

Briefe an die SÄZ

Zur MAS-Erhebung (mit Replik)

Brief zu: Bosshard C. Im Frühjahr die Steuererklärung, im Herbst die MAS-Erhebung. Schweiz Ärztztg. 2020;101(46):1520.

Wie jedes Jahr wurde mir auch dieses Jahr von NewIndex AG mein WZW-Index mitgeteilt. Dieser lag erneut über dem des Referenzkollektivs. Als Psychiater arbeite ich in Zürich und besitze den Schwerpunkt Psychiatrie und Psychotherapie der Abhängigkeitserkrankungen. Zwei PsychologInnen arbeiten delegiert in der Praxis. Wir behandeln sozialpsychiatrische KlientInnen mit erhöhtem Vernetzungsbedarf wie auch «reine» Psychotherapiefälle. Mit dem General Manager von NewIndex AG besprach ich, wie es zu dem hohen WZW der Praxis kommt. Die Frage, wie sich das Referenzkollektiv zusammensetzt, an dem die Leistungen meiner Praxis gemessen werden, wusste dieser jedoch nicht zu beantworten. Er erklärte mir zudem, dass sich die berücksichtigten Faktoren zur Berechnung des WZW-Index (NewIndex) und jene Faktoren der Regressionsanalyse von santésuisse unterscheiden. Ich wandte mich an die santésuisse. Mir wurde mitgeteilt, dass meine Praxis bereits im Vorjahr santésuisse aufgefallen war, in der Einzelfallprüfung jedoch den Qualitätsstandards der santésuisse gerecht geworden war. Auffällig hoch sei die TARMED-Position O2.0074 «Leistung in Abwesenheit, Besprechung mit Therapeuten und Betreuern» gewesen. Auf meinen Hinweis, dass der Austausch mit den delegierten PsychologInnen der Qualitäts- und Patientensicherung geschuldet sei, wurde mir erklärt, dass die santésuisse die Position vertrete, dass diese Leistungen über das Anstellungsverhältnis abgegolten werden. Santésuisse verwies mich an meine Fachgesellschaften, da santésuisse die Fragwürdigkeit dieser Haltung durchaus bewusst sei. Ich besprach mit meiner Fachgesellschaft diesen Konfliktpunkt. Mir wurde empfohlen, mich versicherungsrechtlich ausreichend abzusichern, für den Fall, dass die santésuisse mit Rückforderungen an die Praxis herantreten sollte. So frage ich mich, weshalb ich meine Daten NewIndex zur Verfügung stelle, wenn nicht definiert ist, mit welcher Referenzpraxis meine Leistungen vergleichbar sind. Zudem: Was sagt der WZW-Index über meine Wirtschaftlichkeit, Zweckmässigkeit und Wirksamkeit aus, wenn Faktoren, die die santésuisse berücksichtigt, hier nicht einfließen? Ist mein WZW-Wert hoch, weil die Qualität der Auswertung schlecht ist? Wo ist der Mehrwert dieser Datenerhebung? Die Haltung der

santésuisse bzgl. Leistungen, die im Rahmen der Delegation über die Position O2.0074 (Medikamentenbesprechungen, IV-Berichte etc.) den Patienten verrechnet werden, erscheint selbst santésuisse fragwürdig. Gleichwohl fällt meine Praxis genau wegen dieser Praxis in der Regressionsanalyse negativ, als fraglich unwirtschaftlich, auf.

Ich stimme Herrn Bosshard zu, dass die Qualität der Primärdaten bei statistischen Erhebungen wichtig ist. Wichtiger erscheint mir jedoch, dass die Auswertungsmethodik, ob nun bei NewIndex oder santésuisse, transparent, sinnvoll und qualitativ hochstehend ist. Bestehen Defizite in der Methodik, sinkt die Relevanz der Auswertungsergebnisse. Hier gibt es meiner Meinung, wie oben aufgezeigt – wenigstens im Bereich der ambulanten Psychiatrie –, korrigierenden Handlungsbedarf durch unsere Ärztevertreter, Fachgesellschaften und die Politik.

Angemerkt sei, dass mir auf meine Frage, wie ich meinen WZW-Wert nach unten korrigieren könne, empfohlen wurde, mehr Ferientvertretungen oder Notfalldienste zu übernehmen. Einmalige Patientenkontakte senken nämlich den WZW-Index. Macht Sinn?

