

# Verdeckte Rationierung dank Wirtschaftlichkeitsverfahren?

Jürg Nadig

Präsident der Schweizerischen Gesellschaft für Medizinische Onkologie

## Ruinöse Rückforderungsklagen von santésuisse

Wirtschaftlichkeitsabklärungen durch santésuisse verbunden mit existenzbedrohenden Rückforderungsklagen gegen medizinische Onkologen zwischen 500 000 und 750 000 Franken für ein Jahr veranlassten unsere Fachgesellschaft, sich intensiv mit der ANOVA-Methode und den Fallkosten in der medizinischen Onkologie auseinanderzusetzen.

Beim metastasierenden Kolorektalkarzinom (CRC) vervierfachte sich in den letzten Jahren dank neuer Medikamente die Überlebenszeit (Abb. 1). Wegen der hohen Medikamentenpreise stellen aber AL und TL nur noch einen kleinen Bruchteil der Fallkosten in der medizinischen Onkologie dar, weil die Gesamtkosten von den eingesetzten Medikamenten bestimmt werden. Es besteht deshalb die Gefahr, dass wegen der Rückforderungsklagen die praktizierenden Onkologen versucht sind, allenfalls zum Nachteil des Kranken billigere, aber weniger wirksame Medikamente einzusetzen, um so rechtlichen Auseinandersetzungen mit der santésuisse auszuweichen.

## Taugt die ANOVA-Methode von santésuisse zur Beurteilung der Wirtschaftlichkeit der medizinischen Onkologen?

Art. 56.1 des KVG verpflichtet den Arzt, sich in seinen Leistungen auf das Mass zu beschränken, das im Interesse der Versicherten liegt und für den Behandlungszweck erforderlich ist. Um dies zu prüfen, setzt santésuisse neuerdings auch bei den Spezialisten den ANOVA-Index zur Beurteilung der Wirtschaftlichkeit ein. Der ANOVA-Index berücksichtigt neu das Fachgebiet, das kantonale Kostenniveau sowie das Alter und das Geschlecht der Patienten. Diese Faktoren sind aber in der Onkologie nur von untergeordneter Bedeutung, da die Medikamentenpreise, die zwei Drittel bis vier Fünftel der Fallkosten ausmachen in der ganzen Schweiz gleich hoch sind, so dass das kantonale Kostenniveau nicht von Belang ist. Im Gegensatz zu den Grundversorgern steigen die Fallkosten in der Onkologie nicht zwangsläufig mit zunehmendem Alter, da bei polymorbiden

Patienten nebenwirkungsreiche Therapien oft nicht eingesetzt werden können, so dass die tumorspezifischen Fallkosten mit steigendem Alter eher zurückgehen. Dem ANOVA-Index liegt die Annahme zugrunde, dass der unwirtschaftliche Onkologe in der Gruppe mit hohen Fallkosten, der wirtschaftliche Onkologe in der Gruppe mit tiefen Fallkosten zu finden sei. Liesse sich aber zeigen, dass die unwirtschaftlichen Ärzte gleichmässig über hohe und tiefe Fallkosten verteilt sein können und dass in der Gruppe mit tiefen Fallkosten vermehrt *unwirksame* Behandlungen eingesetzt werden, so wäre der Filter der ANOVA-Methode für die Ärzte willkürlich und für den Patienten schädlich. Allein die Tatsache, dass das verwendete Rechenmodell mathematisch korrekt ist und ein anerkanntes statistisches Instrument darstellt, heisst ja noch nicht, dass die Methode zur Beurteilung der Wirtschaftlichkeit in der Onkologie geeignet ist. Auch in hervorragenden medizinischen Zeitschriften eignet sich die Mehrzahl der verwendeten statistischen Methoden nicht, die gestellte Frage zu beantworten.

Beim ANOVA-Index gelten Fallkosten, die 30% über dem Mittel liegen, als erklärungsbedürftig (Abb. 2).

Damit statistische Vergleiche zwischen verschiedenen Gruppen überhaupt möglich sind, müssen zum einen die Gruppen homogen und vergleichbar sein («Äpfel sollen nicht mit Birnen verglichen werden»). Zum andern braucht es eine genügend grosse Gruppen, um signifikante Unterschiede festzustellen.

