



# VEMS-Report zum Risikostrukturausgleich



**Autoren:**

Dr. med. Michel Romanens (verantwortlich, mit Unterschrift)

Dr. Walter Warmuth

Flavian Kurth, Sekretär VEMS / Stiftung FAIRFOND

A handwritten signature in black ink, appearing to read 'Romanens'.

Dr. med. Michel Romanens

**Der neueste Text ist jeweils hier publiziert:**

<https://docfind.ch/RSAReport2024.pdf>

**Version auf Französisch wird separat publiziert unter**

<https://docfind.ch/RSAReport2024fr.pdf>.

**Bei Unklarheiten gilt die deutsche Version.**

**Copyright:**

Der gesamte Text darf nur unter Verwendung der Quellenangabe zitiert werden.

Foto: Lightspruch photography / photocase.de

**Vorschlag für das Quellenzitat deutsche Version:**

VEMS-Report zum Risikostrukturausgleich. Romanens, M, Warmuth W, Kurth F.

<https://docfind.ch/RSAReport2024.pdf>

**Korrespondenz Adresse:**

Dr. med. Michel Romanens

Spitalstrasse 9

4600 Olten

michel.romanens@hin.ch

**Webseiten:**

<https://physicianprofiling.ch>

<https://igprof.ch>

<https://wirtschaftlichkeitspruefung.ch>

<https://vems.ch>

Olten, Version vom 01.05.2024 / mr / 10

Es ist an der Zeit, die statischen Spielzeuge der Krankenversicherer, hochtrabend Risikostrukturausgleich genannt, wegzuwerfen.

Die FMH und die Fachgesellschaften haben diese Entwicklung zum eigenen Schaden toleriert, wenn nicht gar mitgetragen (FMH).

Die Arbeit mit Vergleichsgruppen auf Facharzzebene war wegen der Inhomogenität der ärztlichen Tätigkeit und der Behandlung unterschiedlicher Schweregrade der Morbidität schon immer medizinisch unsinnig. Das nun vorliegende neue Bundesgerichtsurteil BGE 9C-135/2022 bietet eine willkommene Gelegenheit, diesen Reset vorzunehmen. Denn das von santésuisse lange Zeit als solches verkaufte Beweismittel Regressionsindex war es nie und ist es nicht mehr.

Der Risikostrukturausgleich funktioniert weder bei der Wirtschaftlichkeitsprüfung noch bei der Reduktion der Kassenwechsel. Die Wissenschaft ist nun gefordert, interessenunabhängige Methoden zu entwickeln.

# Inhalt

Zusammenfassung

Hintergrund

Teil 1: Risikostrukturausgleich im Gesundheitswesen der Schweiz, Berechnungen, theoretischer Hintergrund, wissenschaftliche Analyse Datenpool FAG53 2019

1.1. Wie wird der Risikostrukturausgleich berechnet?

1.2. Risikoausgleich im Regressions-Index

1.2.1. Theoretische Überlegungen

1.2.2. Praktische Berechnungen zum Risikoausgleich im Regressions-Index

1.2.3. Diskussion zu theoretischen und praktischen Aspekten der PCG

1.2.4. Simulation der PCG Effekte im Modell

1.2.5. Homogenität der Vergleichsgruppe

Teil 2: Ist der PCG basierte Risikostrukturausgleich besser als die gesamten Medikamentenkosten?

2.1. Hintergrund Informationen zum Risikostrukturausgleich

2.2. Risikostrukturausgleich und Kassenwechsel 2018-2023

Der Text enthält zudem 5 Tabellen und 5 Abbildungen

## Zusammenfassung

Der im Auftrag der Stiftung für Fairness im Gesundheitswesen erstellte Report über den Gebrauch lässt sich wie folgt zusammenfassen:

Die Variablen zur Berechnung von Zu- und Abschlägen im Risikostrukturausgleich basieren auf Risikokategorien, welche erwartete Kosten modellieren sollen. Dazu gehören aggregierte geschlechts-spezifische Altersgruppen, Hospitalisationen im Vorjahr und pharmazeutische Kostengruppen.

