Verein Ethik und
Medizin Schweiz
Ziegelfeldstrasse 1
CH-4600 Olten

Tel: 062 212 44 10
Fax: 062 212 44 30

www.vems.ch

WZW-Verfahren

Abschlussbeurteilung santésuisse Screening Methode (Level I)

Vorschläge für eine Neugestaltung Level I

Dr. med. Michel Romanens, VEMS, 14.05.2014

Nutzungsrecht: nur mit Quellenangabe
www.physicianprofiling.ch/vemswzw2014

WZW-Verfahren: Beurteilung, Neugestaltung

Definition Überarztung

Überarztung findet statt, wenn ohne zweckmässige Indikation eine medizinische Handlung (Abklärung, Therapie) angeordnet wird.

Definition Testkriterien

Vierfeldertafel und daraus abgeleitete Test-Accuracy für die Erfassung von Überarztung.

Vortest-Wahrscheinlichkeit

Die Prävalenz von Überarztung wird auf 2-5% geschätzt. Ein Screening-Test muss im Ergebnis zur erwarteten Prävalenz gelangen.

WZW-Verfahren: Beurteilung, Neugestaltung

Wo findet Überarztung statt?

Teure Patienten sind polymorbid oder sonst schwer krank. Man geht davon aus, dass 6% dieser Patienten 35% der Kosten verursachen. Keiner dieser Patienten steht a priori für Überarztung.

Billige Patienten, mehrheitlich weitgehend gesunde, eignen sich für Überarztung insofern, als die Kosten für die Überarztung nicht gross ins Gewicht fallen.

⇨Unnötige Abklärungen (CT, MRI, Nuklearmedizin) erscheinen in den Jahreskosten nicht als grosse Kostentreiber, sie können wegen der Mengenausweitung (Vorlaufzeit-Bias) die Zahl der Patienten erhöhen, die Gesamtkosten im Gesundheitswesen erhöhen und die Durchschnittskosten im ambulanten Bereich pro Patient und Arzt sogar senken.

⇨Unnötige Operatioen führen zu einer Mengenausweitung, ohne dass die Durchschnittskosten ansteigen (DRG-Pauschale). Der Kostenbenchmark bleibt im grünen Bereich, da eher Gesunde mit konsekutiv seltenerem Auftreten von Komplikationen und damit besserer Ausnutzung der Fallpauschale behandelt werden.

WZW-Verfahren: Beurteilung, Neugestaltung

Modelle der Kostenerfassung

Die Gesundheitsökonomie verwendet Regressionsmodelle zur Vorhersage erwarteter Kosten anhand demographischer, sozioloogischer, pharmazeutischer und krankheitsbedingender Variablen.

Diese Modelle haben eine Vorhersagekraft von höchstens 50%, die anderen 50% der Kosten sind nicht vorhersagbar.

Wegen der Pareto-Verteilung der Kosten (heavy-tail distribution) können aus mathematischer Sicht auch mit log-Transformationen keine Regressionen oder ANOVA gerechnet werden.

Alternativen sind

- ⇨ Entfernung der Patienten, welche die Paretoverteilung verursachen
- ⇨ Erarbeitung von Pauschalmodellen für bestimmte Abklärungen und Behandlungen.

WZW-Verfahren: Beurteilung, Neugestaltung

Verteilung der Kostenverursachung

Aerzte mit vielfältiger Tätigkeit (z.B. Allgemeinmediziner, Internisten) haben eine hohe vertikale und horizontale Verteilung der Kosten
(Kostenwolke: vertikal die Kosten, horizontal die Zeit oder das Alter der Patienten).

⇨ Regressionen mit erklärenden Variablen sind im Grundsatz möglich.

Mit zunehmender Spezialisierung wird die Tätigkeit auf wenige Tätigkeiten eingeschränkt (Spezialisten), die Kosten verteilen sich nun über die Zeit und das Alter der Patienten horizontal.

⇨ Regressionen mit erklärenden Variablen sind nicht möglich.

Fazit: je nach Tätigkeit sind Regressionsmodelle keine Lösung. Horizontale Kosten-Erzeuger müssen mit anderen Methoden geprüft werden (z.B. Pauschalvergütungs-Modelle für bestimmte Abklärungen oder bestimmte Krankheitsbehandlungen in einem bestimmten Stadium wie beispielsweise neue Krebsdiagnose).

