Informationsveranstaltung Wirtschaftlichkeitsprüfung zur neuen Screening-Methode (Regressionsanalyse)

Für Schiedsrichterinnen und Schiedsrichter der kantonalen Ärztegesellschaften

20. September 2022, Bern

Begrüssung und Einleitung

Dr. med. Urs Stoffel

Herzlich Willkommen!

- Die Wirtschaftlichkeitsprüfung beschäftigt verschiedene Akteure
- Der Wissensstand, insbesondere zur neuen Screening-Methode, ist unterschiedlich
- Bereits einige Veranstaltungen mit ärztlichen Interessenvertretern durchgeführt:
  - Vertreter von kantonalen Ärztegesellschaften
  - WZW-Verantwortliche von Ärztegesellschaften
  - Vertreter von Trustcenter
  - Juristische Berater von Ärzteorganisationen
  - Mitglieder Soundingboard der Arbeitsgruppe WZW der FMH
- Die Veranstaltung dreht sich ganz um die neue Screening-Methode im Rahmen der vom Gesetzgeber vorgegebenen Wirtschaftlichkeitsprüfung
- Spezifisch für ärztliche Schiedsrichterinnen und Schiedsrichter
- Beurteilung und Analyse erfolgt von verschiedenen Referenten

Ziele der Veranstaltung

- Gemeinsames Verständnis der neuen Screening-Methode entwickeln
- Neue Regressionsanalyse verstehen:
  - Zusätzliche Variablen der Regressionsanalyse
  - Verbesserungen erkennen
  - Aber auch Stärken und Schwächen dieser Methode kennen
- Vernetzung der verantwortlichen Personen auf ärztlicher Seite im Rahmen der Wirtschaftlichkeitsprüfung
- Gemeinsamer Informations- und Erfahrungsaustausch zwischen den Teilnehmern fördern
- Verhinderung eines Präzedenzurteils mit der neuen Screening-Methode infolge unvollständiger Informationen und Unwissen.

Themenübersicht

1. Rechtliche Einordnung	Prof. Dr. iur. Urs Saxer
2. Vorstellung der neuen Screening-Methode	Chaim Hänni, NewIndex AG
3. Informationen aus der Praxis und weitere wichtige Key Messages	Dr. Juerg B. Reust
4. Diskussion	Alle

Einleitung Wirtschaftlichkeitsprüfung I

- Aufgrund KVG-Anpassung (2013) wurden Leistungserbringer und Versicherer in Artikel 56 Absatz 6 KVG verpflichtet, gemeinsam eine Methode zur Kontrolle der Wirtschaftlichkeit zu vereinbaren
- Die statistische Methode hat 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 werden durch die Methode identifiziert (Durchschnittskostenvergleich)
- Die bisherige statistische Methode (ANOVA) wurde durch Polynomics AG überprüft und es wurde eine neue, verbesserte statistische Screening-Methode entwickelt
- Dabei wurde nur die statistische Screening-Methode selbst überarbeitet, die nachgelagerten Prozesse waren nicht Gegenstand der Überarbeitung

Einleitung Wirtschaftlichkeitsprüfung II

- **Wichtig:** Die Frage, ob eine Ärztin oder ein Arzt seine Leistungen unwirtschaftlich erbringt, kann ausschliesslich im Rahmen einer dem **Screening nachgelagerten Einzelfall-Analyse** 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 Einzelfallbeurteilung
- Die neue Screening-Methode berücksichtigt auch Morbiditäts-Variablen
  - Wahlfranchisen
  - Spitaleinweisung im Vorjahr
  - Pharmazeutische Kostengruppen (PCG)

Einleitung Wirtschaftlichkeitsprüfung III

- Aktuelle Verhandlungen zur Überarbeitung des Screening-Vertrags aus dem Jahr 2018
- Weitere Informationen erhalten Sie direkt in den nachfolgenden Referaten
- Nutzen Sie die Gelegenheit aktiv einzubringen, Fragen zustellen und zur gemeinsamen Diskussion
- Wir wünschen Ihnen eine gute und informative Veranstaltung!

Überblick über die rechtlichen Aspekte

Informationsveranstaltung für Schiedsrichterinnen und Schiedsrichter zur Screening - Methode

Bern, 20. September 2022

Rechtsanwalt Prof. Dr. Urs Saxer LL.M. (Columbia Univ.)

Steinbrüchel Hüssy Rechtsanwälte

RA Prof. Dr. Urs Saxer LL.M. (Columbia Univ.)

Partner Steinbrüchel Hüssy Rechtsanwälte

(www.steinlex.ch)

Professor UZH

(www.ivr.uzh.ch/institutsmitglieder/saxer.html)

Übersicht

I. Allgemeine Rechtsgrundlagen

II. Rolle der Versicherer

III. Arten/Methoden der Wirtschaftlichkeitsprüfung

IV. Tarifcontrolling

V. Verfahren vor Schiedsgericht: Ihre Rolle

I. Allgemeine Rechtsgrundlagen

Grundlagen der Wirtschaftlichkeit

Art. 32 KVG Voraussetzungen der Kostenübernahme

[1] Die Leistungen nach Artikeln 25-31 müssen wirksam, zweckmässig und wirtschaftlich sein…

[2] Die Wirksamkeit, die Zweckmässigkeit und die Wirtschaftlichkeit der Leistungen werden periodisch überprüft.

Art. 56 KVG Wirtschaftlichkeit der Leistungen

[1] Der Leistungserbringer muss sich in seinen Leistungen auf das Mass beschränken, das im Interesse der Versicherten liegt und für den Behandlungszweck erforderlich ist.

[2] Für Leistungen, die über dieses Mass hinausgehen, kann die Vergütung verweigert werden…

Grundlagen der Rückforderung

Art. 59 KVG Verletzung der Anforderungen bezüglich Wirtschaftlichkeit und Qualitätsentwicklung

[1] Gegen Leistungserbringer, die gegen die im Gesetz vorgesehenen Wirtschaftlichkeits- und Qualitätsanforderungen (Art. 56, 58a und 58h) oder gegen vertragliche Abmachungen verstossen, werden Sanktionen ergriffen. Diese umfassen neben den in den Qualitätsverträgen vorgesehenen Sanktionen:

.. b. die gänzliche oder teilweise Rückerstattung der Honorare, welche für nicht angemessene Leistungen bezogen wurden;

[2] Über Sanktionen entscheidet das Schiedsgericht nach Artikel 89 auf Antrag eines Versicherers oder eines Verbandes der Versicherer.

Grundlagen der Rückforderung

Art. 25 ATSG Rückerstattung

[1] Unrechtmässig bezogene Leistungen sind zurückzuerstatten. Wer Leistungen in gutem Glauben empfangen hat, muss sie nicht zurückerstatten, wenn eine grosse Härte vorliegt.

[2] Der Rückforderungsanspruch erlischt drei Jahre, nachdem die Versicherungseinrichtung davon Kenntnis erhalten hat, spätestens aber fünf Jahre seit der Auszahlung der einzelnen Leistung.[18] Wird der Rückerstattungsanspruch aus einer strafbaren Handlung hergeleitet, für welche das Strafrecht eine längere Verjährungsfrist vorsieht, so ist diese Frist massgebend.

II. Rolle der Versicherer

II. Rolle der Versicherer

Art. 56 KVG

…

[2] Für Leistungen, die über dieses Mass hinausgehen, kann die Vergütung verweigert werden. Eine nach diesem Gesetz dem Leistungserbringer zu Unrecht bezahlte Vergütung kann zurückgefordert werden. Rückforderungsberechtigt ist:

a. im System des Tiers garant (Art. 42 Abs. 1) die versicherte Person oder nach Artikel 89 Absatz 3 der Versicherer;

b. im System des Tiers payant (Art. 42 Abs. 2) der Versicherer..

II. Rolle der Versicherer

Versicherer

- sind zuständig für die Überprüfung WZW-Kriterien als Leistungsvoraussetzung
- haben einen *umfassenden gesetzlichen Auftrag der Leistungskontrolle*
- sind auch berechtigt und *verpflichtet* zu überprüfen, ob die erbrachten Leistungen das Wirtschaftlichkeitsangebot respektieren
- Müssen auch *kraft Gesetz Rechnungskontrollen* durchführen.

II. Rolle der Versicherer

Versicherer

- nehmen damit eine öffentliche Aufgabe war;
- sind an Grundrechte gebunden;
- sind zur Transparenz verpflichtet;
- haben keine Zwangsgewalt über die Leistungserbringer;
- können gegenüber Leistungserbringer in der Regel nicht formell verfügen;
- müssen für die Geltendmachung von Ansprüchen an die KPK bzw. an die kantonalen Schiedsgerichte gelangen.

III. Arten/Methoden der Wirtschaftlichkeitsprüfung

III. Arten der Wirtschaftlichkeitsprüfung

Art. 32 KVG Voraussetzungen der Kostenübernahme

…

[2] Die Wirksamkeit, die Zweckmässigkeit und die Wirtschaftlichkeit der Leistungen werden periodisch überprüft.

Art. 56 KVG Wirtschaftlichkeit der Leistung

[5] Leistungserbringer und Versicherer sehen in den Tarifverträgen Massnahmen zur Sicherstellung der Wirtschaftlichkeit der Leistungen vor. Sie sorgen insbesondere dafür, dass diagnostische Massnahmen nicht unnötig wiederholt werden, wenn Versicherte mehrere Leistungserbringer konsultieren.

[6] Leistungserbringer und Versicherer legen vertraglich eine Methode zur Kontrolle der Wirtschaftlichkeit fest.

III. Arten der Wirtschaftlichkeitsprüfung

3 Arten

- Individuelle Rechnungsprüfung (nur bedingt eine Wirtschaftlichkeitsprüfung)
- Screening Methode
- Tarifcontrolling

III. Arten der Wirtschaftlichkeitsprüfung

Individuelle Rechnungsprüfung / Rechnungskontrolle

- Rechnungskontrolle = Kontrolle einzelner Rechnungen im Hinblick auf die Übereinstimmung mit den gesetzlichen Bestimmungen sowie den vertraglichen und tariflichen Vereinbarungen.
- Kann, muss aber nicht eine Wirtschaftlichkeitskontrolle mitbeinhalten.
- z.B. Prüfung auf Übereinstimmung mit Kostengutsprachen, den effektiv erbrachten Leistungen, Zweckmässigkeit der Behandlung etc.
- Sehr aufwändig und daher selten; meist bei besonderen Hinweisen auf Unregelmässigkeiten.

