

Die Mängel der neuen WZW-Methode und der Vorschlag eines Morbiditätsbereinigten Indexes MBI

Der MBI zeigt, ob Sie richtig beurteilt werden

Michel Romanens^{a,f}, Walter Warmuth^{b,g}, Edward A. Schober^{c,g}, Patrick Koop^{d,g}, Flavian Kurth^h

^a Dr. med.; ^b Dr. rer. nat. habil.; ^c Dr. med., PhD; ^d M.D.; ^f Präsident des Vereins Ethik und Medizin Schweiz (VEMS); ^g Vorstandsmitglied VEMS; ^h Sekretär VEMS

Dank einer neuen Methode sollen Ärztinnen und Ärzte erfasst werden, die systematisch unwirksam, unwirtschaftlich und unzweckmässig behandeln. Der Verein Ethik und Medizin Schweiz VEMS hat diese neue Methode auf ihre Praxistauglichkeit hin überprüft. Die Resultate sind ernüchternd.

Deutschland hat nach jahrelangem Ringen den Durchschnittskostenvergleich in der Wirtschaftlichkeitsprüfung verworfen. Wie das *Deutsche Ärzteblatt* im Dezember 2018 schreibt, sollen «Ärztliche Entscheidungen [...] künftig nur noch im konkreten Verdachtsfall überprüft werden. Man schaffe 'bestimmte Regresse und die Zufallsprüfungen ab', wie Bundesgesundheitsminister Jens Spahn (CDU) der Frankfurter Allgemeinen Zeitung (FAZ) sagte. Ärzte sollten ihre Patienten ohne Angst vor einem Regress gut versorgen können» [1]. In der Schweiz hält sich der Glaube an den Durchschnittskostenvergleich, und es wurde jüngst eine neue Methode entwickelt, wie er bessere Resultate liefern soll. Urs Stoffel, der Leiter der Arbeitsgruppe WZW der FMH, hat diese in der *Schweizerischen Ärztezeitung* vom 10. August 2018 vorgestellt [2]. Unter dem optimistischen Titel «Erster Schritt zur Verbesserung der Wirtschaftlichkeitsprüfung!» beschreibt er die neue Methode als ein «*fixed effects model*» mit den erklärenden Variablen «Alter», «Geschlecht», «Wahlfranchise», «Vorjahres-Hospitalisation» und «pharmazeutische Kostengruppen». Ergänzend habe man noch den Praxisstandort berücksichtigt (unter Einschluss sozialologischer Faktoren, welche aber «keinen signifikanten Einfluss auf die Kosten» hätten). Ferner berücksichtige man einen Unsicherheitsindikator: Je höher die Abweichungen innerhalb der Patientengruppen (Anmerkung: Gemeint sind wahrscheinlich Alters- und Geschlechtsgruppen), desto höher sei der Unsicherheitsindikator, was man dann berücksichtige, da dies wertvolle Hinweise liefere. Mit der neuen Methode sind nun rund 50% weniger Praxen auffällig. Das sieht nach einer guten Nachricht aus. Die Frage ist allerdings, ob die neue Methode präziser als die alte jene Ärztinnen und Ärzte erfasst, die systematisch unwirksam, unwirtschaftlich und unzweckmässig behandeln.

Es geht hier also nicht nur darum, «falsch positive» Praxen vor falschen Anschuldigungen zu schützen, sondern auch jene falsch negativen zu identifizieren, die aus persönlicher Bereicherung überbehandeln und damit durchkommen. Werden Letztere von der Methode nicht erkannt, so leisten sie unbehindert ihren schädlichen Beitrag zum Kostenanstieg durch unnötige Behandlungen, was zu Restriktionen führt, unter denen dann alle leiden, an erster Stelle die Patientinnen und Patienten.