Verwendet wird diese Art des Risikostrukturausgleichs a) bei den Krankenversicherern, um die Folgen hoher Kosten abzumildern und damit einen Prämienausgleich zu schaffen, um die Zahl an teuren Kassenwechseln zu reduzieren und b) als Teil der Wirtschaftlichkeitsprüfung in Arztpraxen, implementiert im sogenannten Regressionsindex.

Der Risikostrukturausgleich ist assoziiert mit einer Explosion der Kassenwechsel; und kostet die Prämienzahler aktuell eine halbe Milliarde Franken pro Jahr; die Wirkung des Risikostrukturausgleichs bei der Wirtschaftlichkeitsprüfung ist dermassen unsicher, dass das Bundesgericht in einem wegweisenden Urteil (BGE 9C-135/2022) die Beweiskraft des Regressionsindex vollkommen verneint hat.

Ein Vergleich des Erklärungsgehalts für erwartete und beobachtete medizinische Versorgungskosten im Bereich Medikamente zeigt, dass die PCG kaum mehr als rund 10% Erklärungsgehalt aufweisen, während Hinweise bestehen, dass die Summe der verordneten Medikamente rund 70% Erklärungsgehalt aufweisen.

Es ist deshalb zu überlegen, den Risikostrukturausgleich wie in den Jahren 2017-2019 auf die Gesamtheit der Medikamente zu beschränken und die teuren, teils nicht nachvollziehbaren und fehleranfälligen PCG ganz wegzulassen. Noch kosteneffektiver wären kantonale Einheitskassen, welche den zunehmend häufigen Kassenwechsel und den assoziierten 500 Mio. Franken an Unkosten obsolet machen würde.

Bei den Wirtschaftlichkeitsprüfungen wurde vom VEMS bereits 2019 in der Schweizerischen Aerztezeitung der sogenannte Morbiditäts-basierte Index beschrieben<sup>1</sup>. Die Verwendung von PCG für Wirtschaftlichkeitsprüfungen muss als Fehlentwicklung beurteilt werden. Dies wurde in einem wegweisenden Entscheid des Bundesgerichts ebenfalls zweifelsfrei erkannt und jeglicher Beweisgehalt des Regressionsindex in Wirtschaftlichkeitsprüfungen abgesprochen.

Trotz vielversprechender Ansätze im Rahmen der PCG-Methode zeigt sich in der empirischen Prüfung, dass die Wirkung von PCG basierten Risikostrukturausgleich für Krankenversicherer und Arztpraxis teils nicht erwartete, nicht erkennbare oder fehlerhafte Effekte haben, mit unabsehbaren Folgen für die Versorgungssicherheit und Rechtsgleichheit im Schweizerischen Gesundheitswesen.

---

<sup>1</sup> <https://saez.swisshealthweb.ch/de/article/doi/saez.2019.18077/>

**Fazit** →

Der PCG-basierte Risikostrukturausgleich hat versagt. Bei den Krankenversicherern bietet sich die kantonale Einheitskasse an, bei den Wirtschaftlichkeitsprüfungen ist ein vollständiger Reset der Methode unausweichlich.

## Hintergrund

Seit ca 2008 bestehen Anstrengungen, die Jagd der Krankenversicherer nach Versicherten mit niedrigen Jahreskosten zu reduzieren. Um einen Ausgleich für hohe Kostenrisiken zu schaffen, wurde der sogenannte Risikostrukturausgleich (RSA) erfunden. Anhand bestimmter Versichertenmerkmale wie Alter, Geschlecht, Hospitalisation im Vorjahr und pharmazeutischen Kostengruppen (PCG) können erwartete Kosten modelliert und damit eine Risikoselektion durchgeführt werden.

Werden nun Versicherte mit hohen Kosten identifiziert, besteht dank dem Risikostrukturausgleich die Möglichkeit, dass die Krankenversicherer für hochpreisige Versicherte Zuschläge erhalten.

Da jeder Kassenwechsel mit hohen Kosten verbunden ist<sup>2</sup>, welche die Krankenversicherer bezahlen müssen<sup>3</sup>, soll der Risikostrukturausgleich eine Wirkung erzielen, indem die Häufigkeit der Kassenwechsel abnimmt. Die mit dem Kassenwechsel verbundenen Kosten betragen für die Krankenversicherer rund 300-500 Franken, wobei noch zu eruieren wäre, ob zusätzliche Kosten durch Kickback-Zahlungen an Versicherungsbroker anfallen.

