Wirtschaftlichkeitsprüfung in der Krankenversicherung

Prüfung der Wirtschaftlichkeit der Praxisführung durch die santésuisse

Erfahrungen mit der Screening-Methode und dem Regressionsindex

Wirtschaftlichkeitsprüfung

Gemäss Art. 56 Abs. 6 KVG legen Leistungserbringer und Versicherer vertraglich eine Methode zur Kontrolle der Wirtschaftlichkeit fest. In einem Vertrag vom 23. August 2018 (Version vom 20.03.2018) betreffend die Screening-Methode im Rahmen der Kontrolle der Wirtschaftlichkeit haben sich FMH, santésuisse und curafutura aufgrund einer Studie der Polynomics AG auf ein Verfahren geeinigt, das ausdrücklich vor sämtlichen Instanzen ab dem Statistikjahr 2017 anzuwenden ist. «Die Screening-Methode kommt in der ganzen Schweiz zur Anwendung.» (Vertrag Ziffer 2 Abs. 4)

Damit löst diese Methode alle bisher angewandten Verfahren ab; wie die alte Methode nach der kantonsbezogenen Rechnungssteller-Statistik (RSS) oder dem schweizweiten Vergleich nach ANOVA gemäss dem früheren Vertrag aus dem Jahre 2013. Zwar stützt sich die Screening-Methode auch auf einen schweizweiten Vergleich und gilt als Erweiterung der bisherigen ANOVA-Methode. Dabei gilt es aber anhand von Morbiditätskriterien, anhand von kantonspezifischen Begebenheiten und anhand der Facharztgruppe klare Abgrenzungen vorzunehmen. Einzelne Krankenversicherer (insbesondere Nichtmitglieder der santésuisse) versuchen in Eigenregie unter dem Deckmantel der Wirtschaftlichkeitskontrolle Rückforderungen zu stellen. Aufgrund des genannten Vertrages sind diese Methoden aber nicht zulässig. (Ich verweise hier auf den Artikel von Dr. LLM Andrea Schütz in Schweizerische Ärztezeitung 2021;102(23):789-792.) Den einzelnen Krankenversicherern bleibt nur (aber immerhin) die Rechnungskontrolle; also die Kontrolle einzelner Rechnungen. Im Folgenden werde ich nicht weiter darauf eingehen, obwohl in diesem Bereich ein grosser Handlungsbedarf auf uns zukommt.

Wirksamkeit, Zweckmässigkeit, Wirtschaftlichkeit (WZW)

Gemäss Art. 32 Abs. 1 KVG müssen die Leistungen im Sinne des dritten Kapitels des KVG (unter anderem auch die ärztlichen Leistungen), welche zulasten der obligatorischen Krankenversicherung (OKP) abgerechnet werden, wirksam, zweckmässig und wirtschaftlich sein. Der Leistungserbringer muss sich in seinen Leistungen auf das Mass beschränken, das im Interesse der Versicherten liegt und für den Behandlungszweck erforderlich ist (Art. 56 Abs. 1 KVG). Für Leistungen, die über dieses Mass hinausgehen, kann die Vergütung verweigert oder eine zu Unrecht bezahlte Vergütung zurückgefordert werden (Art. 56 Abs. 2 KVG).

Obwohl immer wieder von den WZW-Kriterien gesprochen wird, werden die Begriffe Wirksamkeit und Zweckmässigkeit in der statistischen Überprüfung durch die santésuisse vollkommen ausser Acht gelassen. Das einzige Kriterium, auf das sich die santésuisse bei der Wirtschaftlichkeitsprüfung stützt, ist die aufgrund von statistischen Zahlen ermittelte vermeintliche Un-Wirtschaftlichkeit. Die Wirtschaftlichkeitskontrolle nach der Screening-Methode ist nicht anderes als eine «Rückschau». Dabei geht es um die Berechnung eines Modells, das sogenannte Regressionsmodell, das in erster Linie den Zweck verfolgt, Ärztinnen und Ärzte mit auffälligen Kosten zu detektieren; nicht mehr und nicht weniger. Auf einer ersten Stufe werden die logarithmisch ermittelten Kosten pro Arzt/Ärztin um den Effekt von Morbiditätsfaktoren bereinigt. In einer zweiten Stufe folgt die Bereinigung um den Einfluss des Kantons (Praxisstandort) und der Facharztgruppe.