III. Arten der Wirtschaftlichkeitsprüfung

Screening Methode

Art. 56 Abs. 6 KVG

«Leistungserbringer und Versicherer legen vertraglich eine Methode zur Kontrolle der Wirtschaftlichkeit fest.»

- Methode zur Kontrolle der Wirtschaftlichkeit, nämlich zur Detektion von Ärztinnen und Ärzten, welche in statistisch auffälliger Weise Kosten für die OKP verursachen;
- Ist vertraglich festgelegt worden als sog. zweistufige Regressionsanalyse;
- Wirtschaftlichkeitskontrolle verschieden von Wirtschaftlichkeitsprüfung; letztere muss einzelfallbezogen erfolgen.

III. Arten der Wirtschaftlichkeitsprüfung

Methodenpluralismus

- Art. 56 Abs. 6 KVG bzw. die Vereinbarungen zwischen den Verbänden regeln bloss eine spezielle Methode der Wirtschaftlichkeitskontrolle, aber nicht vollumfänglich die Wirtschaftlichkeitsprüfung;
- Letztere als Aufgabe der Krankenversicherung gesetzlich nicht näher ausgeführt.
- Vertrag FMH-tarifsuisse von 2018 erhebt nicht den Anspruch, einzige Methode der Wirtschaftlichkeitsprüfung zu regeln.
- Gemäss BGer bedarf die Prüfungsmethode nicht einer gesetzlichen Fixierung.
- Erheblicher Spielraum der Versicherer: Auswahlermessen nach Massgabe der Zweckmässigkeit.

Zweck des Tarifcontrolling

Originalton Tarifsuisse: «Das Ziel des Tarifcontrollings ist es, Leistungserbringer zu erkennen, welche Tarife unrichtig anwenden oder deren Fakturierung anderweitige Unregelmässigkeiten aufweist, wodurch insbesondere der Tarifschutz (Art. 44 KVG) oder das Wirtschaftlichkeitsangebot verletzt werden. Dabei wird beispielsweise die Tarifanwendung des Leistungserbringers gegenüber seiner Vergleichsgruppe analysiert. Können Abweichungen nicht plausibel erklärt werden, wird eine Rückzahlungsforderung geltend gemacht.»

Gegenstand ist nicht die einzelne Rechnung, sondern die generelle Anwendung des Tarifs bzw. einzelner Tarifpositionen.

Die faktische Bedeutung des Tarifcontrolling ist derjenigen der traditionellen Wirtschaftlichkeitsprüfung vergleichbar.

IV. Tarifcontrolling

Allgemeine Bemerkungen

- Versicherer sind ermächtigt, Tarifcontrolling durchzuführen (a maiore minus der Pflicht zur Wirtschaftlichkeits- und Rechnungskontrolle)
- Einzelfallbezogene Überprüfung der Rechnungstellung eines Leistungserbringers;
- Ex post-Analyse der Tarifanwendung (in Rechnung gestellten Tarifpositionen);
- SASIS-Tarifpool oder Abrechnungsdaten eines einzelnen Versicherers als Datenbasis für die Überprüfung. Konsolidierte Daten des Tarifpool als Datenbasis für die Überprüfung. Erlaubt es, Tarifanwendungsmissbräuche festzustellen, die bei der Einzelrechnungskontrolle kaum eruiert werden können.

IV. Tarifcontrolling

- Von der Wirtschaftlichkeitsprüfung basierend auf der Screening-Methode unabhängige Prüfung
- Ärztin oder Arzt braucht unter der Screening-Methode nicht auffällig zu sein.
- Massgebend ist nicht die statische Auffälligkeit der Durchschnittskosten gegenüber Referenzkollektiv, sondern die Art der Tarifanwendung
  - z.B. fehlende Dignität
  - Berechtigung der Abrechnung der letzten 5 Minuten?
  - Berechtigung zur Verrechnung der Dringlichkeits- oder Notfallpauschale?

IV. Tarifcontrolling

Probleme:

- Problem, dass keine klar definierte Methode existiert
  → Rechts- bzw. Verfahrensunsicherheit
- Unklare Auslöser: «komische» Rechnungen, Anzeigen, statische Auswertungen
- Statistische Voranalyse des Tarifpools bezüglich des in den Fokus geratenen Arztes mit anschliessender Einzelfallprüfung
- Überprüfung einer repräsentativen Anzahl von Rechnungen in Bezug auf den diagnostischen und therapeutischen Aufwand
- Vergleich der Tarifierungspraxis mit vergleichbaren Ärzten
- Problem, dass z.T. die einzelnen Versicherer ein Tarifcontrolling durchführen, z.T. aber auch über tarifsuisse handeln
- Wie zuverlässig ist die Datenbasis bei einzelnen Versicherern?

IV. Tarifcontrolling

Rückforderung:

- Relative Verwirkungsfrist neu 3 Jahre, absolutes Verwirkungsrecht 5 Jahre
- Soweit ein Anspruch unter der alten Verwirkungsfrist von 1 Jahr verwirkt ist, kommt es nicht zu einem Wiederaufleben der Rückforderung.
- Fristauslösend sind hinreichende Verdachtsmomente für falsche Tarifierungen.
- Leistungserbringer kann nicht ableiten, dass wenn keine Rechnungsbeanstandung kommt, die Rechnung beglichen wird, diese als genehmigt gilt.
- Kontrolle kann auch ergeben, dass zu Unrecht falsch im Sinne von «zu tief» tarifiert wurde. Ist vom Versicherer zu berücksichtigen.

IV. Tarifcontrolling

- Teilweise Praxis, alles zurückzufordern und das Abstellen auf eine andere Tarifposition mit tieferen Verrechnungsmöglichkeiten nicht zuzulassen. Geht m.E. nicht.
- Versicherer setzen Rückforderung teilweise mit Rückbehalten der Vergütungen durch. Problematisch.
- Es müssen konkrete, repräsentative Rechnungen vorgelegt und beanstandet werden.
- Es handelt sich um ein Pauschalbeanstandungsverfahren, aber pauschale Rückforderungen sind zulässig.
- Offenlegung der Zahlenbasis.
- Abgeschlossenes Wirtschaftlichkeitsverfahren mit Rückzahlung schliesst ein Tarifcontrolling über dieselbe Zeitperiode nicht aus und umgekehrt.

IV. Verfahren vor Schiedsgericht; Ihre Rolle

- Anwendbar ist kantonales Verfahrensrecht
- Kantonales Verfahrensrecht bestimmt auch die Zusammensetzung des Schiedsgerichts
- 3er- oder 5er-Besetzung, mit je einer Vertretung der Versicherer und des Leistungserbringers (Arzt/Ärztin)
- Als Mitglied des Schiedsgerichts

  - haben Sie eine offizielle Funktion in einer Behörde;

  - vertreten Sie keine Partei, auch wenn Sie von einer Partei nominiert worden sind;

  - sind Sie zur Unabhängigkeit verpflichtet;

  - sollten Sie separate Kontakt zu einer Partei vermeiden, um nicht Befangenheitsgründe zu setzen.

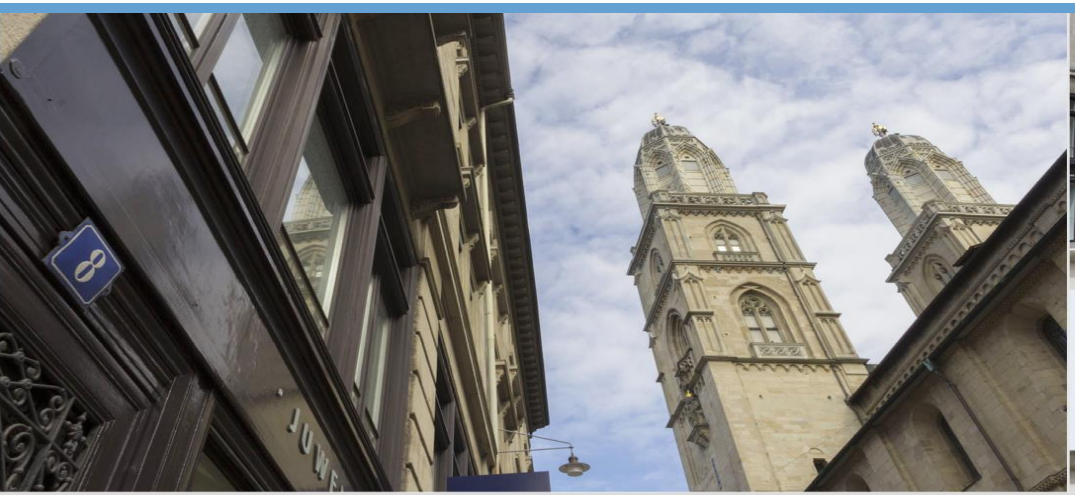
IV. Verfahren vor Schiedsgericht; Ihre Rolle

- Der Vorsitz des Schiedsgerichts leitet das Verfahren. Sie können Anträge zum Verfahren stellen.
- Das Verfahren ist grundsätzlich schriftlich.
- Die Parteien tragen ihren Standpunkt schriftlich vor und reichen Beweise ein.
- Sie können sich in den internen Beratungen zu den eingereichten Rechtsschriften äussern. Sie können auch beim Vorsitz eine Beratung verlangen.
- Sie sollten unbedingt Ihre persönliche Erfahrung einbringen. Lassen Sie sich von der Juristensprache nicht einschüchtern.
- Achten Sie darauf, ob der Sachverhalt hinreichend abgeklärt ist. Das Gericht muss den Sachverhalt feststellen.

IV. Verfahren vor Schiedsgericht; Ihre Rolle

- Wenn Sie im Verfahren etwas nicht verstehen, lassen Sie sich dies vom Vorsitz des Schiedsgerichts erläutern.
- Verlangen Sie eine mündliche Verhandlung, wenn Sie das Gefühl haben, dass dadurch die Angelegenheit geklärt und auch erledigt werden kann.