Die Jagd nach günstigen Risiken in der Krankenversicherung kann also teuer sein und hohe Beträge, welche der ordentlichen Krankenpflege OKP zur Verfügung stehen müssten, abgezweigt werden, mit entsprechendem Ansteigen der Versicherungsprämien. Der Bundesrat hat dieses Problem erkannt und mit der Verordnung zum Risikoausgleich (VORA) eine Grundlage geschaffen, um die hohen Kosten, welche mit dem Kassenwechsel verbunden sind, zu unterbinden<sup>4</sup>.

Paradoxerweise haben jedoch trotz der Verordnung zum Risikostrukturausgleich die Kassenwechsel entgegen den Erwartungen von 5.4% im Jahr 2018 auf 12.8% im Jahr 2023 zugenommen, womit die Kosten für den Kassenwechsel (ca 500 Fr. pro Kassenwechsel<sup>5</sup>) von 224 Millionen auf 550 Millionen Franken angewachsen sind (Details weiter unten).

Die behauptete Wirkung des Risikostrukturausgleichs auf die Abnahme der Zahl an Kassenwechsel ist also nicht eingetreten, ganz im Gegenteil. Daraus ergibt sich die Frage, ob andere Faktoren die Wirkung des Risikostrukturausgleichs quasi überrollt haben (Anstieg der Prämienlast von Haushalten) oder ob der Risikostrukturausgleich einfach nur eine teure Massnahme ohne Effekt oder gar gegenteiligen Effekt auf die Zahl der Kassenwechsel ist<sup>6</sup>.

---

<sup>2</sup> Man spricht von einer Milliarde Franken pro Jahr: <https://www.20min.ch/story/krankenkassen-wechsel-kosten-eine-milliarde-718276719349>

<sup>3</sup> Inwiefern diese Kosten über die Grundversicherung OKP abgerechnet werden, ist dem VEMS bisher verborgen geblieben.

<sup>4</sup> <https://www.bag.admin.ch/bag/de/home/versicherungen/krankenversicherung/krankenversicherung-versicherer-aufsicht/risikoausgleich.html>

<sup>5</sup> <https://www.20min.ch/story/krankenkassen-wechsel-kosten-eine-milliarde-718276719349>

<sup>6</sup> Der Bund ist natürlich dieser Frage auch nachgegangen und hat dazu einen Bericht produzieren lassen (<https://www.bag.admin.ch/dam/bag/de/dokumente/e-f/evalber-kuv/2024-wirkungsanalyse-risikoausgleich-pcg-schlussbericht.pdf.download.pdf/2024-schlussbericht-wirkungsanalyse-risikoausgleich-pcg-d.pdf>). Gemäss diesem Bericht können bestimmte Variablen, welche in der Formel für die Berechnung des Risikostrukturausgleichs gewählt wurden, eine Risikoselektion fördern: «Im Vergleich zum Risikoausgleich ohne PCG gestaltet sich die Ansteuerung von attraktiven bzw. unattraktiven Risiken mit dem aktuellen Risikoausgleich

## Merke →

Das Gegenteil der behaupteten Wirkung des Risikostrukturausgleichs auf die Abnahme der Zahl an Kassenwechsel ist effektiv eingetreten.

---

schwieriger. Die PCG können jedoch neue Möglichkeiten zur Risikoselektion eröffnen: 1) Wenn die Zuschläge zu hoch sind, 2) die Kosten innerhalb einer PCG stark variieren oder, 3) die PCG eine hohe Prävalenz aufweisen. Die Wirkungsanalyse empfiehlt unter anderem eine Verfeinerung der PCG zur besseren Identifikation von Versicherten mit hohen und tiefen Kosten innerhalb einer PCG, eine Verbesserung des Indikators zum stationären Aufenthalt, einen regelmässigen Austausch zwischen den Stakeholdern und ein fortlaufendes Monitoring der Unsicherheit im Risikoausgleich. »



## **TEIL 1**

# **Risikostrukturausgleich im Gesundheitswesen der Schweiz, Berechnungen, theoretischer Hintergrund, wissenschaftliche Analyse Datenpool FAG53 2019**

## 1.1. Wie wird der Risikostrukturausgleich berechnet?

Es geht beim Risikostrukturausgleich darum, herauszufinden, welche Versicherungsnehmerinnen und Versicherungsnehmer hohe medizinische Kosten verursachen. Diese belasten die Krankenversicherer übermässig und stellen damit ein Geschäftsrisiko dar.

