

Schadet das Ärzt rating der medizinischen Grundversorgung?

Eine Replik auf die ANOVA-Methode der *santésuisse* [1]

M. Romanens

Die medizinische Grundversorgung (Primary Care) in der Schweiz ist in einem hohen Masse professionalisiert und damit Teil eines hohen qualitativen Standards, eng verknüpft mit dem Erfolg, den diese aufzuweisen hat. Vor dem Hintergrund eines hohen Kostenblocks, verursacht durch das Gesundheitswesen als Ganzes, hat sich ein Verfahren zur Kostenkontrolle in Primary Care etabliert, welches wegen Bemessungsmängeln die Gefahr in sich birgt, mit den Patienteninteressen zu kollidieren.

Hauptaufgabe von Medizincontrolling ist es, die Qualitätsbemessung existierender und neuer medizinischer Leistungen effektiv und effizient zu gestalten. Zuverlässige Vergleichsdaten von Qualität und Wirtschaftlichkeit medizinischer Leistung (Benchmarking) sind Grundvoraussetzung für ein datenbasiertes Medizincontrolling. Eine durchdachte Datenerhebung, faire Vergleiche und klare Darstellung führen zum Erfolg.

Gemäss heutigen Controllingverfahren genügt eine Überschreitung eines Mittelwertes von 130%, z. B. betreffend veranlasste Medikamentenkosten, als rechtsgültiger Beweis für Überarztung mit Regressforderungen häufig im Bereich von mehreren 10 000–100 000 Franken. Dabei führen in nicht bekannter Zahl angedrohte Regressforderungen zu aussergerichtlichen Vergleichen.

Die Hauptgründe, welche als Legitimierung für das heute operative Ärzt rating (Physician Profiling) aufgeführt werden, sind folgende:

1. Der Eingriff der Politik in das schweizerische Gesundheitswesen ist notwendig, weil die Kosten den Nutzen überschreiten.
2. Die Ärztinnen und Ärzte in Primary Care müssen besser kontrolliert werden, weil sie zu häufig unnütze Therapien verordnen und sich daran bereichern.
3. Der Nutzen der erbrachten Leistungen wird nicht an WZW-Kriterien gemessen, sondern auf Wirtschaftlichkeitsfragen reduziert, weil damit ein billiges, flächendeckendes, präventiv die «Überarztung» verhinderndes Instrument zur Verfügung steht.

Das Parlament hat bereits 1911 das Ärzt rating den Krankenkassen anvertraut. Die Kontroll-

methoden wurden weiterbearbeitet, die letzte wurde gerade im «*infosantésuisse*» Nr. 06/05 publiziert (die ANOVA-Methode) und beruft sich auf eine Kooperation mit dem Seminar für Statistik der ETH Zürich.

Da die Ärztinnen und Ärzte und insbesondere die FMH in den letzten 12 Jahren das Problem des Ärzt ratings wenig priorisiert haben, wurde das Feld des Controllings praktisch ausschliesslich den Krankenkassen überlassen.

Das Physician Profiling (Ärzt rating) der *santésuisse*

Die *santésuisse* schreibt im Juni 2005 (*infosantésuisse* 06/05): «In Zusammenarbeit mit dem Seminar für Statistik der ETH Zürich hat sich *santésuisse* [...] auf die ANOVA (ANALYSIS OF VARIANCE, Varianzanalyse) festgelegt. Bei der Prüfung der Wirtschaftlichkeit ist die Bildung adäquater Vergleichsgruppen sehr wichtig. Die ANOVA ist ein geeignetes Verfahren, um dies zu gewährleisten und die verschiedenen Einflüsse auf die Kosten einer Arztpraxis zu berücksichtigen. Ein direkter Vergleich der einzelnen Leistungserbringer ist aus mehreren Gründen unzulässig. Die Kosten der Leistungserbringer werden von verschiedenen Faktoren beeinflusst:

- Facharztgruppe: Die Tätigkeiten verschiedener Facharztgruppen variieren sehr stark.
- Patientengut: Alter und Geschlecht der Patienten beeinflussen die Kosten eines Arztes.
- Standort (Kanton): Verschiedene ökonomische Rahmenbedingungen (Steuersatz, Mietpreise usw.) beeinflussen ebenfalls die Kosten.»

Dazu folgende Bemerkungen:

1. Die Daten der Rechnungsstellerstatistik identifizieren gemäss heutiger Praxis der Versicherungsgerichte mit Beweiskraft zweifelsfrei unwirtschaftliches Verhalten.
2. Wenn dem so wäre, wäre eine Verbesserung des Ärzt ratings (mit ANOVA) nicht notwendig.