Die Polynomics AG, welche die Methode entwickelt hat, weist in ihrem Schlussbericht darauf hin, dass es auf der ersten Stufe um eine Modell-Schätzung geht. *«Dies erlaubt die Berechnung eines praxisspezifischen Effekts, welcher um den Einfluss des Patientenstammes bereinigt ist. Intuitiv gesprochen gibt der Praxiseffekt an, inwiefern die Praxis durchschnittlich von den Kosten abweicht, welche für eine Praxis der gleichen Facharztgruppe und dem gleichen Patientenkollektiv **erwartet würden**»* (Polynomics; Weiterentwicklung der statistischen Methode zur Überprüfung der Wirtschaftlichkeit-Zusammenfassung, Juli 2017). Es geht also um eine Modellrechnung, welche auf vorhergesagten Kosten beruht und der praxisspezifische Effekt nicht punktgenau, sondern nur mit einer gewissen statistischen Unsicherheit ermittelt werden kann.

Auf dieser ersten Stufe wird, wie von der *santésuisse* behauptet, die Morbidität der Patienten in die Betrachtung miteinbezogen. Die Kosten pro Erkrankten eines Arztes oder einer Ärztin werden mit denen seiner Kollegen in derselben Facharztgruppe der gesamten Schweiz verglichen. Die Morbidität wird mittels folgender Faktoren ermittelt und dann in einer Modellrechnung bewertet:

- Alter und Geschlecht: Dieser Faktor variiert sehr stark nach Fachrichtung. Beispielsweise ist die Kostenkurve bei den Hausärzten nach Altersgruppen zunehmend, d. h. das zunehmende Alter des Patienten geht üblicherweise mit höheren Kosten einher. In den Facharztgruppen Psychiatrie und Chirurgie hingegen ist die Kostenkurve relativ flach, d. h. die Kosten pro Patient sind nur geringfügig vom Alter der Patienten abhängig.
- Wahlfranchisen: Die Patienten in der Schweiz können zwischen sechs Franchisestufen wählen. Für die Regressionsanalyse wurden sie in zwei Gruppen zusammengefasst: Als niedrig gelten die ordentliche Franchise und die erste Wahlfranchise (bei Erwachsenen CHF 300 und CHF 500), als hoch alle höheren Franchisestufen. Eine tiefere Wahlfranchise lässt tendenziell auf ein morbideres Patientengut schliessen und somit in der Regel auf höhere Fallkosten.
- Aufenthalt in einem Spital oder Pflegeheim im Vorjahr: Der Indikator ‚Aufenthalt in einem Spital oder Pflegeheim im Vorjahr‘ gibt an, ob der Patient im Vorjahr einen stationären Aufenthalt von mindestens drei aufeinander folgenden Nächten hatte. Dieses Morbiditätskriterium wird auch im Risikoausgleich verwendet und hat in der Regel einen positiven Einfluss auf die Kosten pro Patient.
- PCG (Pharmaceutical Cost Groups): Mit pharmazeutischen Kostengruppen wird die Häufigkeit bestimmter chronischer Krankheiten in einem Patientenkollektiv indirekt über Indikatoren abgebildet, die auf Medikamentenabrechnungen beruhen. Dieses Kriterium ermöglicht direkte Rückschlüsse auf die Morbidität des Patientengutes. Dabei wird das Klassifikationssystem der PCG für den Risikoausgleich verwendet.

(Quelle: *santésuisse*; Erläuterungen zum Regressionsbericht)

Diese Morbiditätsfaktoren werden nur im Rahmen der Berechnungen auf der ersten Stufe verwendet. Sie können aber in keiner Art und Weise abschliessend die Morbidität der Patienten des einzelnen Arztes oder Ärztin festlegen.

