

Chance zur Datenparität nutzen!¹

P. Baumann

*Nicht an unseren Taten,
sondern an unseren Daten
werden wir gemessen!*

*Dr. med. E. Rembs, Chirurgische Universitätsklinik
Bochum, am QS-Kongress 1999, Basel*

Einleitung

Mit der Einführung des neuen Arzttarifes bricht in Sachen Statistiken eine neue Ära an. Die rund 4000 Leistungspositionen der neuen Tarifstruktur werden wesentlich höhere Transparenz in die jeweils allseits als «unerklärlich hoch» eingestuften Kosten der medizinischen Versorgung bringen. Relevant ist dabei nicht die relative Bewertung der einzelnen Leistungen – obwohl evident ist, dass die produzierte Menge einzelner Leistungen immer auch eine Funktion deren Honorierung ist – sondern deren quantitative Inanspruchnahme. Mit TarMed bricht im Gesundheitswesen das Zeitalter der Leistungsstatistiken an. Damit verbunden ist, jenseits der Tarif- und Verhandlungspolitischen Taktiken, die Hoffnung auf eine Versachlichung der Diskussionen um die Kostenentwicklung.

Ausgangslage

Aus Sicht der Ärzteschaft stellen sich im Kontext der Einführung von TarMed zwei zentrale Fragen, die ja nach standespolitischer Sicht – und persönlicher Erfahrung mit der Konkordatsstatistik – durchaus unterschiedlich beantwortet werden:

- Welche Vor- und Nachteile sind mit einer aussagekräftigen Leistungsstatistik verbunden?
- Wer wird welche Statistiken, wann und zu welchen Zwecken nutzen können?

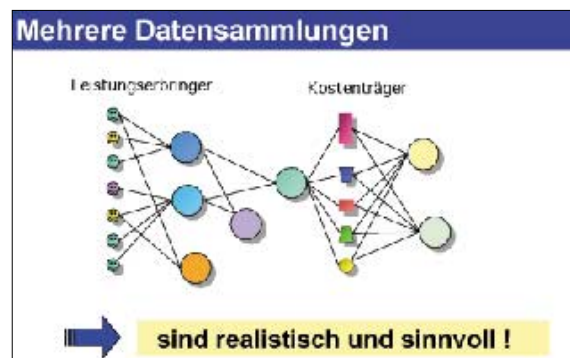
Unbestritten ist wohl die Aussage, dass grundsätzlich alle Leistungserbringer an einer methodisch präzisen, in ihrer Aussage korrekten Statistik interessiert sein müssen. Unter dem Aspekt der Qualitätssicherung ist es unbestritten, dass es immer Aufgabe des «Produ-

zenten» sein wird, die Qualität der eigenen (Dienst-) Leistung nachzuweisen. Statistiken über die erbrachten Leistungen bilden dazu eine erste rudimentäre Grundlage, welche für differenziertere Analysen und Auswertungen unabdingbar sind.

«Es geht nicht darum, den Krankenversicherern Daten vorzuenthalten.
Es geht vielmehr darum, eigene Datenquellen konsequenter zu nutzen!»

*Dr. med. A. Haefeli,
Präsident Aargauer Ärzte-Verband*

Die zweite Frage wird hingegen sehr unterschiedlich beantwortet. Im Vordergrund der Diskussion stehen zwei diametral unterschiedliche Lösungsansätze: Die einen plädieren für einen zentralen, von allen Partnern im Gesundheitswesen gemeinsam getragenen Statistikpool. Andere postulieren eine eigenständige Datensammlung seitens der Ärzteschaft. Der Dissens scheint im Kern um die Frage zu gehen, ob es eine einzige zentrale Datensammlung TarMed oder mehrere voneinander unabhängige Datensammlungen geben soll. Bezweifelt wird speziell auch die Plausibilität und damit die Akzeptanz von einseitig «im Alleingang» erstellten Statistiken.