Besten Dank für Ihre Aufmerksamkeit
Fragen und Antworten



Disclaimer

The views, opinions, statements, analysis and information contained in these materials are those of the individual presenter and do not necessarily reflect the views of Steinbrüchel Hüssy or any of its past, present and future clients. These materials (1) do not constitute legal advice, (2) do not form the basis for the creation of the attorney/client relationship, and (3) should not be relied upon without seeking specific legal advice with respect to the particular facts and current state of the law applicable to any situation requiring legal advice. These materials may only be reproduced with the prior written consent of Steinbrüchel Hüssy. These materials are provided with the understanding that the individual presenter and Steinbrüchel Hüssy are not rendering legal, accounting, or other professional advice or opinions on specific facts or matters, and, accordingly, such entities assume no liability whatsoever in connection with their use. Pursuant to applicable rules of professional conduct, this material may constitute attorney advertising, Prior results do not guarantee a similar outcome.

© 2021 Prof. Urs Saxer / Steinbrüchel Hüssy. All rights reserved.

Vorstellung der neuen Screening-Methode

Chaim Hänni, Senior Data Specialist & Project Manager, NewIndex AG

Themen-Übersicht

1. Grundlagen
2. Einordnung Screening im Wirtschaftlichkeitsprüfungs-Verfahren
3. Screening mit dem Regressionsmodell
4. Beurteilung der Methode
5. Wissenswertes für die Beratung aus technischer Sicht
6. Fazit & Schlusswort

Grundlagen

- Gemäss Art. 56 Abs. 6 KVG müssen sich die Versicherer und die Leistungserbringer auf ein Verfahren zur Wirtschaftlichkeitsprüfung einigen.

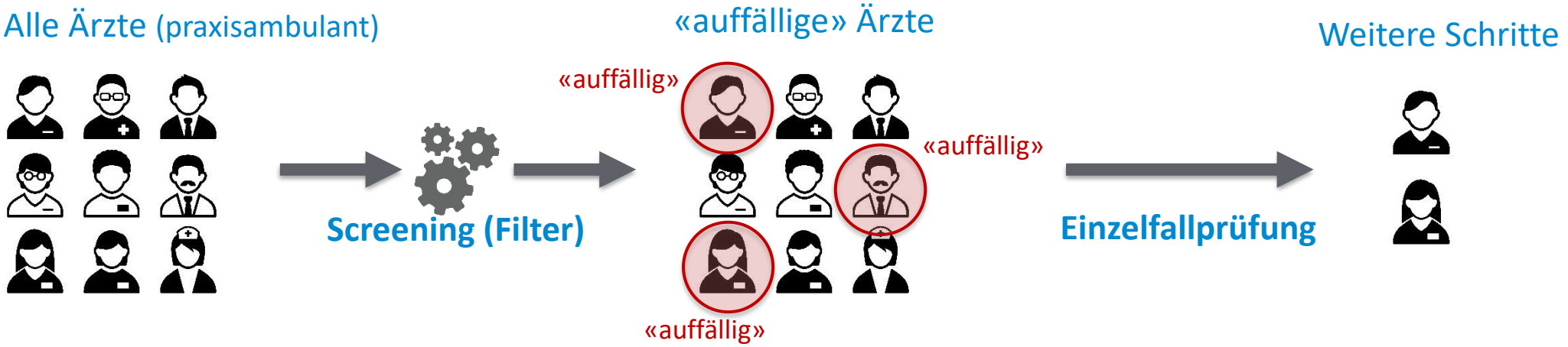
→ Vorgehen: Screening-Methode verbessern (Ersatz ANOVA)

→ Ziel Ärzte: weniger auffällige Ärzte, deren Kosten sich begründen lassen ('falsch Positive')

→ Mandat der Krankenversicherer an Santésuisse zur Kontrolle der Wirtschaftlichkeit

Einordnung Screening im Wirtschaftlichkeitsprüfungs-Verfahren

- Santésuisse wendet ein **mehrstufiges Verfahren zur Überprüfung der Wirtschaftlichkeit** der praxisambulanten Ärzte an:
  - Im ersten Schritt werden ALLE Praxen überprüft → das sog. «Screening»
  - Im zweiten Schritt werden auffällige Ärzte vertieft überprüft («Einzelfallprüfung»)
  - Es folgen weitere Schritte zur Klärung des «Anfangsverdachts» bzw. Massnahmen seitens Santésuisse (Informationsbriefe, Gespräche, Gericht)



Einordnung Screening im Wirtschaftlichkeitsprüfungs-Verfahren

- Es wurde **nur die statistische Screening-Methode selbst überarbeitet**, die nachgelagerten Prozesse waren nicht Gegenstand der Überarbeitung
- **Ziel des Screening**: Effiziente und systematische Identifikation der ‘auffälligen’ Praxen, d.h. potentiell unwirtschaftlicher Leistungserbringer
- Die grosse Anzahl zu prüfender Ärzte bedingt die Anwendung eines **automatisierten, statistischen Verfahrens**
- Es können nur Daten verwendet werden, die für alle Ärzte über die ganze Schweiz in ausreichender Qualität vorhanden sind, d.h. **Praxisbesonderheiten werden nicht oder nur unvollständig abgebildet**
- **Wichtig**: Die Screening-Methode dient einzig der Identifikation statistisch auffälliger Ärzte und ist **kein Beweis unwirtschaftlichen Handelns!**

Screening mit dem Regressionsmodell

- **Was ist neu: Patientenmorbidität** & **Regressionsmodell**

- Die Berücksichtigung der Patientenmorbidität erlaubt eine bessere Erklärung der Kosten eines Arztes: «je kränker die Patienten, desto höher die Behandlungskosten»

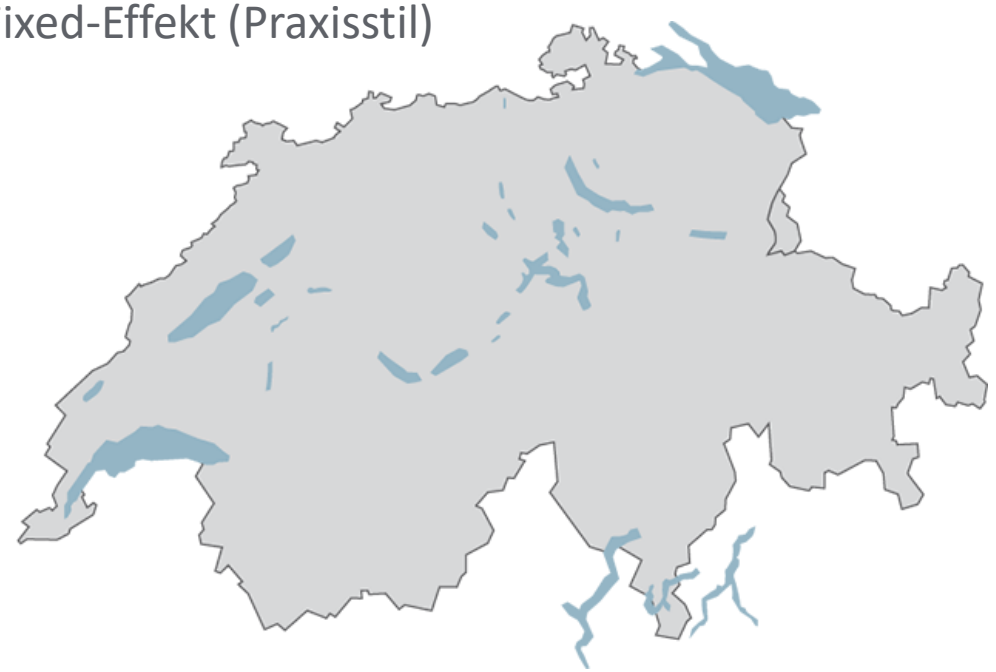
  → Erweiterung Datengrundlage

- Die Anwendung des neuen Regressionsmodells soll das Screening effizienter machen und die zukünftige Weiterentwicklung des Modells erleichtern

  → Erweiterung statistisches Modell

Screening mit dem Regressionsmodell

- Zur Anwendung kommt ein **zweistufiges Regressionsmodell** mit Fixed-Effekt (Praxisstil)
  - **1. Stufe**: Morbidität der Patienten
  - **2. Stufe**: Praxisstandort und Facharztgruppe des Arztes



- Vergleichsgrösse sind die **Kosten pro Erkrankten** eines Arztes
- Vergleich der Kosten eines Arztes mit den Kosten seiner Kollegen in derselben Facharztgruppe in der gesamten Schweiz

Screening mit dem Regressionsmodell

- Das Regressions-Modell **bestimmt die Kosten**, **anhand derer die verwendeten Daten «erklärt» werden können** (z.B. Alter, Geschlecht, Morbidität der Patienten).

- Die **nicht erklärbaren Kosten werden als Praxiseffekt (Praxisstil) bezeichnet und bilden die Grundlage der Beurteilung** der «Auffälligkeit»

Screening mit dem Regressionsmodell

- **Erweiterung Datengrundlage Praxisbesonderheiten**
  - Bisher: nur Alter und Geschlecht der Patienten berücksichtigt
  - Neu: zusätzlich Berücksichtigung der **Patientenmorbidität**

Alter & Geschlecht	Anteil Patienten nach Alters- und Geschlechtergruppen (Alter in 5-Jahresgruppen bis 95 J.)
Wahlfranchise	Anteil der Grundleistungen bei Patienten mit einer hohen Franchise (> CHF 500 bei Erwachsenen und > CHF 100 bei Kindern)
Spitalaufenthalt Vorjahr	Anteil Patienten mit einem Spital- oder Pflegeheimaufenthalt im Vorjahr von mehr als 3 aufeinanderfolgenden Nächten
Pharmazeutische Kostengruppen (PCGs)	Die Morbidität der Patienten einer Praxis wird anhand der verschriebenen Medikamente eingeschätzt. Medikamente werden anhand ihres Wirkstoffs einer PCG zugeordnet mit dazugehöriger Defined Daily Dose (DDD) gemäss PCG-Liste BAG (Risikoausgleich)

new|index
Your Medical Data Insights

Screening mit dem Regressionsmodell

- Pro FG wird ermittelt, welche PCG relevant sind (min. 30 Ärzte mit Mindestmenge (1.8 DDD pro Erkranktem) Medikamente)
- Die berücksichtigten PCGs je FG sowie die Anzahl gebildeter Gruppen (nach Anzahl Beobachtungen > 0) kann jedes Jahr ändern.