Dr. med. dipl. pol. Martin Becker, Zürich

Replik zu «Zur MAS-Erhebung»

Sehr geehrter Herr Becker

Sie haben wichtige Fragen zum Thema WZW aufgeworfen, das viele Ärzte beschäftigt und dem von der FMH eine Priorität eingeräumt wird. Gerne gehen wir im Folgenden auf die von Ihnen aufgeworfenen Fragen ein.

In Ihrem Schreiben nehmen Sie Bezug darauf, dass Sie von «NewIndex Ihren WZW-Index mitgeteilt bekommen hätten». Ich möchte ergänzen, dass hier die Rede vom «WZW-Index» aus dem Management Summary ist, zu dem Sie mit NewIndex Kontakt aufgenommen hatten, um inhaltliche Fragen zu klären. Es ist jedoch wichtig festzuhalten, dass die «WZW»-Angaben aus dem Management Summary nur ein «Frühwarnsystem» für den Arzt sind (und sein können!). Die «WZW»-Betrachtung im Management Summary erlaubt dem Arzt nur abzuschätzen, ob sich die Basis-Kennzahl zur Beurteilung der Wirtschaftlichkeit 'Umsatz pro Patienten' allenfalls stark von seinem Referenz-Kollektiv unterscheidet.

Massgebend im Wirtschaftlichkeitsverfahren ist aber der «WZW-Index» oder neu «Regressions-Index» von santésuisse, mit dem beurteilt wird, ob ein Arzt ein auffälliges Kosten-

niveau hat. Santésuisse verwendet für die Kontrolle der Wirtschaftlichkeit ausschliesslich die Daten der Versicherer. Diese Daten, wie auch die Zusammensetzung der Vergleichsgruppe der jeweiligen Praxis, sind nicht öffentlich und stehen weder NewIndex noch anderen Partner-Organisationen der Ärzteneigenen Datensammlung zur Verfügung.

Die einzelnen Schritte des Wirtschaftlichkeitsprüfungs-Verfahrens und Empfehlungen zum Vorgehen finden Sie auf der Homepage der FMH detailliert beschrieben (<https://www.fmh.ch/themen/ambulantetarife/wirtschaftlichkeitspruefung.cfm>).

Die von Ihnen angesprochene Ärzteneigene Datensammlung ist von unverzichtbarem Nutzen für die Standespolitik und ihre Daten sind von hervorragender Datenqualität, was schon mehrfach von Bund und Instituten anerkannt wurde.

- Ursprung der Datensammlung war die Einführung des TARMED-Tarifs mit dem Ziel, eigene Daten für die Kostenneutralitätsphase 1 zu haben. Eine Situation, die sich bei Einführung des TARDOC wiederholen wird!
- Heute liefert sie Daten für standespolitisch wichtige und strategische Aufgaben: z.B. für die Entwicklung neuer Tarife (z.B. TARDOC), Analyse der Auswirkungen von Tarifeingriffen des Bundes und auch die Unterstützung der gesetzlichen Datenlieferpflichten der Ärzte gegenüber dem Bund.

- Die Daten können nachweislich ein wertvolles Werkzeug sein, um einzelne Ärzte in ungerechtfertigten Wirtschaftlichkeitsverfahren zu verteidigen (Erklärung von Praxisbesonderheiten).

- Die Ärzteneigene Datensammlung ist im Besitz der Schweizer Ärzteschaft. Der Datenschutz ist vollumfänglich gewährleistet.

NewIndex macht Auswertungen auf Basis der Ärzteneigenen Datensammlung im Auftrag der Ärzteschaft, um damit deren standespolitische Arbeit zu unterstützen.

Durch die Teilnahme an der Ärzteneigenen Datensammlung unterstützen Sie also ihre Standesorganisationen (FMH, Fachgesellschaften und kantonale Ärztegesellschaften) mit Daten, welche für die Verhandlungen mit kantonalen Gesundheitsdepartementen und Versicherern unverzichtbar sind. Der Anschluss an ein TrustCenter hilft aber auch teilnehmenden Ärzten, sich bei ungerechtfertigten Wirtschaftlichkeitsverfahren zu wehren und zu schützen.

*Philip Moline, CEO NewIndex AG
und Departement Ambulante Versorgung
und Tarife, FMH*

... zeigen, dass die Ärzteschaft nichts zu verbergen hat

Brief zu: Bosshard C. Im Frühjahr die Steuererklärung, im Herbst die MAS-Erhebung. Schweiz Ärztez. 2020;101(46):1520.