Lösungsansatz

Nach detaillierter Analyse der Vor- und Nachteile der beiden Lösungsansätze sprechen aus unserer Sicht folgende Gründe für mehrere voneinander unabhängige Datensammlungen:

Wirtschaftliche Eigeninteressen

Die untereinander in zunehmend härterer Konkurrenz stehenden Versicherer und Leistungserbringer haben ein legitimes Interesse zur Wahrung ihrer Wettbewerbsfähigkeit. Sie können ihre betriebsinternen Daten nicht ohne Vorbehalte in eine gemeinsame Lösung einbringen. Die Vorbehalte der Krankenversicherer gegenüber der Ausweitung der Statistik für den Risikoausgleich zeigen die Grenzen gemeinsamer Datensammlungen unter Konkurrenten klar auf. Obwohl der Lösungsansatz aus ökonomischer Sicht unbestritten effizient wäre, sprechen die wirtschaftlichen Eigeninteressen der einzelnen Partner gegen eine einzige zentrale Datensammlung.

¹ Manuskript eingereicht am 17. Mai 2000 (Anm. d. Red.)

Korrespondenz:
lic. oec. publ. Philip Baumann
BlueCare AG
Deisrütistrasse 11
CH-8472 Ohringen

Unterschiedliche Statistikbedürfnisse

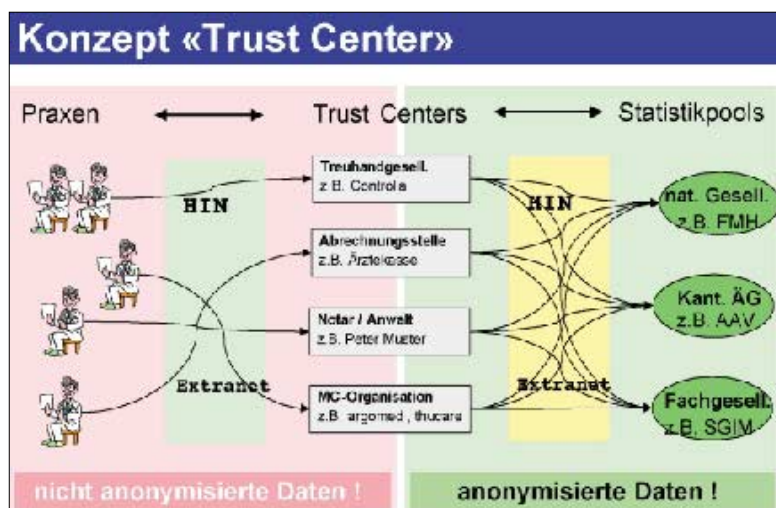
Die Bedürfnisse zur Sammlung und Auswertung von Abrechnungsdaten sind auf der Seite der Leistungserbringer – als Verantwortliche für die Behandlungsprozesse – wesentlich unmittelbarer und inhaltlich anderer Natur als diejenigen der Kostenträger. Die Leistungserbringer werden für das Management der Behandlungsprozesse zunehmend mehr Informationen über dieselben benötigen. Die Kostenträger benötigen statistische Informationen primär, um die Wirtschaftlichkeit der Behandlungen beurteilen zu können. Mehrere voneinander unabhängige Datensammlungen geben den einzelnen Akteuren grössere Freiheitsgrade, ihre Informationen nach ihren Bedürfnissen aufzubauen.

Abhängigkeit von Dritten

Der Ansatz mit einem zentralen Datenpool setzt einen weitgehenden Konsens der Partner über die Inhalte der Statistik, der Zugriffsrechte sowie der Finanzierung des Projektes voraus. Bei Uneinigkeit oder gar Streit würde dies zu einer Verhinderung der Datensammlung führen. Das Projekt würde, wie leider schon manches Gemeinschaftswerk, mangels Kooperationsbereitschaft im Sand verlaufen. Eine endlose Geschichte, welche bereits viele Datensammlungen im Gesundheitswesen erfolgreich verhindert hat.

Wir empfehlen deshalb einen Ansatz mit verschiedenen untereinander bei Bedarf vernetz- oder konsolidierbaren Statistikpools. Basis dieses Ansatzes bildet das Konzept der «Trust Center», welches die in diesem Zusammenhang wichtigen Fragen des Datenschutzes (sowohl der Ärzte und Ärztinnen wie auch der Patientinnen und Patienten) angemessen berücksichtigt.

Konzept «Trust Center»



Das Konzept der «Trust Center» geht grundsätzlich davon aus, dass die Abrechnungsdaten für statistische Zwecke nur in anonymisierter Form benötigt werden. Dazu werden zwischen der nicht anonymisierten Welt der Arztpraxen und der Statistikebene

Vertrauensstellen («Trust Centers») eingeschoben. Diese sind für die Anonymisierung der Daten sowie die Korrektheit der Datenlieferung verantwortlich.