PCG relevant 2018 mit Anzahl Untergruppen	ABH	ADH	AIK	ALZ	AST	BSR	CAR	COP	DEP	DM1	DM2	EPI	GLA	HCH	HIV	HYP	KHO	KRK	MCR	MSK	NIE	PAR	PSY	RHE	SMC	SMN	THY	TRA	ZFP	ZNS	# relev.
	Sucht d	ADHS	Autoim	Alzhein	Asthma	Bipolar	Herzerk	COPD /	Depres	Diabet	Diabet	Epileps	Glauko	Hohes	HIV / A	Hypert	Hormo	Krebs k	Morbus	Multipl	Nieren	Morbus	Psycho	Rheum	Chronis	Neurop	Schildd	Transp	Zystisc	Krankh	PCG
1. Anästhesiologie									2							2									4						3
2. Chirurgie									2					2		4									4						4
3. Dermatologie und Venerologie			4																												1
4. Gynäkologie und Geburtshilfe									4							4	4								10		4				5
6. Endokrinologie und Diabetologie					2		2		4	4	4			4		4									4		4				9
7. Pneumologie					4			4	4		2			4		4									4		2				8
8. Neurochirurgie																									4						1
9. Neurologie				2					4			4		2		4				4		4			4	4				4	10
10. Psychiatrie und Psychotherapie	4	4		2	4	4			10		2	4		4		4						2	10		4	4	4			4	16
11. Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie		4							4			2											4								4
13. Ophthalmologie													10																		1
14. Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates																2									10						2
15. Oto-Rhino-Laryngologie					4																				4						2
16. Kinder- und Jugendmedizin		4			4																				10						3
17. Radiologie																															0
19. Urologie																	4														1
20. Rheumatologie			4		4		2	2	4	2	4			4		4								4	4	4	4			4	14
21. Allgemeine Innere Medizin	4	4	4	10	10	4	10	10	10	10	10	10	10	10	4	10	4	4	10		4	10	10	4	10	10	10		10	10	28
22. Angiologie																															0
35. Kardiologie					4		4	2	4		4			4		4									4		4				9
36. Hämatologie														2		2		2													3
45. Gastroenterologie			4											4		2			4												4
52. Physikalische Medizin und Rehabilitation									2					2		2									4						4
53. praktischer Arzt / Ärztin		4		4	10		4	4	10	4	10	4	4	10		10			4			4	4		10	4	10		4	10	20
54. Allergologie und klinische Immunologie					4				2					2		2									4						5
59. Kiefer- und Gesichtschirurgie																									2						1
63. Medizinische Onkologie					2				2		2			2		4	4	4			2				4		2				10
64. Nephrologie					2		2		2	2	2			2		4					2						2	2			10
67. Plastische, Rekonstruktive und Ästhetische Chirurgie																									4						1
75. Gruppenpraxen					10		4	4	4	4	4	4		4		4						4	4		10		4				13

Screening mit dem Regressionsmodell

- **1. Stufe im Detail:**
  - Die initiale Berechnung des **Praxiseffekts** wird mittels eines «Fixed-Effect-Modells» gemacht.
  - Durch das Regressionsmodell wird der **Einfluss der Morbiditätsvariablen** auf die Kosten geschätzt.

  - **Beispiel:** Einfluss der Morbiditätsvariablen auf die Kosten pro Patient:
    - PCG – «je kränker, desto teurer»
    - Alter – «je älter, desto teurer»
    - Wahlfranchise – «mit hoher Franchise, günstiger»
    - Spitalaufenthalt im Vorjahr – «mit Spitalaufenthalt, teurer»

$$\ln(y_{ij}) = \alpha_i + \beta_1 AGG_{i1} + \cdots + \beta_J AGG_{ij} + \gamma_1 HFR_{ij} + \gamma_2 SPV_{ij} + \delta_{11} PCG_{11,ij} + \cdots + \delta_{1G} PCG_{1G,ij} + \cdots + \delta_{P1} PCG_{P1,ij} + \cdots + \delta_{PG} PCG_{PG,ij} + \varepsilon_{ij}$$

y_{ij}	Bruttokosten pro Erkrankter
AGG	Alters- und Geschlechtergruppe
HFR	Hohe Franchise
SPV	Spital- oder Pflegeheimaufenthalt im Vorjahr
PCG	Pharmaceutical Cost Group

Screening mit dem Regressionsmodell

$$\hat{\alpha}_i = \eta + \theta_1 KT_{1i} + \cdots + \theta_K KT_{Ki} + \phi_1 FAG_{1i} + \cdots + \phi_F FAG_{Fi} + u_i$$

- **2. Stufe im Detail:**
  - In einem zweiten Schritt erfolgt die Berechnung des **Einflusses des Praxisstandorts (Kanton) sowie facharztgruppenspezifischer Faktoren** (z. B. Komplexität der Behandlungen) und eine Korrektur des Praxiseffekts um diese Faktoren
    - Eine 2. Stufe ist nötig, da es in einem Fixed-Effects-Modell nicht möglich ist, Variablen zu berücksichtigen, welche pro Praxis nicht variieren.
    - Die Schätzung dieser Effekte erfolgt über alle Kantone und alle Fachgruppen mittels einer OLS-Regression
  - Das Ergebnis der zweiten Stufe ist der **korrigierte Praxiseffekt** (= «mittleres **Residuum**»), dieser wird als **Indikator für die Wirtschaftlichkeit** verwendet.
  - D.h. der **Praxiseffekt** umfasst die mit dem **Modell nicht erklärbaren Kosten** pro Patient nach Abzug des Effekts der Patientenmorbidität und des Standortkantons / der Facharztgruppe.
  - **Wichtig**: Es ist möglich, dass das Residuum durch gerechtfertigte Faktoren erklärt werden kann, die nicht in der Datengrundlage enthalten sind!

Screening mit dem Regressionsmodell

- **Indexberechnung im Detail:**
  - Mit dem **geschätzten Praxiseffekt** (= Residuen) der zweiten Stufe wird in einem nächsten Schritt der **Indexwert** berechnet

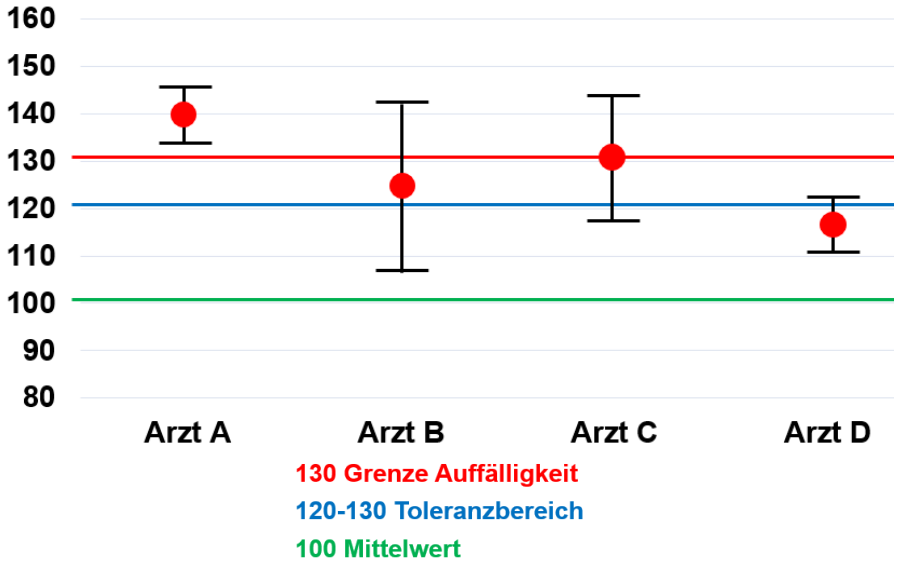
$$\text{Index}_i = \overbrace{\left(\frac{1}{\frac{1}{N}\sum_{i=1}^{N}\exp(\hat{u}_i)}\right)}^{=s_f} \times 100 \times \exp(\hat{u}_i)$$

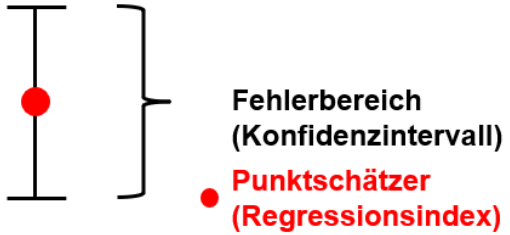
  - Der Index ist **standardisiert**, d.h. der **Durchschnitt** einer Fachgruppe **beträgt immer 100**
  - Der **Grenzwert** für «Auffälligkeit» ist dabei wie bisher bei 30% höheren Kosten als der Durchschnitt des Vergleichskollektivs (= bei **Indexwert 130**)
  - Neu ist die **Bezeichnung: Regressions-Index** (da Regressionsmodell)

Screening mit dem Regressionsmodell

new|index
Your Medical Data Insights

- **Eine zentrale Grösse des neuen Regressionsmodells ist der Unsicherheitsindikator**
  - Der berechnete Wert des Regressionsindexes ist mit einem statistischen Fehler behaftet
  - Mithilfe des Unsicherheitsindikators wird ein Konfidenzintervall für den Indexwert berechnet
  - Das Konfidenzintervall gibt den «Fehlerbereich» des Punktschätzers an
  - Der Fehlerbereich ist für jeden Arzt unterschiedlich
  - Der wahre Indexwert liegt mit einer 95% Wahrscheinlichkeit, irgendwo innerhalb dieses Intervalls





$$UI(\hat{a}_{1st,i}) = \sqrt{\frac{1}{J_i}\frac{J_i}{J_i - 1}\sum_{j=1}^{J_i}\frac{P_{ij}}{P_i}\varepsilon_{ij}^2}$$

$$\hat{a}_{1st,i}^{low} = \hat{a}_{1st,i} - 1.96 \times UI(\hat{a}_{1st,i})$$
$$\hat{a}_{1st,i}^{up} = \hat{a}_{1st,i} + 1.96 \times UI(\hat{a}_{1st,i})$$