Die medizinischen Onkologen sind eine kleine Gruppe von knapp 250 Ärzten, von denen etwa die Hälfte im Spital arbeitet. Obwohl die meisten Onkologen in der santésuisse-Statistik erscheinen, verursachen die unterschiedlichen Praxisformen unterschiedliche Kostenstrukturen und damit unterschiedliche Fallkosten (Tab. 1): Am öffentlichen Spital stellt der medizinische Onkologe in der Regel nur für seine Konsultation Rechnung, während das Spital die Medikamente und die Kosten für die Verabreichung der Krankenkasse unabhängig vom verordnenden Arzt weiterverrechnet. Eine zweite Gruppe sind praktizierende Onkologen mit unterschiedlichen An-

Korrespondenz:  
Dr. med. Jürg Nadig MAE  
Bannhaldenstrasse 7  
CH-8180 Bülach  
juerg.nadig@hin.ch

Tabelle 1

Fallkosten bei verschiedenen Praxisprofilen.

	Fallkosten
Konsiliararztpraxis öffentliches Spital	Fr. 693
Gemischte onkologisch-internistische Praxis 50/50% ohne Medikamentenverabreichung	Fr. 541
Gemischt onkologisch-internistische Praxis 50/50% mit Medikamentenverabreichung	Fr. 2500
Onkologie beim öffentlichen/privaten Spital mit Medikamentenverabreichung	Fr. 4024

teilen an onkologischen und internistischen Patienten, mit und ohne Medikamentenabgabe. Die höchsten Fallkosten aber verursachen die Onkologen, die eine onkologische Facharztpraxis führen und bei der Mehrzahl der Konsultationen eine Therapie verabreichen, also solche Onkologen, die sich auf ihre Kernkompetenz beschränken und die verursachten Kosten (Medikamente und Verabreichungskosten) dem Patienten weiterverrechnen.

Das der ANOVA-Methode zugrundeliegende Statistikmodell setzt ein homogenes Kollektiv voraus, damit verlässliche Schlüsse gezogen werden können. Wendet nun *santésuisse* die ANOVA-Methode undifferenziert auf alle medizinischen Onkologen an, um vermeintlich unwirtschaftliche Ärzte zu erfassen, so geht sie von der offensichtlich falschen Annahme aus, es handle sich um eine homogene Gruppe (Abb. 3). Die nachstehende Grafik mit der realen Verteilung der Praxisstruktur zeigt, dass durch die ANOVA-Methode willkürlich diejenigen Onkologen als potentiell unwirtschaftlich selektiert werden, die eine vorwiegend onkologische Praxis führen und die gesamten Kosten transparent über die eigenen Konkordatsnummer abrechnen, während Onkologen an einem öffentlichen Spital oder Onkologen mit gemischter internistisch/onkologischer Praxis nie bezüglich der Wirtschaftlichkeit beurteilt werden, obwohl auch in diesen Gruppen unwirtschaftliche Ärzte sein können (Abb. 4).

Der ANOVA-Index zur Prüfung der Wirtschaftlichkeit der medizinischen Onkologen ist untauglich, da die für eine statistische Analyse notwendigen Voraussetzungen eines homogenen und genügend grossen Kollektivs nicht erfüllt sind. Der ANOVA-Index ist zudem willkürlich, weil er weder sensitiv noch spezifisch ist, um Ärzte mit unwirtschaftlichen Behandlungen zu erfassen. Die Wirtschaftlichkeit der Onkologen

muss deshalb mit anderen Kriterien beurteilt werden.

### Wie können die verschiedenen onkologischen Praxen charakterisiert und verglichen werden?

Die medizinischen Onkologen können nach dem Anteil an Therapiesitzungen charakterisiert werden. Je höher der Anteil an Konsultationen mit gleichzeitiger Verabreichung einer Chemotherapie ist, umso höher werden die Fallkosten (Abb. 5). Indem die Anzahl Venenzugänge durch die Gesamtkonsultationszahl dividiert wird, lässt sich der prozentuale Anteil an Therapiesitzungen leicht ermittelt und die entsprechenden Mittelwerte der Fallkosten berechnen. So lassen sich auch die gemischt onkologisch-internistischen Praxen charakterisieren. In jeder dieser Gruppen können die Fallkosten von 80 bis 130 % streuen.