VEMS-Positionspapier Wirtschaftlichkeitsverfahren

Der Verein Ethik und Medizin Schweiz VEMS hat die Einführung der neuen WZW-Methode zum Anlass einer Aufarbeitung der Wirtschaftlichkeitsverfahren genommen. Wir betrachten in unserem Papier [3] das Setting, in welchem die Verfahren sich bewegen, die Verfahren selbst und die ihnen zugrunde liegende Methode, auf die wir im Folgenden eingehen wollen. Die neue Methode arbeitet mit pharmazeutischen Kostengruppen (PCG). Diese werden seit geraumer Zeit für den Risikostrukturausgleich (RSA) unter den Krankenkassen verwendet. Dies, weil aufgrund von Validierungen [4] ein solches Vorgehen als sinnvoll erachtet wurde. Gemäss dieser Arbeit sind allerdings die Kosten pro PCG enorm breit gestreut und können zwischen wenigen 100 Franken und über 100 000 Franken pro Jahr liegen. Dabei ist unbekannt, wie hoch pro PCG-Fall

Anmerkung der Redaktion:

Lesen Sie dazu auch: Haefeli A, Schwarz R. Umsetzung der TAR-MED-Verträge – aber richtig! *Schweiz Ärztztg.* 2019;100(31–32):1011–3.

der Anteil der ambulanten Arztkosten abgebildet wird. Zudem sind auch hier die Kosten nicht normal verteilt, was in Deutschland zu «Umverteilungsübungen» geführt hat [5]. Es fragt sich deshalb, wie die Korrelationen zwischen den notwendigen ambulanten Arztkosten pro Patienten aufgrund der PCG-Kosten tatsächlich sind. Zudem ist zu erwarten, dass auch die Kosten pro PCG in der Hausarztpraxis einer hohen Variabilität ausgesetzt sind. Wir haben in einer Modellrechnung drei Typen von hausärztlichen Praxen gebildet und verschiedene Behandlungsverhalten durchgespielt. Im Ergebnis stellen wir fest: Überarztung ist aus dem santésuisse-Index auch mit PCG nicht erkennbar. Auffällig werden korrekt arbeitende Ärztinnen und Ärzte mit relativ vielen teuren PCG-Patientinnen und -Patienten. Je nach Grad der Überarztung verschwindet ein Regress komplett aus den Berechnungen, obwohl fünf Praxen eine Deliktsumme von rund 500 000 Franken erzeugen. Unter der Voraussetzung einer Paretoverteilung der Kosten erscheinen nur jene Praxen als auffällig, die relativ weniger billige Patientinnen und Patienten behandeln. Die Methode ist also nicht geeignet, Überarztung verlässlich festzustellen.

Morbiditätsbereinigter Index MBI

Vor diesem Hintergrund wäre natürlich zu hoffen, dass die Schweiz Deutschland folgt und den Durchschnittskostenvergleich verwirft. Darauf zu hoffen wäre allerdings naiv. Was können Ärztinnen und Ärzte tun? Mit dem Morbiditätsbereinigten Index MBI möchten wir jenen, die vermuten, falsch beurteilt worden zu sein oder zu werden, ein Mittel an die Hand geben, dies einfach zu überprüfen. Dabei wird der Gesamtkosten-RSS-Index dividiert durch den Gesamtkosten-Medikamenten-Index und der Quotient mit 100 multipliziert. Dies führt dazu, dass die Gesamtmorbidität einer Arztpraxis – abgebildet mit dem Gesamtkosten-Medikamenten-Index – anhand dieser Morbiditätsvariable korrigiert wird. Zu wünschen wäre, auch unsere Versicherungsgerichte würden eine solche Prüfung vornehmen, anstatt sich blind auf die Beurteilung der Versicherer zu stützen. Zur Erklärung, wie der MBI funktioniert, ein Beispiel: Ein Allgemeinmediziner wird mit Rückforderungen von rund 750 000 Franken angezeigt. Er war in den Jahren 2015 bis 2016 überdurchschnittlich teuer. Die Korrektur mittels MBI gibt vollständige Entwarnung (vgl. Tabelle).

