

Die neue statistische WZW-Screening-Methode der Krankenversicherer – kurz erklärt.

1. Ausgangslage

Die Krankenversicherer sind nach Art. 56 des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung (KVG) verpflichtet, zu überprüfen, ob die Betreuung der Patienten durch die medizinischen Leistungserbringer dem im KVG geforderten Gebot der Wirksamkeit, Zweckmässigkeit und Wirtschaftlichkeit (WZW-Kriterien gemäss Art. 32 KVG) folgt. Der erste Schritt der Wirtschaftlichkeitsüberprüfung besteht aus einem statistischen Screening-Verfahren. Dieses hat zum Ziel, mittels statistischer Methoden Leistungserbringer zu identifizieren, deren Kosten im Vergleich zu einem Vergleichskollektiv höher ausfallen.

Seit 2004 kommt für dieses statistische Screening-Verfahren die sogenannte ANOVA-Methode (analysis of variance) zum Einsatz. Die **Kritik der Ärzteschaft** an der bisherigen statistischen Screening-Methode wurde bei der Überprüfung durch die Firma Polynomics AG bestätigt: Sie führte zu einem hohen Anteil an falsch positiv eingestuften Leistungserbringern, d.h. «auffälligen» Ärzten, bei denen die höheren Kosten aber medizinisch begründbar waren. Die FMH, die santésuisse und Curafutura beauftragten deshalb die Polynomics AG, eine neue, verbesserte statistische Screening-Methode zur Identifikation von «auffälligen» Leistungserbringern zu entwickeln.

Dabei ist wichtig zu vermerken, dass nur die statistische Screening-Methode selbst überarbeitet wurde. Die nachgelagerten administrativen Prozesse der Wirtschaftlichkeitsüberprüfung durchgeführt von santésuisse waren nicht Gegenstand der Überarbeitung: die **nachgelagerte Einzelfall-Analyse** der erbrachten Leistungen der «auffälligen» Leistungserbringer wird wie bisher im Anschluss an das statistische Screening-Verfahren durchgeführt.

2. Grundsätzliche Anmerkungen zum statistischen Screening-Verfahren im Rahmen der Wirtschaftlichkeitsprüfung

Die statistische **Screening-Methode erbringt keinen abschliessenden Nachweis**, dass eine Ärztin oder ein Arzt unwirtschaftlich handelt. Ein statistisches Screening-Verfahren hat die Aufgabe, Elemente zu identifizieren, die bestimmte Eigenschaften aufweisen. Analog zu einer Vorsorgeuntersuchung kann das statistische Screening-Verfahren lediglich Personen identifizieren, bei denen die untersuchten Daten «auffällige» Werte aufweisen. In einem medizinischen Screening muss bei auffälligen Werten durch nachfolgende diagnostische Untersuchungen das Vorliegen der Krankheit bestätigt werden. Analog dazu ist ein positives Screening-Resultat («Praxis ist auffällig») noch kein „Beweis“

für eine unwirtschaftliche Leistungserbringung durch den Arzt. Erst im Rahmen einer nachgelagerten Einzelfall-Analyse kann nach Erklärungen für die vergleichsweise hohen Kosten einer „auffälligen“ Praxis gesucht werden.

3. Eckwerte der neuen statistischen Screening-Methode

Die weiterentwickelte statistische Screening-Methode berücksichtigt zusätzlich Variablen zur Morbidität des Patientenguts einer Praxis. Dadurch soll eine verbesserte Screening-Genauigkeit erreicht werden. In einer von Polynomics AG durchgeführten Studie wurde gezeigt, dass dadurch Leistungserbringer mit überdurchschnittlichen Kosten nicht automatisch als „auffällig“ eingestuft werden (im Gegensatz zur bisherigen Methode), sondern nur dann, wenn diese überdurchschnittlichen Kosten nicht durch die Patienten-Morbidität der Praxis erklärt werden können. Der erweiterte Variablensatz bei der Berechnung der «Auffälligkeit» stellt einen wichtigen Fortschritt dar. Aber auch mit der verbesserten Datengrundlage lassen sich die spezifischen Kosten einer Praxis nicht vollständig herleiten. Es wird somit auch in Zukunft notwendig sein, für auffällige Praxen das Leistungsspektrum und die kostenrelevanten Praxisbesonderheiten zu berücksichtigen.