### Genügt aber der Therapieanteil, um die Kostenstruktur der medizinischen Onkologen und die Wirtschaftlichkeit zu beurteilen?

In Tabelle 2 wurde für die einzelnen Tumoren die Mittelwerte sowie die minimalen und maximalen Behandlungskosten bezogen auf 1 m<sup>2</sup> Körperoberfläche (KO) und Monat zusammengestellt. Dabei wurden nur Standardtherapien mit Medikamenten, die in der SL zugelassen sind, eingeschlossen. Während schon die Mittelwerte der monatlichen Therapiekosten zwischen den einzelnen Tumorgruppen von 739 bis 4884 Franken streuen, schwanken die Monatskosten innerhalb des gleichen Tumors bis um das 50fache. Es ist aber nicht so, dass die günstigste Therapie gleich wirksam ist wie die teuerste. Zudem werden die verschiedenen Therapien häufig gemäss einer Behandlungsstrategie sequentiell eingesetzt, sobald die eine Therapie nicht mehr wirkt.

Nur indem also die Zusammensetzung des Krankengutes (Case-Mix) berücksichtigt wird, kann die Wirtschaftlichkeit überhaupt beurteilt werden. Da die Medikamentendosis in der Regel der Körperoberfläche anzupassen ist, hat auch die Geschlechtsverteilung einen Einfluss auf die Kosten. Allein der Unterschied der mittleren Körperoberfläche von Mann und Frau (2,0 m<sup>2</sup> vs. 1,6 m<sup>2</sup>) bewirkt eine Fallkostenstreuung von 85 bis 115%. In einer gynäko-onkologischen Praxis werden die Fallkosten 20 bis 25% tiefer sein als in einer Praxis mit Lungenkarzinomen. Höhere Fallkosten fallen auch in Einzelpraxen an, wenn der Onkologe einen Assistenten anstellt, der nicht auf eigene Rechnung abrechnen kann. Demgegenüber werden in onkologischen Gruppenpraxen

Abbildung 1

Überlebenszeit und Therapiekosten beim metastasierenden CRC.

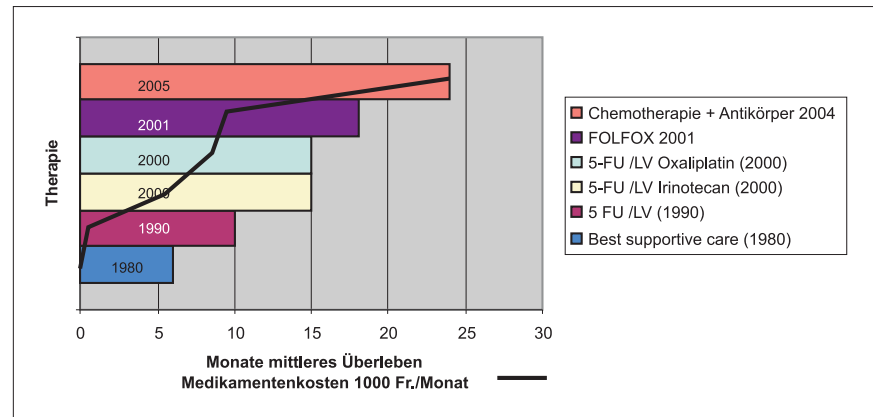


Abbildung 2

ANOVA-Fallkosten.