Der Risikostrukturausgleich wird seit 2012 durchgeführt. Bis 2016 wurden die Variablen Alter, Geschlecht und Spitalaufenthalt im Vorjahr verwendet. Von 2017-2019 wurden Medikamentenkosten > 5'000 Fr. pro Jahr ebenfalls einbezogen. Ab 2020 wurden die Medikamentenkosten durch pharmazeutische Kostengruppen ersetzt. Pro Kanton werden damit 60 Risikogruppen erstellt, für die Schweiz gibt es 1'560 Risikogruppen.

Die PCG umfassten 24 Gruppen: Asthma Hormonsensitive Tumore COPD / schweres Asthma Krebs Zystische Fibrose / Pankreasenzyme Nierenerkrankungen Hoher Cholesterinspiegel Erkrankung Gehirn / Rückenmark Morbus Crohn und Colitis ulcerosa Neuropathischer Schmerz Depression Parkinson Diabetes Typ I Psychose, Alzheimer und Sucht Diabetes Typ II ohne Bluthochdruck Rheuma Epilepsie Erkrankung der Schilddrüse Glaukom Transplantationen Herzerkrankungen Diabetes Typ II mit Bluthochdruck HIV / AIDS ADHS. Aktuell umfasst die PCG 34 Gruppen (siehe Tabelle 1 weiter unten).

Erhält ein Erkrankter ein bestimmtes PCG-Medikament in einer Mindestdosierung (DDD, Tagesdosen), wird die PCG wirksam: für die Zuteilung sind 180 DDD ("defined daily dose") erforderlich. Ferner existiert eine Hierarchisierungsregel, wonach gewisse PCG Kombinationen in eine einzige PCG Klasse einfließen.

Abgabe- und Beitragssätze pro Risikogruppe werden mit dem Durchschnittskostenvergleich berechnet. Die Höhe der Zuschläge pro PCG wird mit einer Regressionsberechnung durchgeführt, das Resultat dazu ist in Tabelle 1 sichtbar. Die Zahl Erkrankter mit diesen PCG wird mit diesen Kosten multipliziert und durch die Anzahl Versicherte eines Krankenversicherers geteilt und von den Durchschnittskosten der Gesamtgruppe der Krankenversicherer abgezogen.

Aufgrund der Angaben in der Tabelle 1 ist ersichtlich, welche Krankheiten besonders teuer sind (hoher Zuschlag pro Monat): Spitzenreiter sind Nierenerkrankungen inkl. Dialyse (PCG: NIE), gefolgt von pulmonaler Hypertonie (meist bei schwerer Lungenkrankheit, PCG: PAH) oder komplexe Krebserkrankung (PCG: KRK).

