

GRAT/TarMed im Banne der Statistik und unter dem Fluch der Kostenneutralität

R. Streit

Die Herren Dr. med. Walter Grete [1] und lic. oec. publ. Philip Baumann [2] haben sich in der Schweizerischen Ärztezeitung über die Gesundheitsstatistiken der Zukunft ausgesprochen. Der eine sieht in enger Zusammenarbeit mit den Versicherern die besten Voraussetzungen, statistische Unterlagen für die Tarifierung ärztlicher Leistungen in der Zukunft zu schaffen, der andere will das statistische Material möglichst in den Händen der Ärzte* behalten. Beide Herren gehen von einem grossen Vertrauen in die Statistik aus. Schon Churchill hat bekanntlich gesagt: «Traue nie einer Statistik, die Du nicht selber gefälscht hast». Man kann mit dem gleichen Zahlenmaterial in der Statistik ganz Verschiedenes und Gegenteiliges beweisen. Jede Statistik bedarf der Interpretation, und die wird auch bei gemeinsam erarbeiteten Statistiken zu Gunsten der eigenen Interessen ausfallen. Es ist eine Illusion zu glauben, mit den gleichen Zahlen könnten Ärzte und Krankenkassen zu gleichen Schlüssen kommen. Seien wir uns wohl bewusst, die Statistiken sollen nicht nur die Grundlage der Honorarbestimmung, sondern gleichzeitig auch das Hauptkriterium der Qualitätskontrolle darstellen.

Noch diesen Frühling habe ich an zwei Symposien mit vornehmlich Krankenkassenvertretern teilgenommen, in denen trotz aller bisheriger Aufklärungsversuche der Ärzte nach wie vor Qualität von seiten der Kassen mit billigstmöglicher Medizin gleichgesetzt wurde. Beschönigend nennt man das zwar nicht billig, sondern kostengünstig. Man analysiere diesen Ausdruck einmal realistisch.

Herr Grete hat mit Recht auf einen wesentlichen Punkt der falschen Anreize in unserem Versicherungswesen hingewiesen. Die Krankenversicherer haben kein Interesse daran, Renten zu vermeiden.

* Sämtliche männliche Substantive, die eine Berufsgruppe bezeichnen, verstehen sich inkl. Frauen.

Korrespondenz:

Dr. med. Reinhold Streit

Präsident Ärztesgesellschaft des Kantons Bern

Blumenweg 7

CH-3400 Burgdorf

Diese müssen nämlich nicht sie zahlen, sondern die Invalidenversicherung. Wenn es mit einer sehr teuren Behandlung von beispielsweise Fr. 100 000.– gelingt, eine Rente von jährlich Fr. 50 000.– zu verhindern, sind diese hohen Behandlungskosten in zwei Jahren volkswirtschaftlich wettgemacht. Nach Zuspruch einer Rente gehen die Krankenpflegekosten in der Regel stark zurück. Die Kassen werden entlastet. Sie haben deshalb ein Interesse an möglichst vielen Berentungen und möglichst kleinen Behandlungskosten.

Trotz aller bisherigen Einwände von Ärzteseite her halten Kassenfunktionäre die Diagnose für eine sehr klare, eindeutige Aussage, die in allen Fällen etwa das gleiche bedeuten soll. Für uns Ärzte ist klar, dass gerade im ambulanten Bereiche meist sehr vage, mit vielen Fehlern behaftete, bestenfalls Differenzialdiagnosegruppen entsprechende Bezeichnungen eingesetzt werden. Eine unklare Diagnose unter dem Einfluss zahlreicher Zusatzfaktoren wird durch eine noch so komplizierte Codierung nicht besser und brauchbarer. Die polymorbiden Patienten zeigen eine individuelle Häufung verschiedenster Diagnosen, die sich in ihren Auswirkungen nicht nur addieren, sondern gar potenzieren können. All das ist dem durchschnittlichen Krankenkassenfunktionär nicht beizubringen. Auch führende Kassenvertreter verlangen eine Einheitsliste mit Eingriffen, die teilstationär nicht nur gemacht werden können, sondern gemacht werden müssen. Dass zusätzlich zur Diagnose und dem entsprechenden Eingriff der körperliche Zustand des Patienten im allgemeinen und seine sozialen Verhältnisse dazu zwingen können, eine Behandlung unter stationären Bedingungen durchzuführen, ist für sie nicht einsehbar. Ich meine damit: man überschätze die Statistik nicht und man sei sich der ganz verschiedenen Interpretationen bewusst. Die gemeinsame Statistik von Versicherern und Leistungserbringern wird nicht zu einem seligmachenden Einvernehmen führen. Die Auseinandersetzungen über die Interpretation der Realität und der vorliegenden Zahlen wird weitergehen. Die von uns gelieferten Zahlen werden zu unseren Ungunsten uminterpretiert werden. Ich warne deshalb vor einer Einheitsstatistik Ärzte/Krankenkassen.