Korrespondenz:
Dr. med. Michel Romanens
Belchenstrasse 18
CH-4600 Olten
E-Mail: info@kardiolab.ch

3. Wenn dem nicht so ist, ist die ANOVA-Korrektur des Mittelwertes anhand der Variablen Alter, Geschlecht und Standort der Arztpraxis ungenügend, denn die Hauptvariable (Schweregrad der Erkrankung), welche ja hauptsächlich für die verursachten Kosten verantwortlich ist, fehlt als Inputvariable in der ANOVA-Korrektur (ungenügender Risikoausgleich).

Die Wirtschaftlichkeitsbeurteilung (W) medizinischer Leistungen durch die Versicherer bedarf abgesicherter Messinstrumente, um zu verhindern, dass teure, aber zweckmässige Leistungen nicht fälschlicherweise als Überarztung geahndet werden. Genau diesem Anspruch wird das heutige Ärzt rating auch mit ANOVA-Methoden in der medizinischen Grundversorgung keineswegs gerecht: Es misst einseitig die Wirtschaftlichkeit ärztlicher Leistungen und lässt Wirksamkeit und Zweckmässigkeit ausser acht (WZW-Kriterien). Der Staat und die santésuisse begnügen sich mit billig zu habender Bemessung von Wirtschaftlichkeit in der medizinischen Grundversorgung. Dieser Zugang zum Problem ist nicht nur zu billig, sondern *grundsätzlich falsch*. Denn das von santésuisse entwickelte Mittelwertmessinstrument hält jeder näheren, auch wissenschaftlichen, Prüfung als Beurteilungsinstrument betreffend *WZW-Kriterien* nicht stand, gilt aber als versicherungsgerichtlich akzeptierter *Beweis für Überarztung*. So ist ein korrektes *casemix adjustment* für die Beurteilung der Behandlungsqualität notwendig [2–10]; ein korrektes *casemix adjustment* ist für ein aussagekräftiges Ärzt rating notwendig [9–18].

Die hauptsächlichlichen Opfer dieser Ratingverfahren sind die wenig verdienenden Ärzte in der Schweiz mit schlechten Risiken ihrer Klientel: Patienten mit teuren Krankheiten wie Krebs, Depression oder generell chronischen Krankheiten. Da die Ankläger ihre potentiellen Opfer anhand einer Rechnungsstellerstatistik orten, welche diesen nicht zugänglich ist, ist die santésuisse nicht nur Lieferantin des Tatbeweises und Klägerin in Personalunion (was bereits per se gewisse Verfahrensmängel impliziert), sondern verunmöglicht dem Arzt eine effiziente Verteidigung.

Ärzt rating und die Versicherungsgerichte

Die Mindestvoraussetzung für das Ärzt rating mit implizitem Eingreifen der Krankenversicherer und ihres Dachverbandes santésuisse in den sensiblen Bereich des Primary Care ist die *Validität* der Rechtsprechung.

Die Rechtspraxis zur Erfassung von Überarztung stützt sich dabei auf die Rechnungsstellerstatistik der santésuisse und der nicht validierten Auffassung, dass ein Überschreiten des Mittelwertes um mehr als 30% eine Form der unrechtmässigen Überarztung darstellen muss (Beweis).

Ärzt rating unter der Lupe

Grundlage für das versicherungsgerichtliche Vorgehen ist die Auffassung, dass kein anderer Grund als Überarztung (im strafrechtlichen Sinn) zu Mittelwertüberschreitungen führen kann. Demzufolge dürfte in einem Modell, welches die pro Krankheit verursachten Kosten eines Arztes bemisst, keine Mittelwertüberschreitung über 30% vorkommen. Die Achillesferse dieser Rechtsauffassung sind aus mehreren Gründen die Medikamentenkosten:

1. Gemäss einem Rechtsgutachten von Dr. Kieser (ukieser@kspartner.ch) im Auftrag des Vereins für eine faire und soziale Medizin in der Schweiz (Consano) ist die Rechnungsstellerstatistik allein schon durch die Tatsache der zunehmend häufigen Bezahlung hoher Selbstbehalte aus «eigener Tasche» in der Grundversicherung anzuzweifeln. Denn die «Out of pocket»-Zahlungen von Patientinnen und Patienten erscheinen eben nicht in der Rechnungsstellerstatistik der santésuisse. Wenn man sich vor Augen führt, dass gemäss OECD-Daten das Schweizer Volk im Jahre 2002 31,5% oder 15,1 Milliarden Franken (!) der Gesamtausgaben des Gesundheitswesens aus eigener Tasche bezahlt hat, wird man sich des Problems der Rechnungsstellerstatistik und ihrer vor Gericht «beweiskräftigen Methoden» für angebliche Überarztung bewusster.
2. Frau Monika Gattiker (gattiker@bdp.ch) ging im Auftrag der Firma MSD der Frage nach der Verfassungsmässigkeit der Forderungen wegen Überarztung nach. Sie kritisierte im wesentlichen das Fehlen einer KVG-Grundlage für die Rückforderungen der Versicherer betreffend die veranlassten Kosten (z.B. Rezepte für in der Apotheke bezogene Medikamente), mit entsprechend erheblichen verfassungsrechtlichen Bedenken.
3. Obwohl intuitiv Mittelwertüberschreitungen >130% den Tatbestand der Überarztung wahrscheinlich erscheinen lassen, kann anhand einfacher Casemix-Modelle, welche also den Schweregrad und damit die Medikamentenkosten einer Krankheit explizit mit