Die Diskrepanz zwischen Regressionsindex und Anova-Index ist substanziell: Ab 2017 haben die Versicherer für die Medikamentenkosten anhand von pharmazeutischen Kostengruppen korrigiert. Der ANOVA-Index beträgt hier 185%, während der Regressionsindex

Morbiditätsbereinigter Index (MBI) = RSS- oder ANOVA-Index geteilt durch Index gesamt Medikamentenkosten.

Jahr	2015	2016	2017
RSS-Index totale Medikamentenkosten	106	121	125
RSS-Index totale Kosten	118	150	155
MBI	111	124	124
Jahr	2015	2016	2017
ANOVA-Index totale Medikamentenkosten	143	178	181
ANOVA-Index totale Kosten	132	178	185
MBI	92	100	102
Jahr	2017		
Regressionsindex ohne Medikamente	181		
Regressionsindex Medikamente	100		
Regressionsindex totale Kosten	131		

nur noch bei 131% liegt (minus 54%). Der MBI-korrigierte ANOVA-Index sank gar von 185% auf 102%, also unter den verfahrensrelevanten Wert von 130% (siehe Tabelle).

Rückforderung der Vergleichszahlungen

Diese Tatsachen sind santésuisse bekannt, doch nichts geschieht. Der Arzt in obigem Beispiel etwa wartet seit vier Monaten auf eine Antwort bezüglich des weiteren Vorgehens. Seiner Forderung nach Berechnung des Regressionsindex für die Jahre 2015–2016 kann santésuisse angeblich nicht nachkommen. Es ist aber offensichtlich, dass santésuisse mit der Statistik 2015–2016 einen auffälligen Arzt produziert hat, der gar keiner ist. Derzeit bleibt ihm allerdings nur zu warten, und grundsätzlich gilt er als schuldig, denn das Verfahren geht von der Schuld-, nicht von der Unschuldsvermutung aus. Ein problematisches Vorgehen, das sich kaum mit den Regeln der Rechtsstaatlichkeit vereinbaren lässt. Irgendwann wird er die Belastung der Anschuldigung wohl nicht mehr ertragen und sich auf einen Vergleich einlassen: Darauf scheint santésuisse zu spekulieren. Der VEMS geht in Hochrechnungen davon aus, dass santésuisse mit falschen Index-Anschuldigungen in den letzten zehn Jahren rund eine halbe Milliarde Franken an Vergleichszahlungen generiert hat. Wenn ein Arzt oder eine Ärztin mit dem MBI berechnet in den Jahren vor 2017 nun also unauffällige Berechnungen erhält, dann sind Vergleichszahlungen auf der Basis falscher Anschuldigungen erhoben worden. Erschwerend kommt hinzu: Seit 2008 ist bekannt, dass ohne die Korrektur des Indexes für die Medi-

kamentenkosten als Morbiditätsvariable, sei es der RSS-Index oder der ANOVA-Index, falsche Anschuldigungen produziert werden [6]. Da auch bekannt ist, dass Medikamentenkosten ein wichtiges, und in der Literatur als Morbiditäts-Korrektiv für Ausgleichszahlungen solid ökonomisch validiertes, und akzeptiertes Instrument sind [7], haben die Krankenversicherer seit 2008 wider besseres Wissen Vergleichszahlungen beliebt gemacht, damit Ärztinnen und Ärzte den für sie häufig ohnehin aussichtslosen Gerichtsweg gar nicht erst gehen. Die Analyse des VEMS-Positionspapiers zeigt, wie die Versicherungsgerichte und selbst das Bundesgericht durch das Vorgehen von *santésuisse* zu Fehlurteilen verleitet wurden [8, 9]. Vergleichszahlungen, mit denen sich Ärztinnen und Ärzte unter dem durch *santésuisse* erzeugten Drohverhalten schützen wollten, gilt es nun im Interesse der Glaubwürdigkeit der Medizin zurückzufordern.