Der individuelle Praxisstil sowie die ärztliche Entscheidungs- und Therapiefreiheit eines jeden Arztes und jeder Ärztin werden nicht berücksichtigt. Ebenfalls nicht berücksichtigt werden allfällige kontroverse wissenschaftliche Auseinandersetzungen zu Behandlungen, welche dazu führen können, dass ein Arzt oder eine Ärztin Krankheiten mit ganz anderen Methoden behandelt, als die Mehrheit in seiner/ihrer Facharztgruppe. Verabreicht eine Ärztin oder ein Arzt in einem solchen Fall weniger Medikamente oder verschreibt sie/er auch weniger, erscheinen ihre/seine Patienten in der Statistik weniger morbid als in der Vergleichsgruppe. Ihr/Sein Index wird nicht korrigiert und schnell automatisch in die Höhe.

Auf der zweiten Stufe werden dann arzt spezifische Faktoren berücksichtigt:

- Praxisstandort (Kanton): Dieser Faktor reflektiert kantonale Unterschiede in Bezug auf den TAR MED, Taxpunktwert, Miet- und Personalkosten sowie weitere kantonsspezifische Gegebenheiten.
- Facharztgruppe: Mit diesem Faktor wird dem Umstand Rechnung getragen, dass gewisse Facharztgruppen komplexere und somit typischerweise teurere Leistungen erbringen als andere.

(Quelle: santésuisse; Erläuterungen zum Regressionsbericht)

Beim Kanton macht es Sinn, dass der unterschiedliche Taxpunktwert in die Berechnungen miteinbezogen wird. Inwieweit Miet- und Personalkosten oder andere kantonsspezifische Gegebenheiten einen Einfluss haben, ist fraglich und wird im Detail von santésuisse auch nie dargelegt. Bereits früher hat das Bundesgericht ganz klar darauf hingewiesen, dass das Einzugsgebiet, in dem die miteinander verglichenen Ärztinnen und Ärzte tätig sind, auch miteinander vergleichbar sein muss. Die Unterscheidung müsste hier z.B. individuell zwischen Land und Stadt gemacht werden.

Bei der Facharztgruppe wird bei der Bildung der Vergleichsgruppe allein auf den Facharzttitel abgestellt. Verfügt eine Ärztin oder ein Arzt über zusätzliche Weiterbildungstitel, werden die, gestützt darauf zusätzlich im Unterschied zur Vergleichsgruppe erbrachten Leistungen nicht mitberücksichtigt. Die Homogenität der Vergleichsgruppe, welche in der Wirtschaftlichkeitsprüfung schon früh auch vom Bundesgericht verlangt worden ist, wird in keiner Art und Weise berücksichtigt. Alle Ärztinnen und Ärzte mit dem gleichen Facharzttitel werden »in den gleichen Topf« geworfen.

Die statistische Methode hat allein zum Ziel, **gezielt** nur diejenigen Leistungserbringer **zu erkennen** die potentiell gegen das Wirtschaftlichkeitsgebot verstossen. Ärztinnen und Ärzte mit signifikant höheren Kosten (**nicht Überarztung**) als ihre Facharztkolleginnen und Kollegen sollen durch die Methode **identifiziert** (Durchschnittskostenvergleich) werden. Es handelt sich aber nur um eine erste Sichtung, welche auf einem Modell basiert. Die statistische Methode kann nicht als Beweis für eine Überarztung herhalten und schon gar nicht für die Berechnung einer Rückforderung verwendet werden; so wie es die Vertreter der santésuisse meinen.

Einzelfallanalyse

Bei all diesen «Zahlenspielen» hat die FMH immer darauf hingewiesen, dass nur die statistische Screening-Methode selbst überarbeitet worden sei.