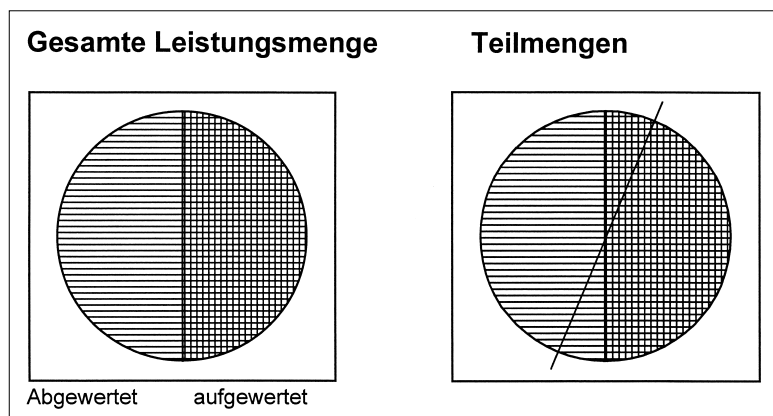
Herr Baumann will die Zahlen seiner m.E. richtigerweise in den Händen der Ärzte verbleibenden Statistiken zur Steuerung der Kostenneutralität über eine längere Zeit einsetzen. Diese sogenannte Kostenneutralität tönt harmlos und vernünftig. Befasst man sich näher mit ihr, sieht man, dass das ganze GRAT/TarMed-Werk pervertiert wird. Wesentliche Vorgaben, die am Anfang der Bemühungen um diesen einheitlichen Tarif standen, werden nicht nur in Frage gestellt, sondern in abstruser Weise verzerrt. Einige Beispiele seien in der folgenden Tabelle aufgeführt. Sie bezieht sich auf Punkte, die von der Ärztekammer genehmigt wurden. Die Aufzählung erhebt keinen Anspruch auf Vollständigkeit.

Ziele von GRAT/TarMed

- Tarif auf betriebswirtschaftlicher Grundlage berechnet (vom KVG verlangt).
- Einheitliche Tarifstruktur für die ganze Schweiz (vom KVG verlangt).
- Anhebung der Grundleistungen zu Gunsten der Grundversorger, zu Lasten von mehr technischen Leistungen.
- Ausgleich «Ost/West-Gefälle».
- Gleiche Leistungen sollten von Kanton zu Kanton nicht mehr als +/- 4% schwanken.
- Gleiche Leistung sollte unabhängig vom Ort (Spital/Praxis) gleich viel kosten.
- Das Referenzeinkommen bei gegebenem Vergleichseinkommen und festgelegter Normalarbeitszeit führte zu einer Kalkulation auf der Basis Taxpunktwert Fr. 1.-.
- Keine Leistungserbringergruppe soll durch den neuen Tarif existenziell bedroht sein.

Alle diese Postulate werden durch in kantonale und ambulante und stationäre Bereiche aufgeteilte Kostenneutralität aufgehoben oder grotesk verzerrt.

Man hat Leistungen der Grundversorger auf Kosten technischer Leistungen aufgewertet und in ein in sich stimmendes Entschädigungsmodell für den ganzen Geltungsbereich mühevoll eingebracht. Es werden dabei mehr Leistungen im ambulanten Bereich angehoben und dafür mehr technische Leistungen, die im Spitalbereich erbracht werden, abgesenkt. Wenn schon eine Kostenneutralität realisiert werden soll, müsste diese über das Gesamtsystem, in dem TarMed angewendet wird, resp. in allen Bereichen, die zur Kalkulation herangezogen wurden, stattfinden. Man kann, wenn in der Gesamtmenge Kostenneutralität herrschen muss, auf keinen Fall davon ausgehen, dass auch in jeder beliebig herausgebrochenen Teilmenge diese Kostenneutralität wieder Geltung haben könne. Vgl. folgende Figur zur Veranschaulichung von Verzerrungen durch die Teilung der Kostenneutralitätsmasse z.B. in den ambulanten und den stationären Bereich.