Dr. med. Michel Romanens
 Innere Medizin und
 Kardiologie FMH
 Verein Ethik und Medizin
 Schweiz VEMS
 Ziegelfeldstrasse 1
 CH-4600 Olten
 info[at]kardiolab.ch
 www.vems.ch

Literatur

- 1 www.aerzteblatt.de/nachrichten/100046/Spahn-will-Regresse-gegen-Aerzte-lockern
- 2 Stoffel U. Erster Schritt zur Verbesserung der Wirtschaftlichkeitsprüfung! Schweiz Ärzteztg. 2018;99(41):1389.
- 3 www.docfind.ch/VEMSAufarbeitungWZW.pdf
- 4 https://www.bag.admin.ch/dam/bag/de/dokumente/kuv-aufsicht/pus/risikoausgleich/corrigendun.pdf.download.pdf/Polynomics_Uni_Basel_Aktualisierung_PCG_Schlussbericht_2019-01-22.pdf
- 5 Warmuth, W.: Sie wollen doch nur spielen: Gesundheitsökonomie in der GKV, Versicherungswirtschaft, 68(2013)13, S. 20–24. https://www.docfind.ch/WarmuthRSA072013.pdf
- 6 von Rotz S, Kunze U, Beck K. Der Ärzteindex. Ein Instrument zur Beurteilung der Wirtschaftlichkeit von Grundversorgern. Gesundh ökon Qual manag. 2008;13(3):142–8.
- 7 Leu RE, Beck K. Risikoselektion und Risikostrukturausgleich in der Schweiz. Gutachten. 2006. Available from: http://www.docfind.ch/PCGBeckLeu2006.pdf
- 8 Romanens M. Krankenkassen führen Versicherungsgerichte in die Irre. NZZ. 19.10.2018. Available from: https://www.nzz.ch/meinung/krankenkassen-fuehren-versicherungsgerichte-in-die-irre-ld.1426658
- 9 Romanens M, Warmuth W, Schober T, Koop P, Kurth F. WZW Aufbereitung. 2019. Available from: https://docfind.ch/VEMSAufarbeitungWZW.pdf

Das Wichtigste in Kürze

- Die neue WZW-Methode, die unter anderem pharmazeutische Kostengruppen (PCG) in die Beurteilung mit einbezieht, verbessert nicht wirklich die Verlässlichkeit, gezielt Praxen zu identifizieren, die systematisch überarzten, um sich zu bereichern, denn sie basiert auf denselben Irrtümern wie die alte Methode.
- Die Schwächen der angewendeten Methode sind den Versicherern seit 2008 bekannt. Sie haben folglich wider besseres Wissen Vergleichszahlungen beliebt gemacht, um den Gerichtsweg zu umgehen. Die solcherart generierten Vergleichszahlungen müssten Gegenstand von Rückforderungen werden.
- Mit dem Morbiditätsbereinigten Index MBI steht Praxen, welche vermuten, falsch beurteilt worden zu sein, ein Mittel zur Verfügung, um allfällige Anschuldigungen zu überprüfen.

L'essentiel en bref

- La nouvelle méthode EAE, qui tient entre autres compte des groupes de coûts pharmaceutiques (PCG) dans l'évaluation, n'améliore pas vraiment la fiabilité de l'identification ciblée des cabinets qui pratiquent la surmédicalisation systématique pour s'enrichir, car elle comporte les mêmes erreurs que l'ancienne méthode.
- Les assureurs sont conscients des faiblesses de la méthode employée depuis 2008. En dépit de ce savoir, ils ont rendu populaires les paiements transactionnels pour éviter la voie judiciaire. Les paiements ainsi obtenus devraient faire l'objet de demandes de restitution.
- Avec le nouvel indice corrigé de la morbidité (ICM), les cabinets qui pensent avoir été jugés de manière incorrecte disposent d'un outil pour vérifier d'éventuelles accusations.