Diese Aussage und Zielsetzung widerspiegelt unsere traditionell geübte servile Ärztehaltung: Beweisen, dass wir «nichts zu verbergen haben». Der dahintersteckende Generalverdacht ist unappetitlich und grundsätzlich sollte nicht darauf eingegangen werden. Zu erinnern ist daran, dass jede Praxis seit jeher alle Daten inkl. Buchhaltung den Steuerbehörden jährlich abliefern, somit volle Transparenz besteht und von irgendwelchen Absichten, etwas verbergen zu wollen, nicht die Rede sein kann.

Nun kommen Ansprüche nach unseren Zahlen seitens Behörden, statistischen Instituten und Versicherern, welche wir gleichsam servil zusammentragen und abliefern. An solche Prozesse sollte man sich gar nicht gewöhnen wie insinuiert wird. Bei Nichterfüllen der Forderung werden wir von unseren eigenen Standesorganisationen empfindlich abgestraft. Wir nehmen also die Arbeit ab, welche seitens der Anfrager leicht aus den bereits abgelieferten Daten (Steuerbehörden, AHV-Daten) erschlossen werden könnten, eine Bewilligung zum Zugriff auf die Daten würde genügen. Ein unsinniger Ressourcenverschleiss, hätten wir doch weitaus Besseres zu tun, als am Schreibtisch Zahlen zu behandeln. Beliebt gemacht wird uns dies aus den eigenen Reihen damit, dass wir dann einen besseren, richtigeren Tarif erhalten könnten.

Dann kommen neue Akteure auf den Plan, Trustcenter bieten die Lösungen der Aufgaben MAS und ROKO für je 280 Franken an. Der Hauptaufwand für diese Zahlenspielerlei bleibt das Zusammentragen der Zahlen. Sie nachher zusammenzuziehen und einzugeben ist der einfachere Teil, also bleibt ärztlicherseits immer noch viel Aufwand. Wenn wir für die Interpretation und Eingabe grosszügig noch eine Stunde für einen geübten und sachvertrauten Büromenschen veranschlagen, dann ergibt sich der stolze Stundenansatz von 280 Franken. Ist das nicht grotesk: Der Administrator, der uns für einen angeblich bes-

seren Tarif hilft, bezieht schon selbst einen wesentlich höheren Ansatz, als der TARMED uns zubilligt? (N.B. bei wesentlich geringeren Nebenkosten, als sie in einer Praxis üblich sind). Aber es passt durchaus zu unserer Servilität.

Ausserdem sei daran erinnert, dass wir zu Beginn des Studiums nicht wenig Zeit mit Statistik und den Prinzipien des wissenschaftlichen Denkens verbracht hatten. Offenbar war das Vergebens und diese Inhalte gelten nun nicht mehr, denn um einen brauchbaren Durchschnitt von Praxiskosten zu erhalten, müssen freilich längst nicht alle Praxen Zahlen abliefern, die Auswertung einer repräsentativen Anzahl ergibt das Gewünschte mit ausreichender Genauigkeit.

Dr. med. René Mégroz, Winterthur

Que cachent les caisses-maladie?

Depuis plus de 30 ans, les caisses-maladie utilisent les mêmes arguments pour justifier l'augmentation des cotisations de l'assurance de base. Dans tous les débats, elles prétendent que l'augmentation des primes est le reflet de l'augmentation des coûts de la santé et que la totalité des primes est utilisée pour rembourser des soins. Or, dernièrement, Assura a fait parvenir à ses assurés une brochure où l'on décrit la répartition de 100 francs de cotisations.

On y apprend qu'en réalité sur 100 francs de prime, 65.50 francs servent à rembourser des soins, 30 francs vont à la «solidarité entre assureurs-maladie», 4.30 francs iraient aux frais administratifs et... 0.20 franc serait utilisé comme contribution aux réserves! Donc, depuis des années, les caisses prétendent que toutes les cotisations servent à rembourser des soins! Mais que nous cachent-elles encore? Il est impossible de croire que leurs frais administratifs ne représentent que 4,3% des sommes encaissées, sachant que les assurances privées ne s'en sortent pas en-dessous de 25% de frais administratifs! Quant au 0,2% prélevé pour leurs réserves, ce n'est pas crédible, sachant les sommes astronomiques que représentent leurs réserves.

