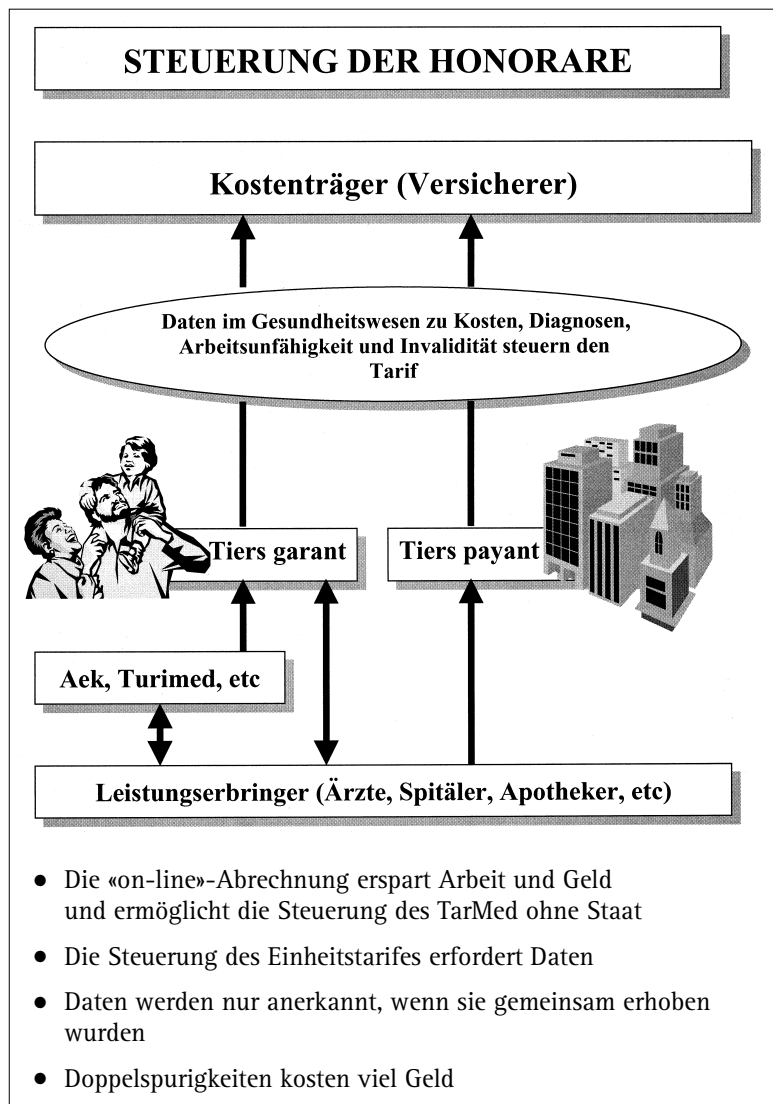


Statistiken bestimmen unsere Honorare¹

Die Lenkung unseres Gesundheitswesens mit Zahlen

W. Grete



¹ Manuskript eingereicht am 10. Februar 2000 (Anm. d. Red.)

Korrespondenz:
Dr. med. Walter Grete
Präsident der Ärztesgesellschaft des Kantons Zürich
Dorfstrasse 26
CH-8184 Bachenbülach

Ärztliche Fundamentalopposition gegen Versicherungsstatistiken

Die Datenerfassung und das Versicherungsobligatorium haben in kurzer Zeit aus dem Honorar für ärztliche Kunst politisch gesteuerte Abgeltungssysteme geschaffen. Die Steuerung und Berechnung der Tarife für ärztliche Leistungen erfolgen über Zahlen und Statistiken. Die Zahlen werden grundsätzlich mit der normierten Rechnungsstellung durch die Leistungserbringer geliefert. Die Aufarbeitung zu relevanten Statistiken erfolgt durch die Kostenträger. Diese Realität schmerzt noch heute viele Leistungserbringer. Widerstände gegen Zahlentransparenz, Zweifel an der Lauterkeit von Statistiken, fehlendes Einsichtsrecht und Ohnmachtgefühle mischen sich zu einer realitätsfremden Fundamentalopposition gegenüber den Versicherern. Laut erklingt der Ruf nach eigenen Statistiken. Macht dies Sinn?