Das Konzept «Trust Center» basiert auf zwei Grundsätzen, die dessen grosse Akzeptanz erklären:

1. Alleine der *Arzt als Absender* der (statistischen) Daten kann über die weitere Verwendung seiner Daten bestimmen. Er wählt und beauftragt sein «Trust Center», die Daten an die entsprechenden Statistikpools weiterzuleiten. Das «Trust Center» selber hat keine weiteren Nutzungsrechte an den empfangenen Daten und verpflichtet sich, diese nach der Bearbeitung zu vernichten. Aufbewahrt wird alleine der Schlüssel zur Auflösung der Anonymität.
2. Der einzelne Arzt soll aus einem *Angebot unterschiedlicher «Trust Centers»* auswählen können. Er bestimmt das von ihm als vertrauensvoll erachtete «Trust Center» selber. Bei Bedarf kann er dieses auch wechseln.

Nur wenn den legitimen Datenschutzinteressen jedes einzelnen Praxisinhabers bzw. jeder einzelnen Ärztin Rechnung getragen wird, wird es gelingen, die Bereitschaft zum Aufbau solcher Datensammlungen herzustellen. Dabei ist es von Vorteil, wenn zu statistischen Zwecken jederzeit neue Gruppen gebildet werden können.

Technische Umsetzung

Für die technische Umsetzung des Lösungsansatzes sind *drei Faktoren entscheidend*:

1. Die Qualität der Statistiken ist immer von der Qualität der Daten am Punkt ihrer Erzeugung abhängig. Die *Spezifikationen zur Extraktion* der relevanten Abrechnungsdaten wird daher über deren Wert in aggregierter Form entscheiden. Zur Sicherstellung der notwendigen Datenqualität (Vollständigkeit, Richtigkeit usw.) wird eine enge Kooperation mit den Anbietern von Praxis-Software-Systemen angestrebt. Die Programme zur Extraktion der Statistiken sollen möglichst zeitgleich mit den Programmupdates für TarMed mitgeliefert werden.
2. Die anfallenden Daten müssen sicher zu den Statistik Pools transportiert werden. Daher soll der Transport der Daten bereits ab den Praxen, spätestens aber ab den «Trust Centers» elektronisch über die *geschützte Intranet Plattform des Health Info Network (HIN)* geschehen. HIN bietet heute mit ASAS die aus Gründen der Sicherheit und des Datenschutzgesetzes unabdingbaren Funktionen zur Authentifizierung und Zertifizierung der Benutzer sowie eine vollständige Verschlüsselung der Daten an. Dank der weitgehend elektronisch ablaufenden Kommunikation können die nachfolgenden Arbeitsprozesse automatisiert werden und die Ergebnisse der statistischen Analysen kostengünstig an die Empfänger zurückübermittelt werden. Beides trägt wesentlich zu tieferen Produktionskosten bei.

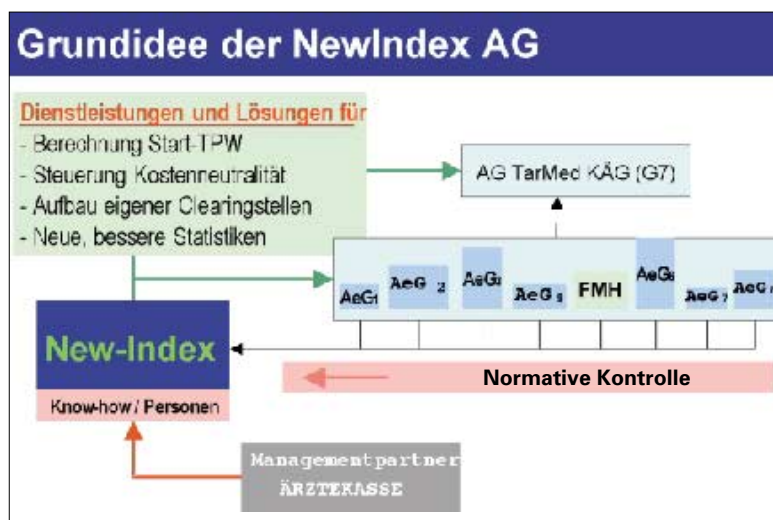
3. Für die Verwaltung, Auswertung und *Nutzung der Daten* sind schliesslich mächtige Auswertungs- und Analyseinstrumente notwendig, um aus der Vielzahl der Daten die richtigen Informationen und Schlussfolgerungen gewinnen zu können. Dazu werden umfangreiche Investitionen in neue Softwareprogramme und Datenanalyseinstrumente notwendig sein, welche massgeblich über den Nutzen der Statistikdaten entscheiden werden.