3.1. Unterschiede zur bisherigen statistischen Screening-Methode: Was ist neu?

Die bei der weiterentwickelten statistischen Screening-Methode verwendeten Morbiditäts-Variablen sind:

Alters- und Geschlechtsgruppe der Patienten (wie bisher): 5-Jahresgruppen, m/w

Wahlfranchisen*

Spitaleinweisung im Vorjahr*

Pharmazeutische Kostengruppen (PCG)* Die Verwendung dieses Indikators ermöglicht es, Patienten, die hohe Kosten verursachen, aufgrund ihres Arzneimittelbedarfs zu ermitteln.

(* pro Alters- und Geschlechtsgruppe (AGG) und Praxis)

3.2. Berechnungsmethodik

Die statistischen Berechnungen werden pro medizinische Fachspezialität (Facharztstitel) separat durchgeführt. Zur Anwendung kommt ein zweistufiges Verfahren: Die Berechnung des sogenannten Praxiseffekts erfolgt mittels eines «Fixed-effect-Modells» (Regressions-Modell) zur Berücksichtigung der Praxisbesonderheiten. Anschliessend erfolgt die Berechnung des Einflusses des Praxisstandorts (Korrektur des Praxiseffekts um kantonale Faktoren). Für jede Praxis werden die erwarteten Kosten berechnet, basierend auf dem parametrisierten Modell der zugehörigen Fachspezialität.

In einem nächsten Schritt dient der Praxiseffekt der Praxis als Basis für die Berechnung des Indexwertes. Dieser Praxis-Index entsteht, wenn die Praxis mit den Durchschnittskosten einer Praxis der jeweiligen Fachspezialität verglichen wird. Vor dem Vergleich wird ein Unsicherheitsfaktor¹ vom Praxiseffekt abgezogen, um das Risiko zu senken, dass eine Praxis fälschlicherweise als „auffällig“ identifiziert wird.

¹ Der Unsicherheitsfaktor soll die statistische Unsicherheit bei der Berechnung des Praxiseffekts quantifizieren

Der Grenzwert für «Auffälligkeit» ist dabei unverändert: 30% höhere Kosten als der Durchschnitt des Vergleichskollektivs als Kriterium für „Auffälligkeit“ (= Indexwert 130).

4. Auswirkungen der verbesserten Screening-Methode

Aus Sicht der FMH wurde eine Reihe von Fortschritten erzielt:

Die neue statistische Screening-Methode ist **wissenschaftlich fundiert hergeleitet** und transparent.

Die Forderung der FMH nach einer **Reduktion der falsch positiven Leistungserbringer** wurde erfüllt. Mit der neuen statistischen Screening-Methode verringert sich der Anteil falsch positiver Leistungserbringer deutlich: Gemäss der Studie von Polynomics AG ist eine Reduktion um 50% gegenüber der alten ANOVA-Methode zu erwarten.

Die **Morbidität des Patientenguts** auf Praxisebene wurde in die Berechnung integriert. Die verwendeten Morbiditäts-Variablen erfüllen im Rahmen des heute Machbaren die Forderungen der FMH.

Die neue statistische Screening-Methode ist flexibler für die zukünftige Integration zusätzlicher Variablen zur Beschreibung von Praxisbesonderheiten, sie ist somit **einfacher weiterentwickelbar**.

Die neue statistische Screening-Methode stellt **eine deutliche Verbesserung** dar. Trotzdem bestehen noch Möglichkeiten zur **Weiterentwicklung**:

Auch mit der neuen statistischen Screening-Methode **kann unwirtschaftliches Verhalten nicht abschliessend identifiziert werden**, weil das klinische Resultat der ärztlichen Leistung nicht berücksichtigt wird. Die verwendete Methodik erlaubt nur die Identifikation von Leistungserbringern, die gegenüber einem Vergleichskollektiv statistisch auffällige Kosten im Sinne der verwendeten Variablen aufweisen.