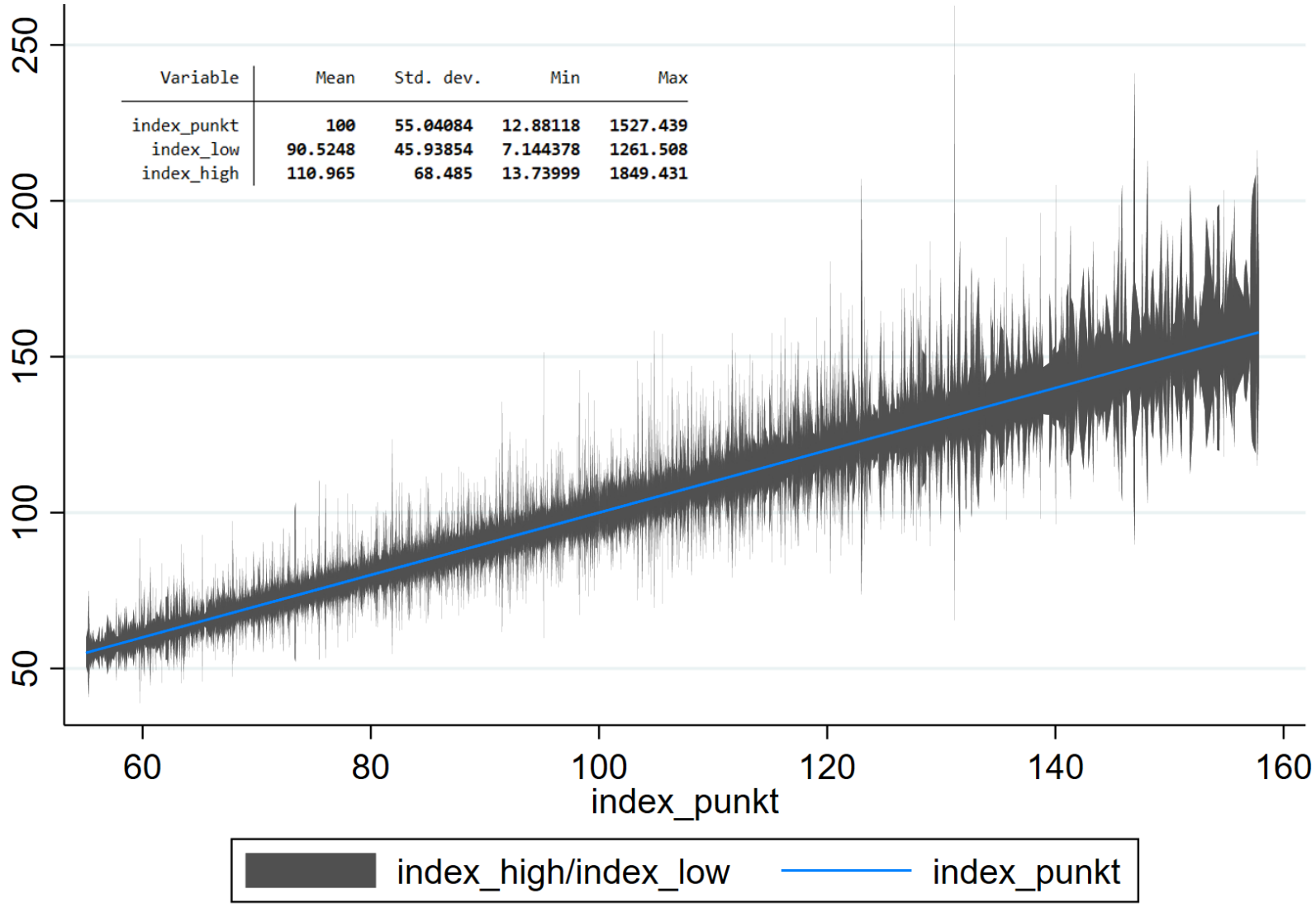
$$\hat{u}_i^{low} = \hat{a}_{1st,i}^{low} - \hat{a}_{2nd,i}$$
$$\hat{u}_i^{up} = \hat{a}_{1st,i}^{up} - \hat{a}_{2nd,i}$$

$$\text{Index}_i^{low} = s_f \times \exp(\hat{u}_i^{low})$$
$$\text{Index}_i^{up} = s_f \times \exp(\hat{u}_i^{up})$$

Unsicherheitsindikator – Modellierte Verteilung

new|index
Your Medical Data Insights

Variable	Mean	Std. dev.	Min	Max
index_punkt	100	55.04084	12.88118	1527.439
index_low	90.5248	45.93854	7.144378	1261.508
index_high	110.965	68.485	13.73999	1849.431



Beurteilung der Methode

- Die weiterentwickelte statistische Screening-Methode ist wissenschaftlich fundiert hergeleitet und berücksichtigt neu zusätzliche Variablen zur Morbidität des Patientenguts einer Praxis.

- **ABER**: es ist **kein perfektes** Modell; man muss die Schwächen kennen
  - Die Methode funktioniert nicht für alle Praxen gleich gut (Praxen mit Beobachtungen in wenigen Altersgruppen haben eine höhere Unsicherheit)
  - Es werden nicht alle Praxisbesonderheiten berücksichtigt
  - Screening ≠ Wirtschaftlichkeits-«Beweis»
  - (Un-)wirtschaftliche Leistungserbringung kann (wenn überhaupt) nur durch eine dem Screening **nachgelagerten Einzelfall-Analyse** beantwortet werden, welche die Kosten einer «auffälligen» Praxis im Detail untersucht!

Wissenswertes für die Beratung aus technischer Sicht

- **Für welche Gruppen von Ärzten ist die neue Methode suboptimal?**

- **Spezielle Patientenkollektive** werden in den verwendeten Daten nicht abgebildet (sozial tiefe Schichten, Bevölkerung mit Migrationshintergrund, Krankheitsgruppe deren PCG in der eigenen Fachgruppe nicht zur Anwendung kommt (z.B. HIV in der Fachgruppe Gynäkologie).

- **Tätigkeiten in zwei Fachgebieten** werden nicht erkannt (z.B. Kardiologie + hausärztliche Betreuung - wenn die Zusatzleistung mit den tarifarischen Grundleistungen abgerechnet werden muss).

- **Unterschiedliche Leistungsangebote** innerhalb derselben Facharztgruppe werden nicht erkannt (z.B. operativ tätig vs. konservativ tätig).

- Krankheiten (Morbidität), welche **hohe Behandlungskosten** verursachen und **nicht durch Medikamenten- oder Hospitalisationskosten** identifiziert werden, führen zu statistisch nicht erklärten hohen Kosten (z.B. Schmerzpatienten, palliative Betreuung).

new|index
Your Medical Data Insights

Wissenswertes für die Beratung aus technischer Sicht

- **'Verzerrender' Einfluss der PCG:**
  - PCG als Indikator der Morbidität wird nur bei dem Arzt berücksichtigt, **in dessen Facharztgruppe die entsprechende PCG berücksichtigt** wird.
  - PCG als Indikator der Morbidität eines Patienten wird nur bei dem Arzt berücksichtigt, der auch **PCG-relevante Medikamente verschreibt** (z.B. Spezialisten mit Patienten, welche die Medikamente vom Hausarzt erhalten, oder Komplementärmediziner ohne Medikamente aus der PCG-Triggerliste)
  - **Konsequenz**: Der Effekt der Patienten-Morbidität auf die Behandlungskosten kann ohne Medikamente aus der PCG-Liste nicht berechnet werden (Arzt wirkt statistisch gesehen im Vergleich zum Kollektiv teurer als er eigentlich ist).

PCG relevant 2018 mit Anzahl Untergruppen	ABH	ADH	AIK	ALZ	AST	BSR	CAR	COP	DEP	DM1	DM2	EPI	GLA	HCH	HIV	HYP	KHO	KRK	MCR	MSK	NIE	PAR	PSY	RHE	SMC	SMN	THY	TRA	ZFP	ZNS	# relev.
	Sucht d	ADHS	Autoim	Alzhein	Asthma	Bipolar	Herzerk	COPD	Depres	Diabet	Diabet	Epileps	Glauko	Hohes	HIV / A	Hypert	Hormo	Krebs k	Morbus	Multipl	Nieren	Morbus	Psycho	Rheum	Chronis	Neurop	Schildd	Transp	Zystisc	Krankh	PCG
1. Anästhesiologie									2							2									4						3
2. Chirurgie									2					2		4									4						4
3. Dermatologie und Venerologie			4																												1
4. Gynäkologie und Geburtshilfe									4							4	4								10		4				5

Fazit - Positives

- Die neue Screening-Methode ist **wissenschaftlich hergeleitet** und **flexibler in der Weiterentwicklung** (z.B. Integration zusätzlicher Erklärungsvariablen für begründbare Kostenunterschiede)

- Durch die Verbesserung der Screening-Methode wurde erreicht, dass **weniger Ärzte «auffällig»** sind.

- Zudem berücksichtigt das Modell die **Patientenmorbidität** besser (z.B. chronisch Kranke, multimorbide Patienten)

Fazit - Limitationen

- Das 2 Stufige Regressionsmodell ist sehr **komplex** und umfangreich. Für den einzelnen Arzt ist es nur schwer nachvollziehbar **WIESO** er als **auffällig** eingestuft wird

- Es ist aus statistischer Sicht **nicht zulässig**, die **«Auffälligkeit»** bereits **als** einen **Beweis für** eine **unwirtschaftliche Praxis** heranzuziehen, weil zusätzliche unbeobachtete Faktoren den Praxiseffekt erklären können.

- Die **Patientenmorbidität** wird nur **ungenügend berücksichtigt bei Ärzten ohne Medikamente**

Schlusswort

- Kein Modell ist in der Lage, die Realität vollständig darzustellen: **Regressionsmodelle sind vereinfachte Abbildungen der Realität**!

- Die Frage ob eine Praxis Ihre **Leistungen unwirtschaftlich erbringt**, kann ausschliesslich im Rahmen einer detaillierten **Einzelfall-Analyse**, welche die Kosten einer «auffälligen» Praxis **im Detail untersucht**, beantwortet werden!

Vielen Dank!