**Tabelle 1: PCG Statistik 2022<sup>7</sup>**

PCG (Arzneimitteldaten Eingruppierung: 2021)	Zuschlag pro Monat CHF	Monate 2022	Kosten 2022 CHF	Kostenbeteiligung 2022 CHF
(DM2+hyp)	281.55	1 615 868.97	1 677 621 016.29	135 153 908.55
ABH	555.22	63 349.41	92 137 221.12	6 046 019.75
ADH	293.11	235 612.41	184 646 102.22	18 575 956.39
AIK	1 580.70	465 238.91	948 284 010.48	43 739 498.67
ALZ	580.25	145 103.59	289 735 657.21	14 449 551.91
AST	235.85	896 786.96	812 138 804.06	71 407 576.68
BSR	221.23	97 351.25	113 737 554.38	8 730 634.21
CAR	442.20	534 753.81	850 943 769.03	51 750 037.50
COP	602.18	708 411.24	1 136 995 751.15	66 181 911.31
DEP	370.16	4 357 347.78	5 030 622 572.19	373 529 244.96
DM1	713.52	771 869.69	1 199 588 217.10	69 434 954.08
DM2	237.42	814 504.28	719 168 219.47	65 783 520.62
EPI	488.29	602 088.87	830 187 082.05	52 461 705.90
GLA	100.25	1 448 066.30	1 422 590 101.81	121 469 747.38
HCH	104.51	6 116 073.85	5 148 931 830.47	484 722 242.75
HIV	1 415.98	170 723.75	313 454 011.06	16 086 012.50
HYP	44.13 <sup>8</sup>			
KHO	387.65	367 374.70	410 470 788.96	32 598 363.72
KRE	852.79	7 764.41	11 669 342.87	693 681.24
KRK	3 445.14	441 603.46	1 911 485 613.36	51 804 948.39
MCR	345.59	134 738.89	124 930 622.33	11 023 303.92
MSK	1 836.49	150 262.04	320 424 165.15	13 698 801.74
NIE	5 663.49	55 692.31	392 705 339.49	6 640 518.29
PAH	4 330.07	11 520.62	64 218 755.71	1 231 936.51
PAR	892.85	193 705.31	403 034 714.49	19 873 271.33
PSO	245.85	89 577.60	82 657 540.10	7 253 338.58
PSY	621.39	558 715.30	836 774 400.41	51 873 060.15
RHE	340.20	229 432.22	246 594 089.19	19 610 660.13
SMC	269.66	1 127 791.95	1 244 649 682.57	93 883 958.22
SMN	699.23	255 167.67	491 376 094.52	24 614 213.26
THY	116.09	1 763 130.01	1 472 868 544.28	134 235 033.74
TRA	1 570.31	88 667.51	241 524 154.54	8 855 365.79
WAS	1 087.92	1 832.27	2 923 699.26	156 510.58
ZFP	1 876.91	54 431.18	191 983 865.44	5 514 910.30
ZNS	1 214.74	102 970.96	241 169 273.40	9 974 989.60

<sup>7</sup> <https://www.kvg.org/wp-content/uploads/statistik-ra-2022-1.xlsx><sup>8</sup> Der Wert ergibt sich aus «[DM2+hyp] – [DM2]»

## 1.2. Risikoausgleich im Regressions-Index

### 1.2.1. Theoretische Überlegungen

Theoretisch soll der Risikoausgleich für besonders teure und damit kostenintensive Patientinnen und Patienten auf der Ebene der Arztpraxen dazu beitragen, den ANOVA-Index zu verbessern.

Aufgabe des Risikoausgleichs ist es, möglichst genau zu bestimmen, dass die von den Arztpraxen eingesetzten finanziellen Mittel möglichst kosteneffizient eingesetzt werden. Im Idealfall soll der Risikoausgleich die medizinisch notwendigen Kosten für die Behandlung von Kranken, deren Risiko, wieder zu erkranken, den Arbeitsplatz zu verlieren usw., so gut abbilden, dass 100% dieser notwendigen Kosten korrekt berechnet werden.

Abweichungen vom Idealfall führen immer dazu, dass eine gewisse Anzahl Arztpraxen ein «Mislabeling» aufweisen, d.h. im Risikoausgleichsmodell zu hohe oder zu tiefe Kosten ausgewiesen werden, obwohl dies nicht der Fall ist.

Das von santésuisse gewählte Modell des Risikoausgleichs umfasst im Wesentlichen Alter, Geschlecht, Selbstzahleranteil, Spitalaufenthalte im Vorjahr und pharmazeutische Kostengruppen (PCG). Der Abdeckungsgrad beträgt für die genannten Variablen 100%, für die PCG jedoch nur rund 30%. Der Grund dafür liegt in der Beobachtung, dass nur die in den verwendeten PCGs enthaltenen Arzneimittel auch relevante Kosten im Gesundheitswesen pro Jahr verursachen, was durch eine jährliche Regression jeweils neu berechnet wird.

