöser. Damit wir also gut gerüstet sind und einen genügenden Vorlauf haben, wollen wir damit bereits heute beginnen. Dies ist mittels RFE (Reason for Encounter) einfach möglich.

Die RFE-Positionen: Insgesamt können Sie aus 8 Positionen auswählen:

- Kontakt auf Wunsch des Patienten
- Notfallkonsultation
- Kontakt auf Zuweisung
- Kontakt auf Verordnung / Empfehlung
- Folgekontakt wegen auswärtiger Hämatologie / Chemie
- Kontakt im Zusammenhang mit Langzeitpflege
- Kontakt in kausalem Zusammenhang mit Eingriff / Hospitalisation
- kein Arztkontakt

Die Daten werden mit der normalen Rechnung an das TrustCenter übermittelt, dort anonymisiert und anschliessend zentral durch NewIndex analysiert. Die grössten Ärztesoftware-Firmen haben ihre Software bereits angepasst, sie muss nur noch freigeschaltet werden.

Sollten Umlagerungen vom stationären Bereich in die Arztpraxis geschehen und wir sind nicht in der Lage, diese nachzuweisen, werden diese Leistungen als Mengenausweitung interpretiert werden und dann entsprechende Auswirkungen auf den Taxpunkt haben.

Es ist deshalb wichtig, dass sich wenn möglich alle freipraktizierenden Ärzte, insbesondere die Grundversorger beteiligen. Nehmen Sie also den kleinen Aufwand auf sich und codieren Sie in Zukunft Ihre Konsultationen.

Das TC ist ab sofort in der Lage die Daten aufzunehmen.

Also machen Sie ab sofort mit bei der Erfassung der Konsultationsgründe!



Dr. J. Lareida
Verwaltungsrat TC Aargau

Physician Profiling und Evidenz dank eigener Zahlen

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

Albert Einstein

«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 prägen¹.

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 betra-

gen 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?

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-Verfahren².

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.

¹ Die Resultate im Detail können auf folgender Seite in Form des statistischen Berichtes: http://www.ecpm.ch/ecpm_research/publications oder als Zusammenfassung in der SAEZ Nr. 35/2010 heruntergeladen werden.
² Wasem (2010)

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.



CETERUM CENSEO

Wie wirtschaftlich arbeiten Krankenversicherer?

Ausgehend von einem Artikel in der «Berner Zeitung»¹ 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 auffälligste Versicherung (mit 712622 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 Kassen² 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 Krankenver-

sicherungen 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 Vollzeitstellen³. Demgegenüber stehen im gleichen Jahr 8647⁴ 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

¹ «Je grösser die Kasse, desto höher die Kosten», von Claude Chatelain, 16.08.2010, Berner Zeitung
² «Aufsichtsdaten Obligatorische Krankenpflegeversicherung KVG (OKP) 1996-2008, BAG
³ siehe 2)
⁴ «Einkommensverhältnisse der freien Ärzteschaft der Schweiz in den Jahren 2006, SAEZ 2010; 91: 12