Bei weiterführenden Fragen stehen wir Ihnen gerne zur Verfügung

www.newindex.ch

Chaim Hänni, Senior Data Specialist & Project Manager, NewIndex AG

NewIndex AG
Baslerstrasse 44
4600 Olten

T +41 62 216 92 92
F +41 62 216 92 93
chaim.haenni@newindex.ch

Kaffeepause

Informationen aus der Praxis und weitere wichtige Key Messages

Dr. Juerg B. Reust

Kurz zu meiner Person

- **Gesundheitsindustrie:** von der Pharmaforschung über Pricing & Reimbursement zu den Versicherern (santésuisse/tarifsuisse Zuständigkeit in GL für ambulante Verträge, Wirtschaftlichkeitsverfahren und tarifcontrolling), selbständiger Berater RHC Reust Health Controlling GmbH
- **Kerngebiete** – Verhandlung ambulante Tarife, Wirtschaftlichkeitsverfahren und Tarifcontrolling, Pricing & Reimbursement, Art. 71 abcd Medikamente
- **Mandate** (Auswahl)**:**
  - **FMH, AGZ:** (TARMED/Tardoc Limitationen/Kumulationen, Tarifverhandlungen, Festsetzungsverfahren, Überprüfung der Wirtschaftlichkeit)
  - **Einzelne Ärzte:** Abrechnungsprobleme / Wirtschaftlichkeits- und tarifcontrolling Verfahren
  - **Schiedsgericht Neuenburg** (Schiedsrichter)
  - **VSVA:** (Verband CH Versandapotheken – Tarif Entgeltung Abgabe Medikamente – 'LOA'
  - **Pharmafirmen** Art. 71abcd Medikamente, Pricing & Reimbursement, Kurse für Ärzte

Kurz zu meiner Person

- **Gesundheitsindustrie:** von der Pharmaforschung über Pricing & Reimbursement zu den Versicherern (santésuisse/tarifsuisse Zuständigkeit in GL für ambulante Verträge, …

- Ich bin kein Jurist

- Aufgabe des Schiedsgerichts ist Recht zu sprechen
- Schiedsrichter ist aber von einer Partei nominiert

➔ Spannungsfeld zwischen ‘Recht sprechen’ und ‘Parteinahme für die nominierende Seite’

Verfahren vor Schiedsgericht

- Titel: Informationsveranstaltung Wirtschaftlichkeitsprüfung zur neuen Screening-Methode (Regressionsanalyse)

- u.a. können auch Tarifcontrolling Verfahren vor Schiedsgericht / Bundesgericht kommen

➔ Ausführungen deshalb nicht ausschliesslich auf Art. 56 Abs. 6 KVG Verfahren beschränkt

Methoden der Überprüfung der Wirtschaftlichkeit

1. **Einzelrechnungskontrolle durch den Versicherer**
   - Kontrolle ob Abrechnung 'formal' korrekt
   - Aufgrund Streitsumme keine*) Verfahren vor Bundesgericht/Schiedsgericht
2. **Wirtschaftlichkeitsprüfungen nach Art. 56 Abs. 6 KVG** 56⁶
   - Erhöhte Durchschnittskosten pro Patient vs. Vergleichskollektiv
     - Kosten Index >130/120 → auffällig, erklärbar durch Patientenkollektiv/Praxisbesonderheit?
   - Hauptanteil vor Bundesgericht/Schiedsgericht
   - Anklageschrift enthält (meist) auch Tarifcontrolling Elemente
3. **Tarifcontrolling (Rechnungsaudit)** TC
   - 'Positionspattern' – Abweichung der Tarifanwendung vs. Vergleichskollektiv
     - Grosse Abweichung → verdächtig, resp. fällt auf, erklärbar durch Patientenkollektiv?
   - Fehlende Abrechnungsberechtigung (z.B. Dignität, Kostengutsprache)
   - lukrativer Markt für Versicherer → Zunahme von Verfahren wahrscheinlich

*) Kenntnisstand RHC

Regressionsindex: Bedeutung nicht überschätzen

- Regressionsindex = Resultat der Screening Methode
  - ist kein Beweis, dass der Arzt unwirtschaftlich arbeitet
  - Aufgabe Screening Methode: Detektion von Ärzten mit auffälligen Kosten
  - auffällige Kosten ≠ unwirtschaftlich
- Die Regressionsmethode berücksichtigt nur den Einfluss der vordefinierten Morbiditätsvariablen
- Es gibt keinen Güteindex für die Methode
- Der absolute Glaube an den Indexwert erspart die aufwändige Arbeit resp. Analyse des Falls
- santésuisse versucht die Methode so ‘zu verkaufen’, dass in den neuen Regressionsindices de facto die Praxisbesonderheiten berücksichtigt sind und das Einverlangen von zusätzlichen Unterlagen durch das Gericht nicht notwendig ist

Edition zusätzlicher Unterlagen

- santésuisse versucht die Methode so ‘zu verkaufen’, dass in den neuen Regressionsindices de facto die Praxisbesonderheiten berücksichtigt sind und das Einverlangen von zusätzlichen Unterlagen durch das Gericht nicht notwendig ist
- Aus Sicht des Schiedsrichters notwendige Unterlagen werden nicht ‘automatisch’ eingeholt sondern erst aufgrund der Diskussion im Richterkollegium und finalem Entscheid des Vorsitzenden bei Pattsituation
- Der Schiedsrichter muss in der Diskussion **für seine Sicht argumentieren = Aufwand**

➔ Argumentation muss fundiert sein, d.h. setzt Kenntnis der Methode und insbesondere deren Grenzen voraus

➔ Aufwand für Einholen und analysieren von Unterlagen muss verhältnismässig sein

➔ Einverlangte Unterlagen in Form verlangen, die ‘elektronisch’ analysierbar ist (z.B. bei Positionspattern als Excel und nicht als pdf.

Versicherer sind im Vorteil

- Versichererseitig:
  - Personen die sich aufgrund ihrer Position geschäftlich mit wzw Fragen befassen
  - Kenntnis der Methoden und Verfahren sehr gross
  - Art. 56⁶ KVG Verfahren:
    - immer die gleichen Personen von santésuisse
    - santésuisse arbeitet mit wenigen Anwaltskanzleien zusammen
  - TC Verfahren unterschiedlichere Kompetenz der Versichervertreter
- Ärzteseitig:
  - immer wechselnde Personen involviert (Arzt, Berater, Anwalt)
  - Milizsystem bei paritätischen Kommissionen und Schiedsrichtern

Vergleichskollektiv

Korrektes Vergleichskollektiv äusserst wichtig da Basis für Berechnung von Forderungen

- santésuisse versucht Kollektiv ‘Facharztgesellschaft gem. Datenpool’ wie in Anklageschrift als korrektes Vergleichskollektiv zu etablieren
- Aber:
  - Ist die Liste wirklich korrekt?
    - Sind keine Gruppenpraxen oder spitalähnliche Institutionen enthalten?
    - Sind spezialisierte Praxistätigkeiten im Vergleich berücksichtigt?
      - Inhomogene FAG (z.B. invasive vs. nicht invasive Ophthalmologen)
      - (ausschliessliche) Spezialisierung auf Teilgebiet (z.B. psychotherapeutische Beratung 00.0520, Komplementärmedizin 00.03.05, unterschiedliche Infrastruktur innerhalb FAG)
      - SD Anteil extrem hoch

Vergleichskollektiv

Änderung des Vergleichskollektivs

- Neuberechnung der gesamten Regressionsrechnung notwendig → neue Regressionsindizes

  ➔ Aufwand für santésuisse sehr gross

  ➔ mögliches Resultat: der Arzt ist gar nicht auffällig

- Einzig ‘unkorrigierte’ Werte, z.B. Anzahl Patienten, effektive Kosten, können direkt mit dem Mittelwert des neuen Kollektivs verglichen werden
- Ohne Neuberechnung ist eine Kompromisslösung notwendig

Kostengutsprache

- Zur Bestimmung der mittels Kostengutsprache akzeptierten Kosten verlangt santésuisse üblicherweise die Erbringung der Dokumente
- Streitpunkt 1: ab wann gilt die KoGu?
  - ab Erteilung durch Versicherer (Normalfall, z.B. bei Medikament mit Limitatio) oder
  - Hypothese JBR
    - bei Art. 3b KLV KoGu ggf. rückwirkend, da zur Erteilung der KoGu der VA die bisherige Situation mitberücksichtigen musste
- Streitpunkt 2: wie sind die Kosten für Patienten mit KoGu zu berücksichtigen?
  - Einfache Subtraktion der totalen Kosten des Patienten oder ‘relative’ Berücksichtigung?*)

*) Gebhard Eugster, KVG: Statistische Wirtschaftlichkeitsprüfung im Wandel, in: Jusletter 25. Juni 2012

Regressionsindex: Eine ‘komplexe’ Grösse

- Regressionsindex = Resultat der Screening Methode
  - Die Regressionsmethode berücksichtigt nur den Einfluss der vordefinierten Morbiditätsvariablen
  - Ergebnis aller Morbiditätsvariablen
  - Keine Angabe im Regressionsbericht bezüglich Dominanz der einzelnen Variablen

Regressionsindex: Eine ‘komplexe’ Grösse

Regressionsindex = Resultat der Screening Methode

- Die Regressionsmethode berücksichtigt nur den Einfluss der vordefinierten Morbiditätsvariablen
- Ergebnis aller Morbiditätsvariablen
- Keine Angabe im Regressionsbericht bezüglich Dominanz der einzelnen Variablen