Das Potenzial für «mislabeling» ergibt sich a) aus dem Versuch, die Kosteneffektivität mit dem Regressionsindex zu bestimmen, obwohl die Effekte ärztlichen Handelns im Regressionsindex völlig unberücksichtigt bleiben, und b) aus dem geringen Abdeckungsgrad der PCG im medizinischen Alltag und der geringen Vorhersagekraft der einzelnen Variablen für die Kosteneffektivität.

Die Überlegung, dass der Regressionsindex und die darin verwendeten Variablen, die auch für den Risikostrukturausgleich zwischen den Krankenkassen verwendet werden, funktionieren, hat eine gewisse Plausibilität, müsste aber zu einer Reduktion der Kassenwechsel führen, denn dafür wurde er entwickelt. Das Gegenteil ist der Fall.

### Merke →

Ein Regressionsindex, der bei den Krankenkassen nicht funktioniert, kann erst recht nicht bei der Beurteilung der Wirtschaftlichkeit funktionieren. Der Regressionsindex ist eine Fehlkonstruktion.

## 1.2.2. Praktische Berechnungen zum Risikoausgleich im Regressions-Index

Gemäss Schlussbericht WZW Verfahren Polynomics<sup>9</sup> wurde aus technischen Gründen (Ursache ist eine Aggregation der Daten, wie sie santésuisse vorliegen) die PCG aus «DM2+hyp» getrennt in «DM2» und «HYP». «HYP» kann geschätzt werden aus «[DM2+hyp] – [DM2]». Die Art der Implementierung der PCG in die Wirtschaftlichkeitsverfahren von santésuisse bleibt trotz aller Recherchen unklar. Santésuisse weist aggregierte Daten teils sogar auf Praxisebene für bestimmte Facharztgruppen aus und kommuniziert in Excel Tabellen die DDD pro Patient. Zur Berechnung des Risikostrukturausgleichs von 1'128 Arztpraxen Facharztgruppe «praktischer Arzt» haben wir die vollständigen Datensätze für das Jahr 2019 analysiert. Darin enthalten sind die 34 PCG mit den DDD pro PCG pro Arztpraxis.

Die Monetarisierung der PCG erfolgte folgendermassen: Zuschlag pro Monat x 12 (gemäss Tabelle 1) ergibt den Jahreszuschlag pro PCG. Auf der Ebene Arztpraxis erfolgte die Multiplikation der Anzahl DDD pro Patient mit der Anzahl Patientinnen und Patienten pro Jahr, dies ergibt die Gesamtmenge PCG pro Jahr pro PCG. Anschliessend wurde der Jahreszuschlag aufgrund der Daten aus Tabelle 1 und den PCG pro Arztpraxis multipliziert.

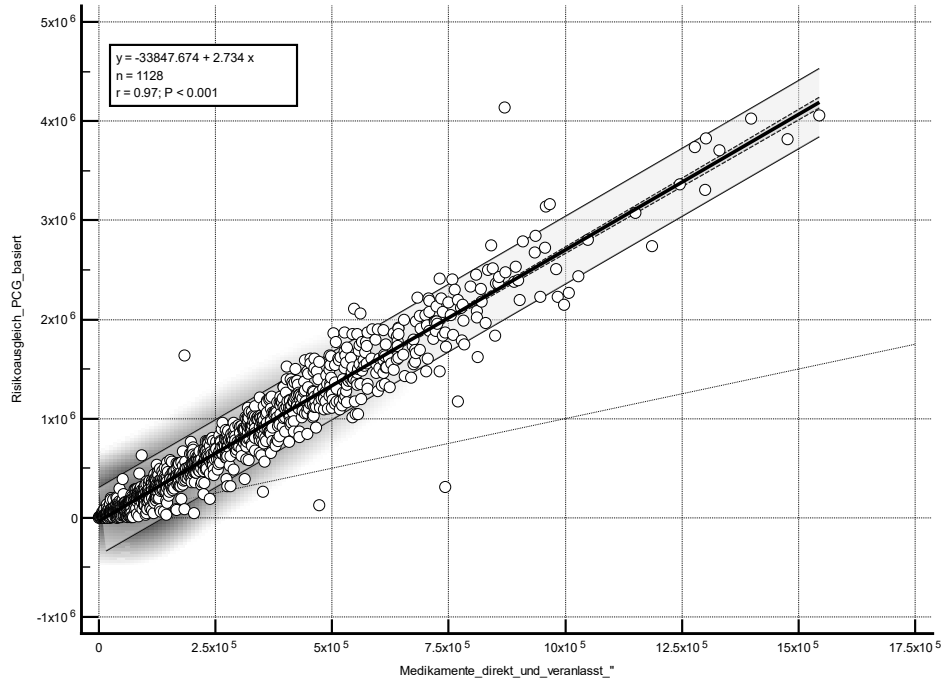
Anhand einer Regressionsanalyse erfolgte der Vergleich der Jahreskosten für alle Medikamente mit dem gesamten Risikostrukturausgleich pro Arztpraxis (Abbildung 1).