La pandémie actuelle et ses conséquences financières sur l'activité médicale, tant ambulatoire que stationnaire, prouve que ce n'est pas l'augmentation des coûts de la santé qui est responsable de l'augmentation des primes. L'activité médicale s'est pratiquement arrêtée lors de la première vague de la pandémie à cause des mesures que la Confédération a prises en interdisant l'activité ambulatoire et les opérations. A-t-on vu une diminution des pri-

mes pour autant? Non. Les caisses prétendent que les coûts sont restés les mêmes que l'an passé! Et qu'elles ne viennent pas prétendre que c'est à cause de la pandémie car l'essentiel des coûts à cette période est dû aux hospitalisations et aux soins intensifs: les caisses n'assument que 45% des coûts hospitaliers, le reste est à la charge de l'Etat. Malgré cela, elles continuent à encaisser la totalité des primes avec la complicité de l'OFSP et du Conseil fédéral. Le ministre de la Santé Alain Berset devrait finalement se rendre compte que ce que lui répètent depuis des années les représentants des caisses-maladie et de l'OFSP sont des fantaisies. Il devrait en tirer les conséquences et prendre des mesures contre les caisses-maladie plutôt que de leur donner le pouvoir absolu par des propositions qui suppriment le libre choix du médecin et qui leur permettraient d'arriver à ce qu'elles projettent depuis des années malgré plusieurs votations populaires: la suppression de l'obligation de contracter.

*Dr Rudolf Mayer,
spécialiste en ophtalmologie et
ophtalmo-chirurgie, Pully*

Das Führen von Spitälern

Brief zu: Brügger U, Nägeli B. Das Führen von Spitälern als Balanceakt. Schweiz Ärztez. 2020;101(48):1632.

Der Artikel von Urs Brügger und Bettina Nägeli kommt der Problematik der heutigen Spitalführung viel näher als vermutlich beabsichtigt. Die Autoren halten fest, dass die besondere Herausforderung der CEO-Tätigkeit darin besteht, eine Expertenorganisation im Spannungsfeld Medizin-Ökonomie zu führen, und dass das Führen der Chefärztinnen und Chefärzte Fingerspitzengefühl erfordert, da diese als Experten in erster Linie ihrer fachlichen Disziplin verpflichtet seien und daher autonome Arbeitsbedingungen fordern. Solche an sich hilfreichen Modelle aus der Managementlehre als gegebene Realität darzustellen führt dazu, dass CEOs mit vorgefassten Meinungen und fixierten Rollenbildern auf ihre Kadermitarbeiter zugehen. Es schränkt die psychologische Flexibilität und die emotionale Agilität massiv ein; beides Kerneigenschaften für die erfolgreiche Führung moderner und komplexer Unternehmen.

Tatsächlich ist das System Spital heutzutage enorm komplex. Die Führung findet in einer multidimensionalen Matrixstruktur statt. Um diese steuern zu können, müssen Strukturen bestehen, um die interdisziplinären Teams zu führen, welche die Betreuung der

Briefe

Reichen Sie Ihre Leserbriefe rasch und bequem ein. Auf unserer neuen Homepage steht Ihnen dazu ein spezielles Eingabetool zur Verfügung. Damit kann Ihr Brief rascher bearbeitet und publiziert werden – damit Ihre Meinung nicht untergeht. Alle Infos unter:

www.saez.ch/de/publizieren/leserbrief-einreichen/

Patienten vom Eintritt bis zum Austritt (in modernem Deutsch: den Patientenpfad) verantworten. Gleichzeitig müssen aber auch die Disziplinen (Ärztinnen und Ärzte, Pflegefachleute, Therapeutinnen und Therapeuten usw.) über die verschiedenen interdisziplinären Teams hinweg geführt werden können, etwa um die Qualität von Pflegestandards oder eine einheitliche Dokumentation zu gewährleisten. Schliesslich gilt es auch noch interdisziplinäre Spezialstationen wie zum Beispiel Intensivstationen oder Operationsabteilungen, welche die Patientenversorgung nur für eine gewisse Zeit übernehmen, in die Struktur einzubetten. Die höheren ärztlichen und pflegerischen Kadermitarbeiter sind längst nicht mehr nur Experten in ihrem Fachgebiet, sondern haben praktisch alle eine mehr oder weniger fundierte Ausbildung in Ökonomie und Management. Chefärztinnen und Chefärzte genauso wie Pflegedirektorinnen und Pflegedirektoren haben heutzutage neben ihrer Verpflichtung, den Patienten zu helfen, alle auch ein Verständnis für betriebswirtschaftliche Realitäten. Durch ihre zum Teil langjährige Tätigkeit am Patienten in verschiedenen Spitälern bringen sie ein tiefes Grundverständnis für die Komplexität des Spitals mit und sind sich gewohnt, multidirektional zu denken und zu handeln. Inzwischen ist auch die Generation Y, bald auch die Generation Z, in den oberen Führungsetagen angekommen und bringt andere Hintergründe und soziale Skills mit. Die Kunst in der obersten Führung besteht darin, das Wissen und die Erfahrung all dieser Kadermitarbeiterinnen und -mitarbeiter als Ressource zu erkennen und Bedingungen zu schaffen, damit sich diese im Sinn der Unternehmensziele entfalten können. Das ist eine enorme Herausforderung, welche eine grosse Offenheit, hohe Flexibilität und Agilität und