einbeziehen, rasch nachgerechnet werden, dass der Casemix unabhängig von Überarz- tung zu Mittelwertüberschreitungen führen muss.

Ärztterating in Zukunft

Die Schweiz ist weltweit das einzige Land, welches diese Form des Ärztteratings betreibt. Für den Spitalbereich wurde in letzter Zeit ein Modell erarbeitet [19], welches den Morbiditätsgrad der Patienten erfasst. Dies bildet selbstverständlich die Grundvoraussetzung für ein validierbares Rating, indem der Morbiditätsgrad mit den notwendigen Behandlungskosten korreliert. Das Ärztterating der Krankenversicherer blendet aber das Problem des Risikoausgleichs nahezu vollständig aus (lediglich Variablen wie Alter und Praxisstandort werden berücksichtigt, siehe auch Arbeitspaper Nr. 8 des Instituts OBSAN). Ohne einen validierten Risikoausgleich in Primary Care ist aber die heutige Form des Ärztteratings in der Lage, notwendige ärztliche Leistungen zu verhindern.

Für die Messung des *casemix* in der Primärversorgung wurden verschiedene Instrumente entwickelt: Ambulatory Care Groups (ACG) [5, 20, 21]; Duke-Case-Mix-System [22]; von der Art der verschriebenen Medikamente ausgehende Systeme [16, 23]. Eine Studie kombinierte die Zahl der Überweisungen und Hospitalisationen mit Komorbiditätsdaten [24].

Das Ärztterating betrifft in Primary Care rund 7000 Ärztinnen und Ärzte. Von diesen werden, basierend auf Aussagen der Versicherer, ca. 20% einen Mittelwert von >30% aufweisen. Ein weiteres Merkmal des Controllings ist die Regressdrohung. So lasen wir am 8. März 2003 in der NZZ am Sonntag: «Jedes Jahr fordert A. (Mitarbeiter der *santésuisse*) bei rund 12 der insgesamt 1600 Berner Ärzte Honorare zurück. Es kann vorkommen, dass A. bei einem Arzt persönlich vorbeischauf, mit ihm einen Kaffee trinkt und mit 40 000 Franken ins Büro zurückkehrt» [25]. Dieses Controlling zwingt die 7000 Grundversorger in der Schweiz, präventiv Mittelwertüberschreitungen zu vermeiden, wodurch notwendige Therapien und Abklärungen aus Kostengründen und aus Angst vor Regressforderungen nicht veranlasst werden. Dies ist auch einer der Hauptgründe, warum das Ärztterating bei den Ärzten selbst kaum auf Akzeptanz stösst.

Bedarf an Aufklärung über Stärken und Schwächen von risikoadjustierten Leistungsvergleichen

Aufklärung und Schulung über die richtige Nutzung von Leistungsvergleichen ist vermutlich die wichtigste Vorarbeit vor einer breiten Anwendung von Leistungsvergleichen. Dies beugt möglichen Überinterpretationen und selektiven Darstellungen durch Interessengruppen vor. Benchmarking ist in einem kompetitiven Managed-Care-Umfeld für ein erfolgreiches Medizincontrolling zwar unersetzlich, ohne Berücksichtigung des Casemix einer Arztpraxis jedoch im Einzelfall unbrauchbar. Eine breite Akzeptanz von Benchmarking wird es nur dann geben, wenn die höchstmögliche methodische Qualität gewährleistet ist und alle Beteiligten die Methodik akzeptieren. Es ist daher sinnvoll, das methodische Fundament aus Komponenten zusammensetzen, die in der wissenschaftlichen Gemeinschaft bereits allgemeine Akzeptanz gefunden haben. Dies betrifft alle wesentlichen Elemente des Benchmarking: Datenqualität und Fallzahl; Risikoadjustierung; evidenzbasierte Leistungsindikatoren; verständliche Darstellung.