Ärzteeigene Statistiken machen wenig Sinn

Die politische Kostengrösse, welche letztlich interessiert, ist die durchschnittliche Jahresprämie für den Versicherten. Diese setzt sich aus einer Vielzahl von Elementen zusammen, welche weit ausserhalb der Reichweite all unserer Praxiscomputer liegt. Wir erfassen mit unseren Bemühungen grundsätzlich nur gestellte Rechnungen. Prämienwirksam werden jedoch bezahlte Rechnungen der Kostenträger, nach Abzug der Franchise, des Selbstbehaltes, der Nichtpflichtleistungen usw. Wir erfassen weder die so entscheidenden Verschiebungen von stationär zu ambulant noch die Verschiebungen von Zusatzversicherten in die Grundversicherungen. Wir haben nur einen bescheidenen Überblick über die Aufwendungen anderer Leistungserbringer wie Physiotherapien, Grosslaboratorien, Chiropraktoren, Spitäler usw. Zur Tarifsteuerung sind aber Verschiebung zwischen Leistungserbringergruppen entscheidend, da das gesamte Volumen mehr oder weniger plafoniert wird und nur die «Kuchenstücke» ihre Grösse wechseln.

Berechnungen zu den Gesundheitskosten ohne Relation zur Arbeitsunfähigkeit und Invalidität sind wertlos

Heute ist die Statistik des Konkordates der Schweizerischen Krankenversicherer die allgemein anerkannte Grundlage für Kostentransparenz im Gesundheitswesen. Ihre Aussagekraft für Vergleichssummen von Kantonen und Leistungserbringergruppen ist weitgehend unbestritten. Leider werden die Zahlen ohne Bezug zur Arbeitsunfähigkeit und Invaliditätshäufigkeit publiziert. Isoliert betrachtete Gesundheitskosten machen wenig Sinn. Steigende Ausgaben für ärztliche Leistungen bei gleichzeitigem Rückgang der Arbeitsunfähigkeit und der Invaliditätshäufigkeit sind Ausdruck hoher Qualität und damit Einsparungen im

Bereich der Sozialkosten. Es darf nicht sein, dass steigende Arztkosten grundsätzlich den Leistungserbringern als Mengenausweitung angelastet werden. Die zentralen Elemente von «managed care», wie Erhaltung der Selbständigkeit, soziale Integration, Erhaltung der Arbeitsfähigkeit und Vermeidung von vorzeitigen Rentenzahlungen lassen sich auch statistisch mehr und mehr erfassen. Das Interesse der Versicherer an einer derartigen «intelligenten» Gesundheitsstatistik liegt vor. Die Widerstände der Leistungserbringer sind irrational.

Elektronische Abrechnung – Chance für eine gemeinsame Datenbasis

Wohl millenniumsbedingt etwas verzögert, aber unaufhaltsam schreitet der elektronische Zahlungsverkehr voran. Erste Patientinnen und Patienten wünschen ihre Rechnungen zu Hause papierlos am PC erledigen zu dürfen. Die SUVA und andere Unfallversicherungen bieten im «Tiers-payant»-System den direkten Zahlungsverkehr an. Beide Seiten ersparen sich zumindest langfristig unproduktive Kosten. Öffentliche und private Spitäler, die allesamt im System des «tiers payant» abrechnen, sind daran, ihre Rechnungen ausschliesslich auf den elektronischen Zahlungsverkehr umzustellen, um von dieser Rationalisierung profitieren zu können. Die Apothekerschaft hat vor wenigen Wochen einen Vertrag mit den Kostenträgern zur Datenübermittlung abgeschlossen. Wie sollen wir Ärzte angesichts dieser Realitäten agieren?

Zweifellos würde ein Einstieg in diese wachsende elektronische Plattform des Gesundheitswesens Sinn machen. Gemeinsame Statistiken mit einem paritätischen Ausschuss zu Fragestellungen und Auswertungen wären sinnvoll. Gerichtliche Auseinandersetzungen über die gegenseitige Anerkennung statistischer Unterlagen würden hinfällig. Der politische Einfluss durch Bundesämter – der Auftrag für bessere statistische Unterlagen im Gesundheitswesen ist erteilt – könnte auf ein Minimum reduziert werden.

Zusammenarbeit zwischen Kostenträgern und Leistungserbringern – ein Muss

Hinterfragen wir für einmal unsere kritische Haltung. Noch können wir als organisierte Ärzteschaft eine vertragliche Zusammenarbeit mit den Kostenträgern erwirken, sei es im System des «tiers payant» oder «tiers garant». *Eine gemeinsame anonymisierte und geschlossene Datenplattform würde uns neben den oben erwähnten auch persönliche Vorteile bringen:* Günstige Rechnungsübermittlungen, Kostengutsprachen, ein Kommunikationsnetz mit andern Leistungserbringern und Kostenträgern, Versicherungsnummern von Patienten, Unfallmeldungen und Formulare, Arbeitsunfähigkeitsmeldungen, aber auch Steuerungen in «Managed-care»-Projekten.

Schliessen wir uns nicht selbst aus. Überlegen wir uns die Mitarbeit. Die Realität wird uns ansonst passiv einbinden.