Dominant

- Alter, Geschlecht und vor allem **PCG**

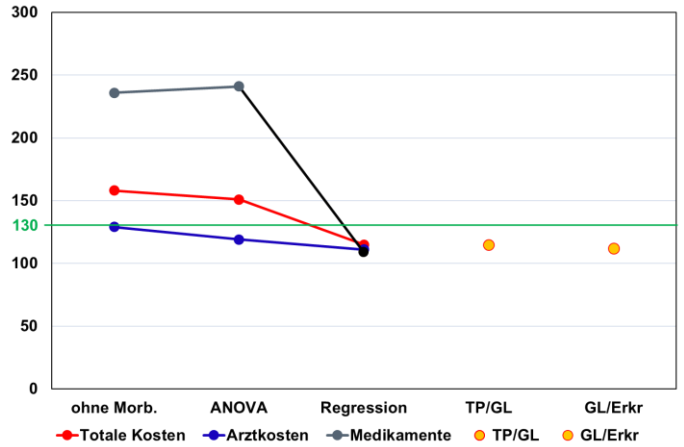
Geringerer Einfluss

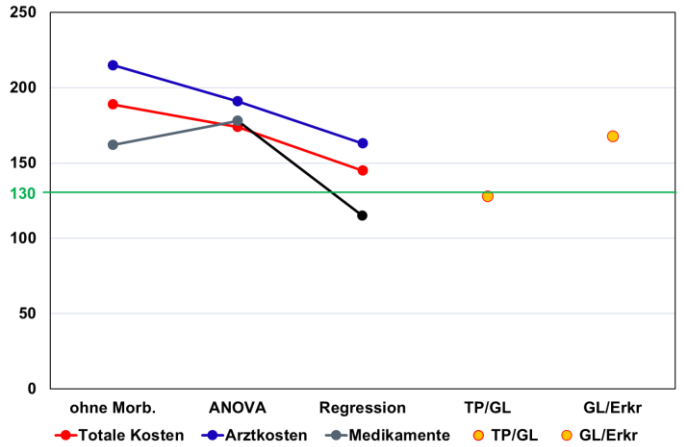
- Anteil hohe Franchise, Spital Vorjahr

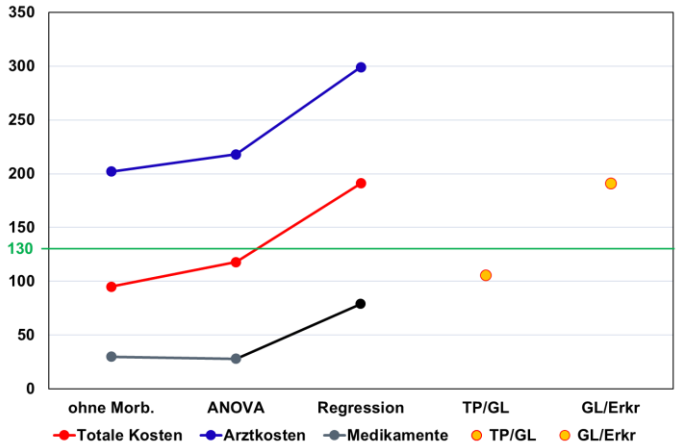
Achtung: keine datengestützte Aussage, kann im Einzelfall abweichen

Regressionsindex: Eine ‘komplexe’ Grösse

Qualitative Abschätzung der Dominanz der Morbiditätsvariablen







Alter/Geschlecht:	neutral	positiv	negativ
PCG (Spital/Franchise):	positiv	positiv	extrem negativ
Kommentar:	Arztleistungen ∅	Erhöhte # Grundleistungen	Erhöhte # Grundleistungen Sprechend nicht medikamentös komplementär tätige AIM Ärzte

Morbiditätsvariable PCG: Beispiele bezüglich Auswirkung

Je mehr Medikamente desto morbider → Regressionskorrektur zu Gunsten des Arztes

- Grundsatz, aber folgende Bedingungen müssen erfüllt sein:
  - Medikamente müssen relevant sein (PCG Listen des BAG*)
  - PCG Gruppe muss für FAG relevant sein
- Je mehr Medikamente die für die PCG Gruppe relevant sind und diese PCG Gruppe zudem relevant für die Facharztgruppe ist, desto grösser wird die positive Korrektur für den Arzt

  → Regressionsindex ↓ (und umgekehrt!)
- Wichtig:
  - keine Berücksichtigung der 'PCG Gesamtmorbidität' der Erkrankten. Es werden nur Medikamente die der Arzt verordnet oder abgibt berücksichtigt.
  - Erhält ein sehr morbider Patient die PCG relevanten Medikamente von einem zweiten Arzt, wird dies nicht berücksichtigt, obschon beide Ärzte den gleich morbiden Patienten behandeln!

*) BAG publiziert nur die aktuelle Liste sowie die Liste des Vorjahres. Verfahren beziehen sich aber auf frühere Jahre

Morbiditätsvariable PCG: Beispiele bezüglich Auswirkung

Relevanz der PCG und der Medikamente können jährlich wechseln

- Massgebend sind die DDDs (Defined daily dosages) in mg / Erkrankten
- Berücksichtigung der PCG Gruppe wenn mehr als 30 Ärzte >1.8 DDD/Erkrankten abgeben
- Seit 2020: KRE/KRK Anzahl Packungen statt DDD
- Liste definiert die Medikamente auf Packungsebene (ca. 7‘000 Zeilen/Einträge)
- Liste (PCGs und relevante Medikamente) wechselt jährlich*):
  - 2017 24 PCG Gruppen, keine eigenständige Multiple Sklerose PCG
  - 2018/2019 34 PCG Gruppen
  - MS 2018/2019 11 Medikamente in beiden Jahren, Tecfidera nur in 2018, Mevenclad, Zinbryta nur in 2019

*) BAG publiziert nur die aktuelle Liste sowie die Liste des Vorjahres. Verfahren beziehen sich aber auf frühere Jahre

Morbiditätsvariable PCG: Beispiele bezüglich Auswirkung

Unveränderte Kosten und Behandlungsart: 2018 unauffällig, 2019 auffällig

1. Ist die PCG relevant?

PCG relevant 2018 mit Anzahl Untergruppen	ABH	ADH	AIK	ALZ	AST	BSR	CAR	COP	DEP	DM1	DM2	EPI	GLA	HCH	HIV	HYP	KHO	KRK	MCR	MSK	NIE	PAR	PSY	RHE	SMC	SMN	THY	TRA	ZFP	ZNS	# relev.
	Sucht d	ADHS	Autoim	Alzhein	Asthma	Bipolar	Herzer	COPD	Depres	Diabet	Diabeti	Epileps	Glauko	Hohes	HIV / A	Hyperti	Hormo	Krebs k	Morbus	Multipl	Nieren	Morbus	Psycho	Rheum	Chronis	Neurog	Schilddr	Transp	Zystisc	Krankh	PCG
1. Anästhesiologie									2							2									4						3
2. Chirurgie									2					2		4									4						4
3. Dermatologie und Venerologie			4																												1
4. Gynäkologie und Geburtshilfe									4							4	4								10		4				5
6. Endokrinologie und Diabetologie					2		2		4	4	4			4		4									4		4				9
7. Pneumologie					4			4	4		2			4		4									4		2				8
8. Neurochirurgie																									4						1
9. Neurologie				2					4			4		2		4				4		4			4	4				4	10
10. Psychiatrie und Psychotherapie	4	4		2	4	4			10		2	4		4		4						2	10		4	4	4			4	16
11. Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie		4							4			2											4								4
13. Ophthalmologie													10																		1
14. Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates																2									10						2
15. Oto-Rhino-Laryngologie					4																				4						2
16. Kinder- und Jugendmedizin		4			4																				10						3
17. Radiologie																															0
19. Urologie																	4														1
20. Rheumatologie			4		4		2	2	4	2	4			4		4								4	4	4	4			4	14
21. Allgemeine Innere Medizin	4	4	4	10	10	4	10	10	10	10	10	10	10	10	4	10	4	4	10		4	10	10	4	10	10	10		10	10	28
22. Angiologie																															0
35. Kardiologie					4		4	2	4		4			4		4									4		4				9
36. Hämatologie														2		2		2													3
45. Gastroenterologie			4											4		2			4												4
52. Physikalische Medizin und Rehabilitation									2					2		2									4						4
53. praktischer Arzt / Ärztin		4		4	10		4	4	10	4	10	4	4	10		10			4			4	4		10	4	10		4	10	20
54. Allergologie und klinische Immunologie					4				2					2		2									4						5
59. Kiefer- und Gesichtschirurgie																									2						1
63. Medizinische Onkologie					2				2		2			2		4	4	4			2				4		2				10
64. Nephrologie					2		2		2	2	2			2		4					2						2	2			10
67. Plastische, Rekonstruktive und Ästhetische Chirurgie																									4						1
75. Gruppenpraxen					10		4	4	4	4	4	4		4		4						4	4		10		4				13

Hypothetisches Beispiel zur Illustration:
Neurologe, nur Multiple Sklerose Patienten, Behandlung nur mit Tecfidera

MSK nur bei FA Neurologie relevant

Tecfidera 2018 ja, 2019 nein

2. Ist das Medikament relevant?

2018

Arzneimittel
Rebif 22 multidose, Inj Lös 66 mcg/1.5ml, Patronen 4 Stk
Rebif, Inj Lös 44 mcg/0.5 ml, Fertigspr 12 Stk
Rebif, Inj Lös 22 mcg/0.5 ml, Fertigspr 12 Stk
Rebif Startpackung, Inj Lös 6x8.8mcg, 6x22mcg, Fertigspr 12 Stk
Rebif 44 multidose, Inj Lös 132 mcg/1.5ml, Patronen 4 Stk
Rebif 22 RebiDose, Inj Lös 22 mcg/0.5 ml, Fertpen 12 Stk
Rebif 44 RebiDose, Inj Lös 44 mcg/0.5 ml, Fertpen 12 Stk
Rebif RebiDose Start, Inj Lös 6×8.8mcg, 6×22mcg, Fertpen 12 Stk
Avonex Pen, Inj Lös, 4 Fertigpen 0.500 ml
Avonex, Inj Lös mit Nadeln, 4 Fertspr 0.500 ml
Betaferon, Trockensub c Solv, Fertspr 15 Stk
Plegridy, Inj Lös 125 mcg/0.5 ml Fertpen, 2 Stk
Plegridy, Inj Lös 125 mcg/0.5 ml Fertspr, 2 Stk
Plegridy 63mcg/0.5ml+94mcg/0.5ml, Inj Lös Fertspr, 2 Stk
Plegridy 63mcg/0.5ml+94mcg/0.5ml, Inj Lös Fertpen, 2 Stk
Glatiramyl, Inj Lös 20 mg/ml, 28 Fertspr 1 ml
Copaxone, Inj Lös 20 mg/ml, 28 Fertspr 1 ml
Copaxone, Inj Lös 40 mg/ml, 12 Fertspr 1 ml
Tysabri, Inf Konz 300 mg/15ml, Fl 15 ml
Gilenya, Kaps 0.500 mg, 98 Stk
Gilenya, Kaps 0.500 mg, 28 Stk
Aubagio, Filmtabl 14 mg, 84 Stk
Aubagio, Filmtabl 14 mg, 28 Stk
Lemtrada, Inf Konz 12 mg, Durchstf 2 ml
Ocrevus, Inf Konz 300 mg/ 10ml, Durchstf 1 Stk
Tecfidera, Kaps 240 mg, 56 Stk
Tecfidera, Kaps 120 mg, 14 Stk