WZW-Verfahren: Beurteilung, Neugestaltung

Kritik an der Durchschnittskosten-Methode

Die RSS Statistik geht von der Prämisse aus, dass bei teuren Patienten Überarztung stattfindet. Teure Patienten heben rasch die RSS Statistik eines Arztes in die Höhe.

Da Überarztung aber nicht bei den teuren Patienten stattfindet, misst die RSS Statistik am falschen Ort.

Folgen der Durchschnittskosten-Methode

Es erfolgt eine Rationierung der Arztleistung bei den teuren Patienten. Gleichzeitig senkt Überarztung bei Gesunden die Durchschnittskosten und gestattet erst noch eine Mengenausweitung. Die RSS Statistik erhöht damit die Gesundheitskosten und bestraft funktionale Aerzte. Damit tut die RSS Statistik das Gegenteil vom dem, was sie eigentlich tun sollte.

WZW-Verfahren: Beurteilung, Neugestaltung

Die Funktion des ANOVA Indexes

Die RSS Statistik wird durch Variablen korrigiert (Alter, Geschlecht, Wohnkanton) und behauptet einen Erklärungsgehalt von 60%-90%. Dieser Claim allein beweist, dass die Methode nicht stimmen kann. Es gibt in der Literatur solche Erklärungskraft nicht.

Diese Variablen haben in der horizontalen Kostenverteilung einen gesamten Erklärungsgehalt von ca 5%, in der Kostenwolke von ca 10%.

Damit korrigiert der ANOVA Index entweder gar nicht oder ungenügend lediglich die Kosten der besonders teuren Patienten, wo Überarztung eben nicht stattfindet.

Wirkung des ANOVA Indexes

Im Ergebnis kann der ANOVA Index noch weniger als die RSS Statistik die Kosten erklären. Dies hängt auch mit den verschiedenen Biases zusammen, wie etwa „aggregation bias“, welcher die Erklärungskraft des Modells artifiziell aufbläht.

WZW-Verfahren: Beurteilung, Neugestaltung

Eckwerte Neugestaltung Level I

Entfernung teurer Patienten aus der Statistik. Grossrisiko-Pool für hohe Kosten.

Fachspezifische Beobachtung der übrig bleibenden Kostenverteilung (Wolke? Horizontal?).

Bei Wolkenverteilung Regressionsmodell validieren. Bei Horizontalverteilung Kostenmodelle entwickeln (Fachgesellschaften).

Zufällige Kontrollen betreffend erwartete Kosten. Nicht alle Aerzte prüfen. Stichproben genügen.

Als flankierende Massnahme zufällige Audits zur Überprüfung der Zweckmässigkeit von Indikationsentscheiden gemäss Vorschlägen der Fachgesellschaften.

WZW-Verfahren: Beurteilung, Neugestaltung

Konsequenzen für die Aerzteschaft

Die RSS Statistik ist als dysfunktional betreffend dem Auftrag (Erfassung von Überarztung) zu erkennen und entsprechend zu verlassen.

Externe Beratung (Modul II der Beratung durch das Gesundheitsforum Leipzig, andere) in der Form eines Gutachtens bis Ende 2014.

Diskussion FMH intern über das weitere Vorgehen. Übernahme des Leads in der Methoden-Definition. Ausarbeitung sachlich korrekter Screening-Methoden für Überarztung, „dort, wo sie stattfindet“ unter Einbezug der Fachgesellschaften. Bildung einer Arbeitgruppe Level I.

Vernehmlassung der neuen Methoden in der Aerzteschaft. Definitive Verabschiedung der Modelle bis Mitte 2015..

Diskussion der Modelle mit den Krankenkassen ab Mitte 2015.

WZW-Verfahren: Beurteilung, Neugestaltung

Erwarteter Benefit für die Aerzte

Die Prüfung der Wirtschaftlichkeit wird sachgerecht durchgeführt.

Die Aerzte übernehmen hierfür die Verantwortung.

Fachspezifische Audits erhöhen das Vertrauen in die Aerzteschaft, welche in letzter Zeit zunehmend und sicher teils berechtigterweise und auch in völlig unnötiger Weise leidet.

Das Ausmass von Überarztung wird thematisch versachlicht, quantifiziert und effizient präventiv und kurativ (Revalidierung dysfunktionaler Aerzte) berufsintern geregelt. Die Partnerschaft zu den Kassen bleibt gewahrt.

Link zu den Gutachten

www.physicianprofiling.ch/WZWStatistik2014.pdf
www.physicianprofiling.ch/wzwwarmuth2014.pdf