Die Datengrundlage ist durch die Integration von Morbiditäts-Variablen verbessert worden, kann aber durch die Berücksichtigung **zusätzlicher Variablen**, die heute noch nicht vorliegen, weiter optimiert werden (z.B. Diagnosedaten).

Die Integration von Fachgesellschaft-spezifischen Variablen würde es erlauben, homogenere und damit **genauere Vergleichsgruppen** zu definieren, z.B. indem nur Ärzte einer Fachgesellschaft, die bestimmte Behandlungen vornehmen, miteinander verglichen würden (z.B. invasive Eingriffe).

5. Interpretation der Resultate des Screening-Verfahrens

Die Ergebnisse des statistischen Screening-Verfahrens sind nur dann korrekt interpretierbar, wenn auch die Schwächen des Verfahrens aus methodischer Sicht bekannt sind. In diesem Zusammenhang müssen folgende Einschränkungen berücksichtigt werden:

(ähnlich einer Standardabweichung).

- a. Es existiert für „unwirtschaftliches Verhalten“ in der Medizin **kein Referenzstandard**, d.h. eine anerkannte und allgemeingültige Definition der (Un-)Wirtschaftlichkeit. Wirtschaftlichkeit wird oft definiert als das Verhältnis zwischen dem erreichten Resultat und dem dafür eingesetzten Aufwand. Es müsste also im Sinne einer „Kosten-Nutzen-Analyse“ das klinische Resultat mit den Kosten der Behandlung korreliert werden. Ein Grund für das Fehlen eines solchen Referenzstandards ist die hohe Komplexität dieser Fragestellung: Neben der hohen Zahl von Einflussgrössen (z.B. die Patienten-Morbidität) ist auch unklar, wie von der Einzelmessung (klinischer Behandlungserfolg, und/oder Patientenzufriedenheit) auf eine Beurteilungsgrösse der gesamten Praxis hochgerechnet werden kann. Wenn somit nicht objektiv definiert werden kann, wo die Grenze der „unwirtschaftlichen Behandlungen“ liegt, kann auch nicht beurteilt werden, welche Praxen im Rahmen des Screening-Verfahren korrekt als «auffällig» identifiziert werden. Die verwendete Methodik geht vielmehr davon aus, dass die durchschnittlichen Behandlungskosten in einer Facharzttrichtung mit „wirtschaftlicher Behandlung“ gleichgesetzt sind.
- b. Ein zentraler Aspekt für die Beurteilung der Ergebnisse eines statistischen Screening-Verfahrens sind die Begriffe **Sensitivität** («alle Kranken werden korrekt erkannt») und **Spezifität** («alle Gesunden werden korrekt erkannt»). Aufgrund des Fehlens eines Referenzstandards ist es nicht möglich, die Sensitivität und Spezifität des verwendeten WZW-Verfahrens zu ermitteln.

6. Zusammenfassung

Das bisher verwendeten statistischen Screening-Verfahren der Versicherer, um bezüglich Kosten „auffällige“ Ärzte zu ermitteln, führten häufig zu falsch positiven Resultaten. Die FMH, die santésuisse und Curafutura beauftragten deshalb die Firma Polynomics AG, eine neue, verbesserte statistische Screening-Methode zu entwickeln.

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

Das zukünftige Entwicklungspotential der statistischen Screening-Methode besteht in der Integration weiterer Variablen zur Quantifizierung der Patienten-Morbidität (z.B. Diagnosedaten), und der Verfeinerung der Homogenität der Vergleichsgruppen durch Fachgesellschafts-spezifische Merkmale.

Es existiert für „(un)wirtschaftliches Verhalten“ in der Medizin kein Referenzstandard, d.h. es kann nicht objektiv beurteilt werden, welche Praxen im Rahmen des statistischen Screening-Verfahren korrekt als „auffällig“ identifiziert werden. In den aktuellen Methoden zur Wirtschaftlichkeitsprüfung werden die durchschnittlichen Behandlungskosten in einer Facharzttrichtung mit „wirtschaftlicher Behandlung“ gleichgesetzt.

Autoren

Dr. Philip Moline, General Manager, NewIndex AG

Thomas Kessler, Experte, FMH, Abteilung Ambulante Versorgung und Tarife