2019

Arzneimittel
AVONEX Trockensub c Solv (Set) Durchstf 4 Stk
REBIF Startpackung 6x8.8mcg, 6x22mcg Fertspr
REBIF Inj Lös 22 mcg/0.5 ml Fertspr 12 Stk
REBIF Inj Lös 44 mcg/0.5 ml Fertspr 12 Stk
AVONEX Inj Lös 4 Fertspr 0.5 ml
REBIF 22 multidose 66 mcg/1.5ml Patronen 4 Stk
REBIF 44 multidose 132 mcg/1.5ml Patronen 4 Stk
REBIF RebiDose Startpackung 6x8.8mcg + 6x22mcg
REBIF 22 RebiDose 22 mcg/0.5 ml Fertpen 12 Stk
REBIF 44 RebiDose 44 mcg/0.5 ml Fertpen 12 Stk
AVONEX Pen Inj Lös 4 Fertpen 0.5 ml
BETAFERON Trockensub c Solv Fertspr 15 Stk
PLEGRIDY 63mcg/0.5ml+94mcg/0.5ml Fertspr 2 Stk
PLEGRIDY Inj Lös 125 mcg/0.5 ml Fertspr 2 Stk
PLEGRIDY 63mcg/0.5ml+94mcg/0.5ml Fertpen 2 Stk
PLEGRIDY Inj Lös 125 mcg/0.5 ml Fertpen 2 Stk
COPAXONE Inj Lös 20 mg/ml Fertspr 28 x 1 ml
COPAXONE Inj Lös 40 mg/ml Fertspr 12 x 1 ml
GLATIRAMYL Inj Lös 20 mg/ml 28 Fertspr 1 ml
TYSABRI Inf Konz 300 mg/15ml Fl 15 ml
GILENYA Kaps 0.5 mg 28 Stk
GILENYA Kaps 0.5 mg 98 Stk
AUBAGIO Filmtabl 14 mg 28 Stk
AUBAGIO Filmtabl 14 mg 84 Stk
LEMTRADA Inf Konz 12 mg Durchstf
OCREVUS Inf Konz 300 mg/10ml Durchstf
MAVENCLAD Tabl 10 mg
MAVENCLAD Tabl 10 mg 4 Stk
MAVENCLAD Tabl 10 mg 6 Stk
ZINBRYTA Inj Lös 150 mg/ml Fertigspritze
ZINBRYTA Inj Lös 150 mg/ml Fertigpen

Tecfidera

Morbiditätsvariable PCG: Beispiele bezüglich Auswirkung

Typische Beispiele bezüglich Auswirkung auf den Regressionsindex

• Komplementär tätig, keine Medi	↑	keine Medikosten
• Komplementär tätig, keine relevanten Medi	↑↑	Kosten nicht relevanter Medi
• Arzt mit hohem Anteil relevanter Medi	↓↓	erwünschte Korrektur z.B. Onkologie, Rheumatologie, AIM mit multimorbiden Patienten
• Arzt mit hohem Anteil nicht relevanter Medi	↑↑	z.B. Schmerztherapie
• KOL mit hohem Anteil sehr teurer neuer Medi	↑↑	Medi sind noch nicht relevant
• Arzt keine/wenig Medikamente	↑	konsiliarisch tätiger Arzt, Spezialist Verordnung der Medi durch Hausarzt

Morbiditätsvariable PCG: Auswirkungen

Auswirkungen der PCG sind komplex

- Argumentation bedingt vertiefte Analyse
- Neu, relevant seit Statistikjahr 2017 → erst wenige Verfahren vor Schiedsgericht

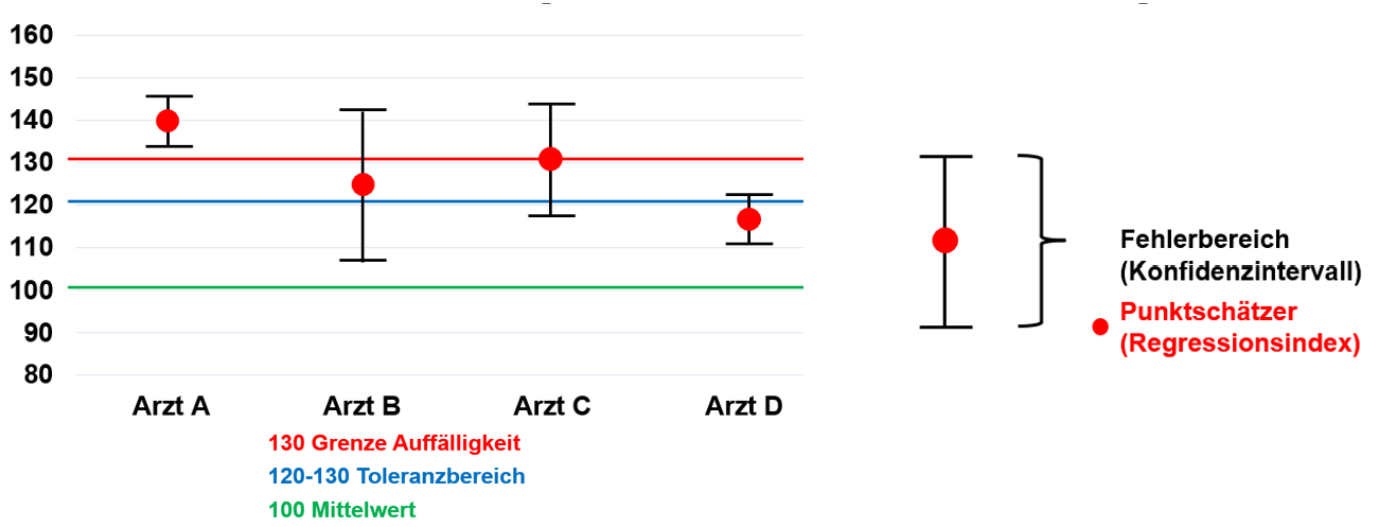
➔ Potentiell in den Eingaben zu wenig berücksichtigt

➔ Edition von zusätzlichen Unterlagen

Morbiditätsvariable PCG: Auswirkungen

Ist der Arzt überhaupt auffällig? Berücksichtigung des Konfidenzintervalls ('Fehlerbereichs')

- Der im Regressionsbericht massgebende Regressionsindex ist der Wert des Punktschätzers
- Je nach Situation kann die untere Grenze des Konfidenzintervalls ('Fehlerbereichs') unter den kritischen Wert für die Auffälligkeit 130(120) fallen
- Konfidenzintervall ist bei der Festlegung der Rückzahlung neben Praxisbesonderheiten und der spezifischen Situation ebenfalls zu berücksichtigen



Argumentation von santésuisse

Sich bewusst sein, dass es oft nur eine Behauptung der klagenden Parteien ist

- „die Methode berücksichtigt die Praxisbesonderheiten“ – falsch, es werden nur Effekte berücksichtigt, die durch die verwendeten Variablen beschrieben werden können
- Praxisbesonderheiten die sich nicht durch die Variablen beschreiben lassen, müssen vom Arzt eingebracht werden
- „die Wahrscheinlichkeit, dass ein Arzt oder eine Ärztin zu Unrecht statistisch auffällig ist, ist unter der neuen Regressionsmethode deutlich geringer als unter den bisher angewandten Methoden“ – ist schlicht falsch, es existieren keine vergleichenden Analysen, zudem müsste ein ‚Goldstandard‘ existieren, es gibt keinen Güteindex für die Methode
- Regressionsindex = Resultat der Screening Methode
  - ist kein Beweis, dass der Arzt unwirtschaftlich arbeitet

Argumentation von santésuisse

Sich bewusst sein, dass es oft nur eine Behauptung der klagenden Parteien ist

- „die Methode berücksichtigt die Praxisbesonderheiten“ – falsch, es werden nur Effekte berücksichtigt, die durch die verwendeten Variablen beschrieben werden können
- Praxisbesonderheiten die sich nicht durch die Variablen beschreiben lassen, müssen vom Arzt eingebracht werden
- „die Wahrscheinlichkeit, dass ein Arzt oder eine Ärztin zu Unrecht statistisch auffällig ist, ist unter der neuen Regressionsmethode deutlich geringer als unter den bisher angewandten Methoden“ – ist schlicht falsch, es existieren keine vergleichenden Analysen, zudem müsste ein ‚Goldstandard‘ existieren, es gibt keinen Güteindex für die Methode
- Regressionsindex = Resultat der Screening Methode
  - ist kein Beweis, dass der Arzt unwirtschaftlich arbeitet
- **Der absolute Glaube an den Indexwert erspart aufwändige Arbeit für die Analyse des Falls aber dient nicht der Sprechung von Recht sondern führt zu ungerechten Urteilen**

Diskussion

Zusammenfassung und Abschluss

Take-Home Messages

- Die Frage, ob eine Ärztin oder ein Arzt seine Leistungen unwirtschaftlich erbringt, kann ausschliesslich im Rahmen einer dem **Screening nachgelagerten Einzelfall-Analyse** beantwortet werden
- Die Variablen in der Screening-Methode haben unterschiedlichen Einfluss
- Vorbereitet sein:
    1. Grundlagen beschaffen
    2. Daten analysieren
    3. Plausibilisierung der Werte
    4. Indizes beurteilen
- Die Methode muss auch künftig weiterentwickelt und weiter verfeinert werden

Wir sind für Sie da!

- Wir möchten den Austausch unter den Beteiligten der ärztlichen Interessenvertreter im Bereich der Wirtschaftlichkeitsprüfung auch künftig fördern
- Melden Sie uns interessante und besondere Fälle, Auffälligkeiten und Verhalten seitens tarifsuisse AG
- Melden Sie uns weiter wichtige Erkenntnisse, Erfahrungen und mögliche Ansatzpunkte
- Sie können gerne mit konkreten Vorschlägen, Fragen und Anliegen auf uns zukommen

tarife.ambulant@fmh.ch

Vielen Dank für Ihre Aufmerksamkeit

FMH · Verbindung der Schweizer Ärztinnen und Ärzte · Fédération des médecins suisses
Ambulante Versorgung und Tarife · Baslerstrasse 47 · CH-4600 Olten · Telefon +41 31 359 12 30
tarife.ambulant@fmh.ch · www.fmh.ch