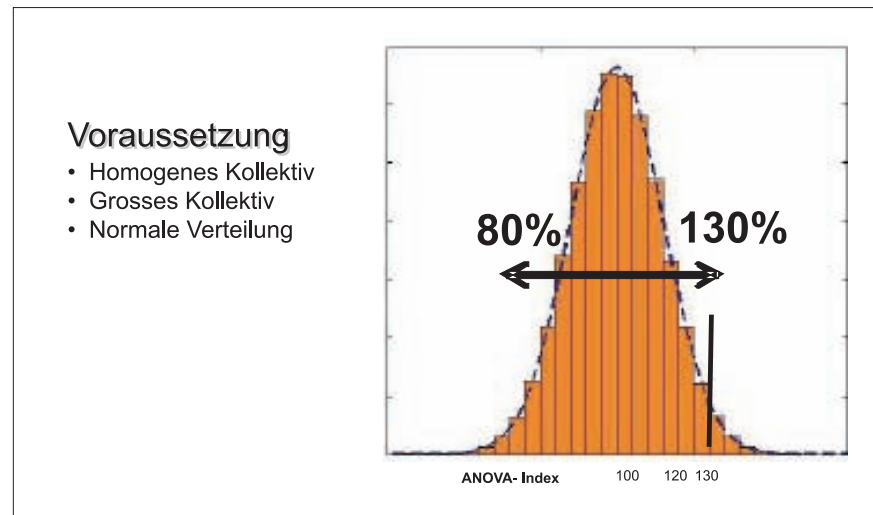


Abbildung 3

Reale Verteilung der Onkologen bezogen auf die Fallkosten.

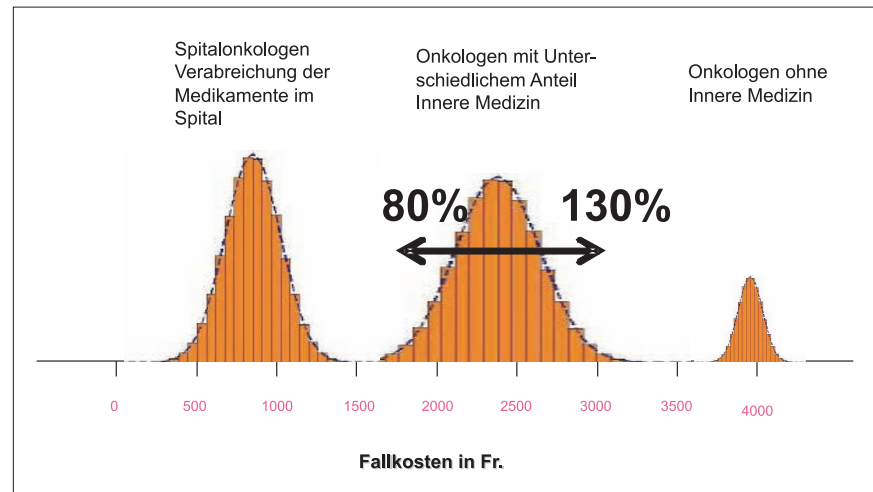


Abbildung 4

Fallkosten in Relation zum Anteil Innere Medizin.

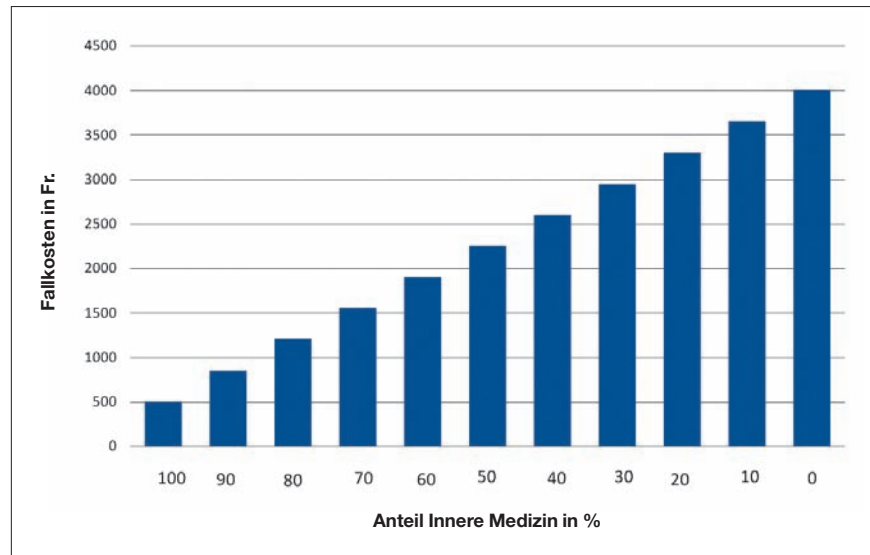


Abbildung 5

Veränderung der Fallkosten in Abhängigkeit zur Therapiedichte.