Gilt in der Gesamtmenge eine ausgeglichene Kostenneutralität, führt sie in der Teilmenge zu grossen Verzerrungen (s. Text).

Wenn wir die Kostenneutralität kantonal festlegen, führt dies dazu, dass die teuren Kantone weiterhin teuer bleiben und die «billigen» Kantone weiterhin billig bleiben. Der angestrebte Ausgleich wird überhaupt nicht erreicht.

Im ambulanten Bereich werden 80 Prozent des Umsatzes durch sogenannte Grundleistungen erzielt. Die Kompensationsmöglichkeiten mit den 20 Prozent andern Leistungen sind äusserst gering. Der stationäre Bereich muss mitberücksichtigt werden. Wenn wir die Kostenneutralität in eine stationäre und eine ambulante trennen, wird für die beiden Bereiche je ein verschiedener Taxpunktwert herausgeschauen. Die gleiche Leistung wird also im Spital und in der Praxis verschieden entschädigt. Ein weiteres Grundpostulat der GRAT wird damit zur Makulatur.

Verzweifelt versuchen die Herren Brunner und Bapst als Einzelkämpfer ein Konzept zu erstellen, mit dem Kostenneutralität unter Berücksichtigung all dieser Verzerrungen trotzdem realisiert werden könnte. Die letzte Lösung, die sie erarbeitet haben, ist mir zum Zeitpunkt der Abfassung dieses Artikels nicht bekannt. Alles, was mit TarMed zusammenhängt, steht unter dem Leitwort «was heute gilt, ist morgen überholt»; was die Diskussion nicht vereinfacht. Es ist schon paradox genug, dass wir Ärzte ganze Firmen aufbauen müssen, um einen Ausgangstaxpunktwert in diesem Tarifsysteem berechnen zu können. GRAT/TarMed wurde auch angekündigt als ein System, das endlich Transparenz in das Tarifwesen bringen werde. Wenn über 90 Prozent unserer Mitglieder nicht verstehen werden, warum der Taxpunktwert so und so viel betragen soll, hat das mit Transparenz wenig bis nichts zu tun. Ich habe nichts gegen die Betreiber dieser Firma, die sich grosse Mühe geben, der Ärzteschaft zu helfen. Ich gehe aber davon aus, dass keine 100 Personen die Mechanik verstehen, mit deren Hilfe nun ein gerechter Starttaxpunkt pro Kanton herausdividiert werden soll.

Bisher haben wir uns nur über den Taxpunktwert beim Start unterhalten. Das Kostenneutralitätskonzept sieht dann noch eine Einpendelungsphase vor, die nach Kassenvorstellungen bis zu 5 Jahre dauern soll. Auch dieses Konzept ist voller Fussangeln und widersprüchlicher Massnahmen, setzt genaue Kontrollmechanismen voraus und ist kaum auf Anhieb verständlich. Ich werde versuchen, in einem späteren Artikel zur Frage systemfremder Einflussfaktoren auf die Tarifentwicklung und auf die Auswirkung der Teuerung zurückzukommen. In einigen der Entwürfe wird gar versucht, durch Taxpunktwertvariationen innerhalb der gleichen Geltungsbereiche auch noch die einheitliche Tarifstruktur, die für die ganze Schweiz gesetzlich vorgeschrieben ist, zu unterlaufen.

So wurde als paradoxer Höhepunkt in einem der Papiere zur Kostenneutralität festgehalten, dass im gleichen Kanton für die gleiche Leistung sogar verschiedene Taxpunktwerte bei verschiedenen Ärztegruppen zur Anwendung kommen könnten. Sollte eine Gruppe von Ärzten bei einer Leistung sogenannte Mengenausweitung betreiben, würde nur für diese Gruppe der Taxpunktwert bei dieser Leistung

abgesenkt. Andere Leistungserbringer, die die gleiche Leistung erbrächten, erhielten nach wie vor den ursprünglichen Taxpunktwert. Damit wird in krassester Weise die einheitliche Tarifstruktur verletzt.