ein echtes Interesse am Gegenüber erfordert. Es ist mir wichtig festzuhalten, dass die Entlassung eines Chefarztes nicht immer – wie im Artikel suggeriert wird – auf fehlende Akzeptanz der Unternehmensziele durch einen machthungrigen Chefarzt zurückzuführen sind, sondern durchaus auch Folge der Überforderung der höchsten Führungsebene sein können, mit dessen hoher Kompetenz in medizinischen, menschlichen und ökonomischen Belangen umzugehen.

*Dr. med. Urs Zimmermann,
Chefarzt Neonatologie und Kinder- &
Jugendmedizin, Spital Bülach AG*

Das pure Entsetzen

Brief zu: Brügger U, Nägeli B. Das Führen von Spitälern als Balanceakt. Schweiz Ärtztztg. 2020;101(48):1632.

Es mag übertrieben sein, dass der Artikel von Brügger und Nägeli mir das pure Entsetzen eingejagt hat. Doch ist er einem solchen sehr nahegekommen. Der Autor und die Autorin stellen das Führen von Spitälern als organisatorisch/ökonomischen Balanceakt dar. Sie verlangen von den in den Spitälern arbeitenden «Experten», damit sind Ärzte und Ärztinnen, aber auch Pflegefachfrauen und -männer gemeint, «nötige Mittel bereitzustellen», damit sich «Spitäler auf dem Markt behaupten» können.

Meiner Meinung nach vergessen Autor und Autorin ganz, dass ein Spital keine Produktionsstätte im üblichen Sinn ist. Die Werte, die aus der Tätigkeit in unseren Spitälern erbracht werden, sind nicht mit solchen der Produktionswirtschaft vergleichbar. Kranke Menschen zu begleiten, wenn möglich zu

heilen, Verunfallte wiederherzustellen und Sterbenden beizustehen hat mehr als nur einen ökonomischen Wert. Es mag typisch sein, dass im ganzen Artikel nie von «krank», «Kranken» oder «Krankheit» gesprochen wird. Das Kranksein spielt aber im «Balanceakt» die Hauptrolle! Es ist und bleibt hoffentlich die Triebfeder für jegliches Tun auch im Spital.

Zu denken gibt mir zudem die Aussage, dass die ärztliche Entscheidungs- und Handlungsfindung sich nicht über medizinische Kriterien, sondern unter Einbezug betriebswirtschaftlicher und organisatorischer Faktoren wie Qualität und Sicherheit zu gestalten habe. Hat sich die Ärzteschaft und die Pflege bisher nie um Qualität und Sicherheit in unseren Spitälern gekümmert?

Wenn heute Kritik an unserer medizinischen Versorgung angebracht ist, sehe ich praktisch nur falsche ökonomische Anreize, die zur Destruktion von Qualität und Sicherheit führen. Dahinter steht ein Krankenversicherungswesen, das mit mächtiger politischer Kraft eine Plattform bietet, um auf bedenkliche Art Geld zu verdienen. Auf dieser Plattform sind zweifellos auch Ärzte (und weniger Ärztinnen) zu finden, deren Profit schliesslich auch den Spitalökonomien zugutekommt.

Hanswerner Iff, Bern

Die Leserbriefe geben die Meinung des Verfassers oder der Verfasserin wieder. Der Inhalt eines Leserbriefs muss nicht die Meinung der Redaktion widerspiegeln. Die Redaktion übernimmt keine Verantwortung für Inhalt und Richtigkeit der getätigten Behauptungen. Jede Verfasserin und jeder Verfasser ist persönlich für ihre/seine Aussagen verantwortlich.

Mitteilungen

Facharztprüfung

Schwerpunktprüfung zur Erlangung des Schwerpunktes Zytopathologie zum Facharztstitel Pathologie

Ort: Institut für Pathologie, Universität Bern

Datum: 1. Juni 2021

Anmeldefrist: 31. März 2021

Weitere Informationen finden Sie auf der Website des SIWF unter www.siwf.ch
→ Fachgebiete → Facharztstitel und Schwerpunkte (Weiterbildung) → Pathologie