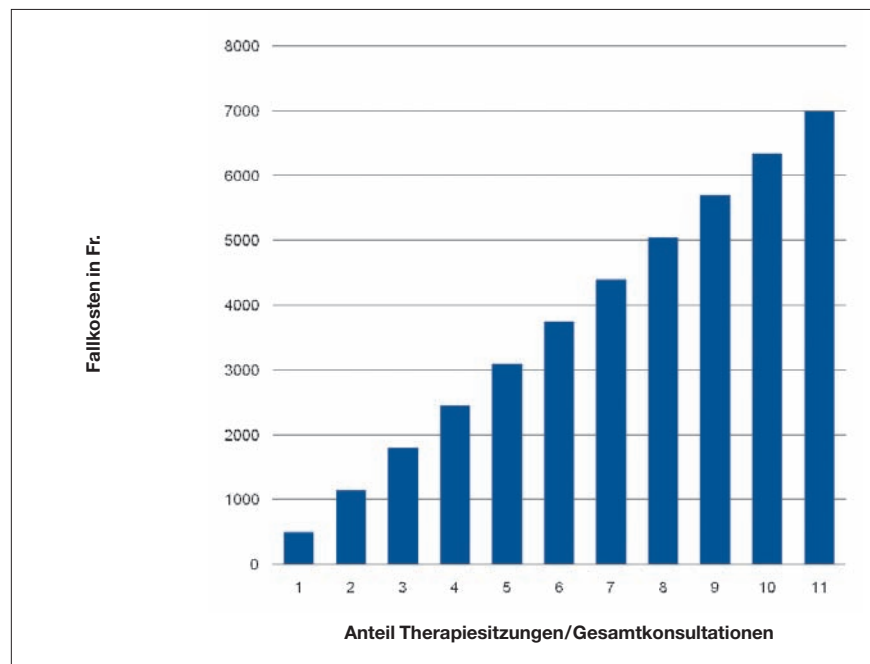


Tabelle 2

Mittelwert sowie minimale und maximale Therapiekosten pro Monat und 1,0 m<sup>2</sup> KO.

Gesamttherapiekosten/Monat (KO 1,0 m <sup>2</sup> )	Mittel	Min.	Max.	Max./Min.
Mamma adjuvant	1354	431	4325	10
Mamma palliativ	2326	685	7064	10
Bronchus adjuvant	2756	2756	2756	1
Bronchus palliativ	2418	1146	7410	4
Colon adjuvant	2478	622	3422	6
Colon palliativ	4884	3169	7434	2
Lymphom grosszellig	3139	967	4501	5
Follikuläre Lymphome	2089	220	3933	18
CLL	739	220	1482	7
Myelom	2860	124	5998	48
CML	3720	195	6543	34
Prostatakarzinom	2212	287	4066	14
Ovarialkarzinom	1563	204	2782	14
Mittelwerte	2503	848	4540	5

xen die Fallkosten für den einzelnen Onkologen tiefer sein, weil die Patienten durchs Jahr von verschiedenen Kollegen gesehen werden, so dass die Therapiekosten eines Patienten auf verschiedene Onkologen verteilt werden.

Der Versuch, die Wirtschaftlichkeit der Onkologen ohne die Medikamentenkosten zu beurteilen, scheitert ebenfalls, da moderne Therapien oft zeitaufwendiger sind. Velcade muss beim Myelom zweimal wöchentlich intravenös verabreicht werden. Alkeran wurde lediglich alle sechs Wochen geschluckt. Analog zur Tabelle 2 sind in Abbildung 6 Mittelwerte von AL und TL für die einzelnen Tumoren zusammengestellt. Auch hier schwanken die mittleren Kosten um den Faktor sechs, zwischen 180 und 1050 Franken pro Monat.