Literatur

- 1 D'Angelo M, Kraft P, Amstutz R. Neue statistische Methode für die Wirtschaftlichkeitsprüfung entbindet Ärzte teilweise von Beweislast. *Schweiz Ärztezeitung* 2005;86(31):1849-50.
- 2 Greenfield S, Kaplan SH, Kahn R, Ninomiya J, Griffith JL. Profiling care provided by different groups of physicians: effects of patient case-mix (bias) and physician-level clustering on quality assessment results. *Ann Intern Med* 2002; 136:111-21.
- 3 Katon W, Rutter CM, Lin E, et al. Are there detectable differences in quality of care or outcome of depression across primary care providers? *Med Care* 2000;38:552-61.
- 4 Fiscella K, Franks P. Influence of patient education on profiles of physician practices. *Ann Intern Med* 1999;131:745-51.
- 5 Tucker AM, Weiner JP, Honigfeld S, Parton RA. Profiling primary care physician resource use: examining the application of case mix adjustment. *J Ambul Care Manage* 1996;19:60-80.
- 6 Garnick DW, Fowles J, Lawthers AG, Weiner JP, Parente ST, Palmer RH. Focus on quality: profiling physicians' practice patterns. *J Ambul Care Manage* 1994;17:44-75.

- 7 Goldfield N. Case mix, risk adjustment, reinsurance, and health reform. *Manag Care Q* 1994;2:iv-viii.
- 8 Hofer TP, Hayward RA, Greenfield S, Wagner EH, Kaplan SH, Manning WG. The unreliability of individual physician "report cards" for assessing the costs and quality of care of a chronic disease. *JAMA* 1999;281:2098-105.
- 9 Tucker JL, 3rd. The theory and methodology of provider profiling. *Int J Health Care Qual Assur Inc Leadersh Health Serv* 2000;13:316-21.
- 10 Chang W, McCracken SB. Applying case mix adjustment in profiling primary care physician performance. *J Health Care Finance* 1996;22:1-9.
- 11 Roos NP, Carriere KC, Friesen D. Factors influencing the frequency of visits by hypertensive patients to primary care physicians in Winnipeg. *CMAJ* 1998;159:777-83.
- 12 Rich EC, Kralewski J, Feldman R, Dowd B, Bernhardt TS. Variations in the management of primary care: effect on cost in an HMO network. *Arch Intern Med* 1998;158:2363-71.
- 13 Cowper PA, Peterson ED, DeLong ER, et al. The impact of statistical adjustment on economic profiles of interventional cardiologists. *J Am Coll Cardiol* 2001;38:1416-23.
- 14 Tufano JT, Conrad DA, Liang SY. Addressing physician compensation and practice productivity. *J Ambul Care Manage* 1999;22:47-57.
- 15 Nickerson C, Rutledge RW. A methodology for choosing a physician profiling system: the case of First Option Health Plan. *J Health Care Finance* 1999;26:5-13.
- 16 Roblin DW. Physician profiling using outpatient pharmacy data as a source for case mix measurement and risk adjustment. *J Ambul Care Manage* 1998;21:68-84.
- 17 Welch HG, Miller ME, Welch WP. Physician profiling. An analysis of inpatient practice patterns in Florida and Oregon. *N Engl J Med* 1994; 330:607-12.
- 18 Salem-Schatz S, Moore G, Rucker M, Pearson SD. The case for case-mix adjustment in practice profiling. When good apples look bad. *JAMA* 1994;272:871-4.
- 19 (ap/sda). Krankenkassen sollen nicht länger um gesunde Versicherte buhlen. *NZZ online*, 16. September 2004.
- 20 Greene BR, Barlow J, Newman C. Ambulatory care groups and the profiling of primary care physician resource use: examining the application of case mix adjustments. *J Ambul Care Manage* 1996;19:86-9.
- 21 Carlsson L, Borjesson U, Edgren L. Patient based 'burden-of-illness' in Swedish primary health care. Applying the Johns Hopkins ACG case-mix system in a retrospective study of electronic patient records. *Int J Health Plann Manage* 2002; 17:269-82.
- 22 Parkerson GR, Jr., Michener JL, Yarnall KS, Hammond WE. Duke Case-Mix System (DUMIX) for ambulatory health care. *J Clin Epidemiol* 1997;50:1385-94.
- 23 Sloan KL, Sales AE, Liu CF, et al. Construction and characteristics of the RxRisk-V: a VA-adapted pharmacy-based case-mix instrument. *Med Care* 2003;41:761-74.
- 24 Pope GC. Medical conditions, health status, and health services utilization. *Health Serv Res* 1988; 22:857-77.
- 25 Steudler M. Die Ärzte werden zur Kasse gebeten. *NZZ am Sonntag*, 8. März 2003.