Ich halte dafür, dass die Ärzteschaft sich endlich aufraffen und den Kassen und Politikern klar machen sollte, dass wir bereit seien, einen neuen Tarif zu akzeptieren, aber ohne die Pervertierung durch eine entsprechende Kostenneutralität. Erste Entscheide in dieser Zielsetzung sind von der Ärztekammer vom Juni 2000 gefällt worden. Die offizielle Politik der FMH hatte bis zum Februar 2000 alles getan, um bei Frau Dreifuss gut Wetter zu machen. Die Ärztekammer hat einer Tarifstruktur zugestimmt, ohne die essentiellen Vereinbarungen mit den Krankenkassen und über die Kostenneutralität auch nur zu kennen. Immer wieder wurde die Angst geschürt vor einem verordneten Amtstarif, der auf jeden Fall schlechter sein werde als jeder ausgehandelte Tarif. Dazu ist zu bemerken, dass bei jedem ausgehandelten Tarif die Tarifpartner die Verantwortung für alle Fehler tragen müssen, während bei einem verordneten Tarif Frau Dreifuss und ihr Bundesamt die ihnen zukommende Verantwortung voll tragen müssten. Wir sollten uns nicht laufend unter Zeitdruck setzen lassen und in Panikreaktionen Dinge genehmigen, die weder ausgereift noch überhaupt verhandlungsfähig sind. Etwas mehr Mut und Entschlossenheit täte uns Ärzten gut. Ein Gesundheitswesen ohne Politiker, ohne einen Preisüberwacher, ja auch ohne Krankenkassen ist denkbar; ein solches ohne Patienten und Ärzte aber nicht. Wir sollten unsere Zeit für wesentlich wichtigere Aufgaben brauchen können, als uns episch in Tariffragen zu zersplittern und gegenseitig aufzuspalten. Das Gesetz verlangt eine einheitliche Tarifstruktur, einen betriebswirtschaftlich gerechneten Tarif, von Kostenneutralität in der vorgelegten Form steht nichts. Kommen im gleichen Kanton verschiedene Taxpunktwerte zur Anwendung, wird die einheitliche Tarifstruktur missachtet. Halten wir auch noch folgendes fest: Frau Dreifuss hat selber eine Aufwertung des Gesprächs verlangt. Die Medien haben hier einhellig, soweit das mir bekannt wurde, zugestimmt. Die Ärzte sollen längere und häufigere

Gespräche führen. Das wurde generell verlangt, ist aber identisch mit einer von Politik und Medien verlangten Mengenausweitung. Wir werden sie bieten. Wir beanspruchen aber auch eine entsprechende Entschädigung. Jede Leistung ist ihren Lohn wert. Wer den verantwortungsvollen, einsatzreichen Arztberuf mit überdurchschnittlichem Zeitaufwand ausfüllt, soll auch eine im Vergleich zu andern gleichwertigen akademischen Berufen und Positionen übliche Entschädigung erhalten. Wenn man uns einen Stundenlohn unter Fr. 120.– anbietet, ist das nicht akzeptabel. Wir brauchen mehr Zivilcourage und weniger Angst vor den Linkspolitikern, dem Bundesamt für Sozialversicherung und den Krankenkassengewaltigen. Man darf sich auch zeitlich nicht dauernd unter Druck setzen lassen und in Panik unüberlegte Beschlüsse fassen, die man dann nicht einmal einer Urabstimmung unterbreiten kann. Wir sind bereit, mit allen im Gesundheitswesen, die guten Willens sind, zusammenzuarbeiten. Wir lassen uns aber nicht durch ein in jeder Beziehung fragwürdiges Instrument namens Kostenneutralität um die Früchte der ganzen Tarifrevision prellen. Halten wir fest: Mit der sogenannten Kostenneutralität wird de facto das von den eidgenössischen Räten verworfene Globalbudget im ambulanten Bereich durch die Hintertüre eingeführt. Wer uns aber keine angemessene Entschädigung zubilligen will, der muss von uns eine klare Antwort erhalten.

Wenn ihr von uns erwartet, dass wir unter den Bedingungen eines neuen Tarifs arbeiten sollen, so gebt uns bei einer normale Arbeitszeit ein adäquates Honorar, sonst «macht euer Gesundheitswesen alleine». Alles hat sein Mass. Es gibt eine gewisse Grenze, ausserhalb deren das Verantwortbare nicht mehr zu finden ist (frei nach Horaz).

Literatur

- 1 Grete W. Statistiken bestimmen unsere Honorare. Schweiz Ärztezeitung 2000;81(22):1157-8.
- 2 Baumann P. Chance zur Datenparität nutzen! Schweiz Ärztezeitung 2000;81(22):1159-61.