### Höhere Fallkosten gehen mit längerem Überleben einher

Aus den heute zur Verfügung stehenden Behandlungsmöglichkeiten wurden drei verschiedene Therapiestrategien für das metastasierende CRC zusammengestellt (Tab. 3). Aus den entsprechenden Studien wurden Therapiedauer und progressionsfreies Überleben verwendet, um die Gesamtkosten bzw. die Monatskosten für drei Strategien zu berechnen (Abb. 7).

Mit der maximalen Therapie, die heute in der Sozialversicherung zugelassen ist, verdreifachen sich die Monatskosten, das Überleben steigt von 14 auf 21 Monate. Beim metastasierenden CRC haben somit höhere Fallkosten ein längeres Überleben zur Folge. Die erfolgreichere maximale Behandlungsstrategie erhöht die Fallkosten über-

proportional, weil die höheren Monatskosten über einen längeren Zeitraum anfallen.

### Schlussfolgerungen

Da der ANOVA-Index lediglich die Fachgesellschaft, das kantonale Kostenniveau und die Alters- und Geschlechtsverteilung berücksichtigt, ist er nicht geeignet, nach unwirtschaftlich arbeitenden Onkologen zu suchen. Wir konnten zeigen, dass die Fallkosten in der Onkologie nicht vom kantonalen Kostenniveau, sondern vom Case-Mix, vom Geschlechtsverhältnis, von der Praxisstruktur (Einzelpraxis/Gruppenpraxis, öffentliches Spital/Privatpraxis), der Körperoberfläche und der Therapiestrategie abhängig ist. Erst wenn diese Faktoren berücksichtigt sind und entsprechende homogene Kollektive gebildet werden, lässt sich die Wirtschaftlichkeit der Onkologen überhaupt beurteilen. Sonst sind die Voraussetzungen, die ANOVA-Methode anzuwenden, nicht erfüllt.

Tabelle 3

Behandlungsstrategie CRC.

Minimal	Quasar → Quasar → Folfox → ILF → ILF Erb Progressionsfreies Überleben: 6+6+4+2+2 Monate
Mittel	Quasar → Folfox → ILF → ILF Erb Progressionsfreies Überleben: 6+8+4+4 Monate
Maximal	Folfox adj. → Avastin ILF → Folfox → ILF Erb Progressionsfreies Überleben: 6+11+6+4 Monate

Abbildung 6

Behandlungskosten (AL und TL), Mittelwert pro Monat.

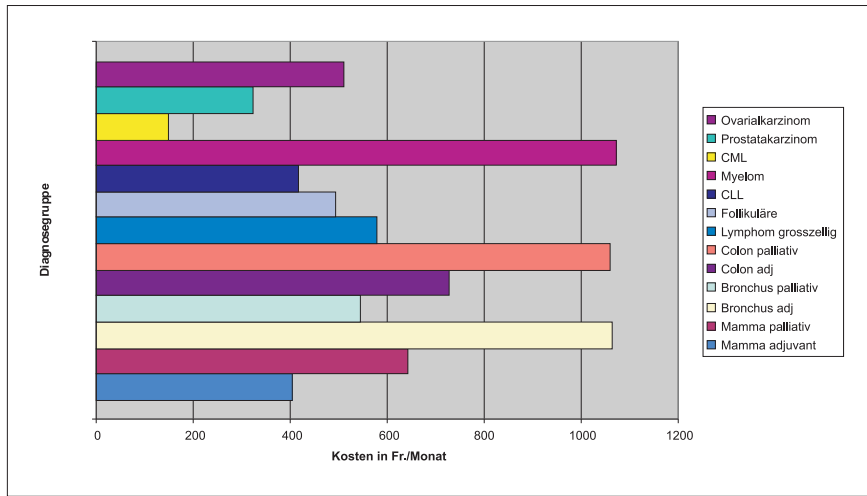
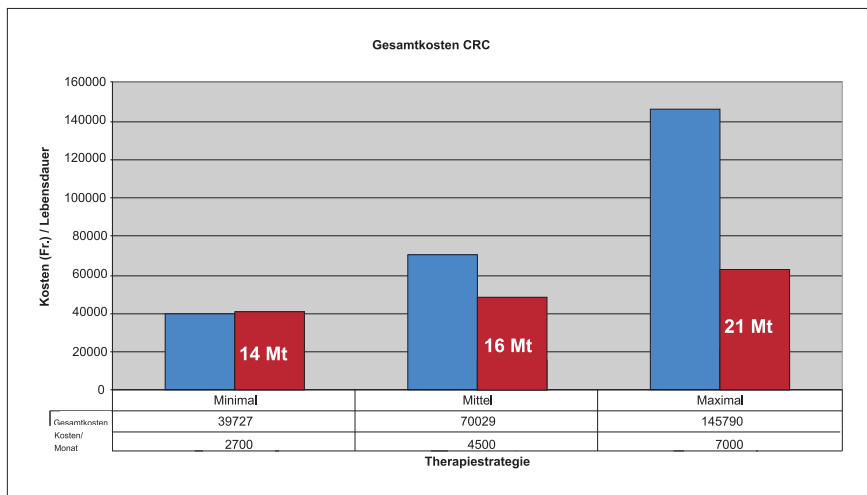