*«Die nachgelagerten administrativen Prozesse der Wirtschaftlichkeitsüberprüfung durchgeführt von santésuisse waren nicht Gegenstand der Überarbeitung: die nachgelagerte Einzelfallanalyse der erbrachten Leistungen der «auffälligen» Leistungserbringer wird wie bisher im Anschluss an das statistische Screening-Verfahren durchgeführt. Festzuhalten ist ausserdem, dass die Datenbasis der Wirtschaftlichkeitsverfahren bisher nicht Gegenstand der Untersuchung von Polynomics war, d.h. die Erfahrungen aus der Arbeit in den Kantonalen Paritätischen Vertrauenskommissionen PVK, dass die **verschiedenen Praxisorganisationsformen** und die **Fragmentierung und Subspezialisierung** der medizinischen Leistungserbringung einen negativen Einfluss auf die statistische Aussagekraft der verwendeten Methoden haben, müssen in einem anderen Kontext wissenschaftlich überprüft werden.»* (Positionspapier der FMH)

«Weist ein Arzt auffällige Kosten auf, so heisst dies nicht per se, dass der Arzt unwirtschaftlich arbeitet. Um näher abzuklären, ob ein im Sinne der angewendeten Methode auffälliger Arzt unwirtschaftlich arbeitet oder nicht, erfolgt eine Einzelfallanalyse durch santésuisse.» (Vertrag 20.03.2018, Ziffer 2 Abs. 4 letzter Satz)

Bei dieser Einzelfallanalyse sind dann die Unzulänglichkeiten der statistischen Methode zu beseitigen. Nachdem die statistische Methode mit dem Regressionsindex lediglich zur Detektion auffälliger Ärztinnen und Ärzte dient, müssen diese nun in einer individuellen Einzelfallanalyse geprüft werden. Santésuisse spricht in diesem Zusammenhang sehr oft nur von der Einzelfall-Kontrolle. Im Vertrag ist aber ausdrücklich die Analyse festgehalten, zu der santésuisse verpflichtet ist. Eine solche Analyse bedingt, dass Experten beigezogen werden, die wiederum alle WZW-Kriterien beurteilen und die Tätigkeit eines aufgrund des Regressionsindex auffällig gewordenen Arztes überprüfen können. Die einzigen Experten, die dies können, sind die Vertrauensärzte gemäss Art. 57 KVG.

Ausdrücklich muss darauf bestanden werden, dass aufgrund einer Modellrechnung mit statistischen Zahlen, welche wiederum auf ein Modell basieren, keine Rückforderungen berechnet werden dürfen. In jedem individuellen, auffälligen Fall wird santésuisse nicht darum herumkommen, die Rückforderung aufgrund tatsächlicher Zahlen zu berechnen. Die vertraglich festgelegte Einzelfallanalyse verlangt hier mehr als nur einen Praxisbesuch durch, in der Regel nicht einmal medizinisch geschulte, Experten. Santésuisse ist in diesem Bereich, wie auch im Bereich der Einzelfallanalyse zum heutigen Zeitpunkt nicht in der Lage hier korrekt, im Sinne der vertraglichen Abmachung, eine Rückforderung festzulegen.

Die Einzelfallanalyse erfordert viel Aufwand und qualifizierte Ressourcen. Deshalb wird in all den eingeleiteten Verfahren von Seiten der santésuisse versucht, jeweils einen Vergleich mit einer Kompromisslösung zu finden. Melden sich die Vertreter der santésuisse mit einem Schreiben oder für einen Praxisbesuch, darf die Ärztin oder der Arzt nicht zögern, sich bei einem Anwalt, der sich mit diesen Problemen auskennt, zu melden, bevor eine Antwort gegeben wird. Es empfiehlt sich auch bei Gesprächen immer jemanden dabei zu haben. In vielen Fällen kann auch eine einvernehmliche Lösung gefunden werden.

Wichtig: Die Frage, ob eine Ärztin oder ein Arzt seine Leistungen unwirtschaftlich erbringt, kann ausschliesslich im Rahmen einer dem Screening nachgelagerten Einzelfallanalyse auf Ebene der Praxisbesonderheiten beantwortet werden. Die Screening-Methode ist immer nur ein Teil der Kontrolle der Wirtschaftlichkeit gemäss Art. 56 Abs. 6 KVG und ist kein Ersatz für eine detaillierte Einzelfallanalyse.

Chur, 15. Januar 2022

RA Marc Tomaschett