Die Umsetzung dieser Konzepte und deren Implementierung im Alltag der heutigen EDV-Landschaft setzt nebst fundiertem Fachwissen auch professionelle Strukturen voraus. Die FMH und die Ärztekasse haben zu diesem Zweck unter der Firma NewIndex AG ein Unternehmen gegründet, welches die Implementierung dieser Aufgaben im Auftrag der Ärzteschaft sicherstellen soll.

Organisation der Umsetzung

Die NewIndex AG bezweckt die Unterstützung der kantonalen und nationalen Organisationen der Ärzteschaft in der Einführung und Anwendung neuer Arzttarife. Sie stellt im Auftrag der Trägerschaft und in enger Zusammenarbeit mit den Managementpartnern insbesondere die Mittel zur Sammlung, statistischen Auswertung und elektronischen Bereitstellung von Abrechnungsdaten sicher.

Die NewIndex AG wird von den für die KVG-Verträge mit den Krankenversicherern zuständigen Kantonalgesellschaften, der FMH (Vertragspartnerin der Unfallversicherer im UVG-Bereich) und der Ärztekasse als Managementpartner getragen. Die Beteiligung seitens der kantonalen Ärztesellschaften ist freiwillig. Die NewIndex AG wird ihre Dienstleistungen allen Interessenten anbieten. Aktionäre bekommen neben den Mitbestimmungsrechten auch vorteilhaftere Konditionen.



Stand der Arbeiten

Schwergewicht der bereits laufenden Aktivitäten bildet die *Berechnung der kantonalen Start-Taxpunkt-werte*. Dazu hat NewIndex – dank grosser persönlicher Unterstützung des Direktors der Ärztekasse – die methodischen Grundlagen und Instrumente bereitgestellt, welche nun in den Kantonen eingesetzt werden können. Im weiteren plant NewIndex die Entwicklung von *Instrumenten zur Steuerung der Kostenneutralität* sowie von Konzepten, welche den *elektronischen Datenaustausch* mit den Kostenträgern, den Aufbau von *Clearingstellen* und eine neue *ausagekräftige Leistungsstatistik* ermöglichen sollen.

Konklusionen

Auch im Bereich der TarMed-Statistiken führen viele Wege nach Rom. Das aufgezeigte Konzept ist sicher nicht das einzig mögliche. Dennoch sprechen gute Gründe dafür, das Problem der fehlenden Datengrundlagen auf diese Weise anzugehen:

Dringlichkeit

Tarifeinführung und insbesondere die Steuerung der Kostenneutralität erfordern rasch verfügbare solide statistische Datengrundlagen.

Machbarkeit

- Kein anderer Ansatz kann solche Statistiken in kürzerer Zeit sicherstellen.
- Die Fragen um den Datenschutz und die Datensicherheit werden elegant gelöst.

Datenparität

Die Ärzteschaft kann die TarMed-Verhandlungen mit gleich langen (Daten-)Spiessen führen wie die Kostenträger.

Die Ärzteschaft wäre schlecht beraten, würde sie die Möglichkeiten zum Aufbau eigener Datengrundlagen nicht nutzen. Sie hat die Chance, den Aufbau von aussagefähigeren Statistiken aus eigener Kraft und im eigenen Ermessen an die Hand nehmen zu können. Damit kann sie die bestehende (Daten-)Kluft zu den Krankenversicherern schliessen. Das Postulat der Datenparität würde damit – im ambulanten Bereich – endlich greifbar. Nicht alles, aber sicher ein lohnenswerter Anfang!

Mit unserem Engagement verdienen wir in Zukunft nicht mehr Geld!?
Aber wir verlieren sicher weniger!

Dr. med. Kurt Kaspar,
Präsident argomed Ärzte AG, Baden