Abbildung 7

Behandlungsstrategie und Monats-/Gesamtkosten metastasierendes CRC.



Am metastasierenden CRC lässt sich zudem beispielhaft zeigen, dass tiefe Fallkosten mit einer weniger wirksamen Behandlung einhergehen können und dem Patienten schaden. Dies verstösst aber gegen Artikel 56.1 KVG, der fordert, dass Leistungen (nur) auf das Mass zu beschränken sind, das im Interesse der Versicherten liegt und für den Behandlungszweck erforderlich ist. Beim CRC liegt die maximale Therapie im Interesse des Patienten (Lebensverlängerung). Sie wurde deshalb auch im Sozialversicherungsbereich zugelassen.

Wenn nun santésuisse, gestützt auf den ANOVA-Index, einzelne Onkologen mit einer ruinösen Rückforderung einklagt, könnte dies auf die Versorgung der Krebskranken in der Schweiz mittelfristig einen negativen Einfluss haben. Aus Angst vor solchen Prozessen werden weniger wirksame, aber günstigere Therapien eingesetzt. Dies führt letztlich zu einer verdeckten Rationierung auf der Arzt-Patienten-Ebene für Behandlungen, die in der Sozialversicherung zugelassen sind. Diese mögliche Entwicklung widerspricht der Aussage von santésuisse, dass es bei der Wirtschaftlichkeitsprüfung nicht darum gehe, den Kranken die heute zugelassenen modernen Therapien vorzuenthalten.

Auch wenn, wie gefordert, homogene Kollektive gebildet werden, stösst die ANOVA-Methode bei der Behandlungsstrategie an eine Systemgrenze, weil der Zielkonflikt zwischen guter Qualität (mit hohen Medikamentenkosten) und «Wirtschaftlichkeit» im Sinne von tiefen Fallkosten nicht mit diesem statistischen Instrument gelöst werden kann. Dieser mögliche Zielkonflikt zwischen Wirksamkeit und Wirtschaftlichkeit lässt sich nur entschärfen, wenn sowohl Wirksamkeit als auch Wirtschaftlichkeit erfasst werden. Dazu braucht es aber Vollkostenrechnungen für einzelne (Tumor-)Behandlungspfade mit gleichzeitiger Qualitätserfassung. Ohne diese beiden Instrumente, die uns heute noch nicht zur Verfügung stehen, kann das Gesundheitswesen nicht mehr im Interesse des Patienten gesteuert werden. Der Versuch, das Gesundheitswesen allein über die Kosten (Wirtschaftlichkeit) zu steuern, ohne gleichzeitig die Qualität zu erfassen, wird zu einem ineffizienten, teuren und ungerechten Gesundheitssystem führen.

Eine Stellungnahme von santésuisse folgt in der nächsten Ausgabe.