Aufgrund dieser Regression lässt sich anhand der totalen Medikamentenkosten pro Jahr ( $MED_t$ ) der erwartete Risikoausgleich ( $RA_e$ ) berechnen:  $RA_e = MED_t \times 2.74 - 33847.7$ . Durch Subtraktion des berechneten Risikoausgleichs ( $RA_b$ ) von den totalen Medikamentenkosten  $MED_t$  lässt sich berechnen, ob der Risikoausgleich einen Bonus oder einen Malus ergibt. Einen Malus erhielten insgesamt 105 Arztpraxen, wovon 62 einen Regressions-Index von über 130% (59%) oder mehr auswiesen. Einen Bonus erhielten 1'156 Arztpraxen, wovon 209 (18%) einen Regressions-Index von über 130% oder mehr auswiesen. Insgesamt hatten von 1'128 Arztpraxen 271 Arztpraxen einen Regressions-Index von über 130% oder mehr (18%).

Weiter ist zu untersuchen, wie häufig und in welchem Umfang der erwartete und der effektive Risikoausgleich sich unterscheiden. Ein Malus trat bei 529 (47%) der Arztpraxen im Umfang von 61'026'247 Franken (19%) des gesamten Medikamenten-Umsatzes auf, wovon 271 (51%) einen Regressions-Index für die totalen Kosten von 130% oder mehr auswiesen. Ein Bonus trat bei 599 (53%) der Arztpraxen im Umfang von 61'010'949 Franken (19%) des gesamten Medikamenten-Umsatzes auf, wovon 108 (18%) einen Regressions-Index für die totalen Kosten von 130% oder mehr auswiesen.

<sup>9</sup> <https://www.fmh.ch/files/pdf7/schlussbericht-wirtschaftlichkeitspruefungen-polynomics-ag-v1.pdf>

**Abbildung 1: Regressionsanalyse des PCG-Jahreszuschlags (berechneter Risikoausgleich RA<sub>b</sub>) in Franken und der Medikamentenkosten pro Arztpraxis, Facharzt «praktischer Arzt», 2019 (Daten: Datenpool santésuisse): R<sup>2</sup> 94%, Anzahl Arztpraxen 1'128 mit mindestens 50 Patienten und mindestens 100'000 Fr. Umsatz pro Jahr.**

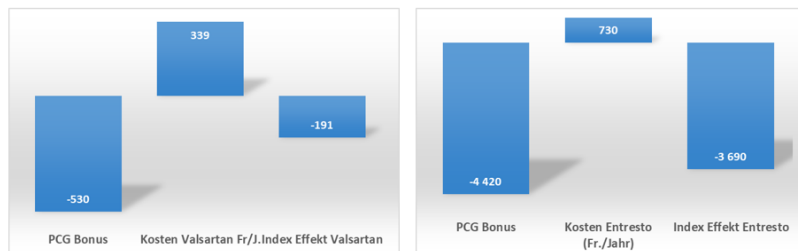


Anhand von zwei Beispielen kann das Problem des fehlenden, falschen und korrekten Jahreszuschlages erklärt werden. Bei der Behandlung der Herzinsuffizienz wird Valsartan durch Entresto ersetzt. Entresto ist hoch wirksam in der Behandlung der chronischen Herzinsuffizienz und ist mit der PCG «CAR» (Herzkrankheiten) verknüpft. Der daraus resultierende Bonus beträgt – nach Abzug der Jahreskosten von Entresto im Umfang von 730 Fr. (2x200 mg) 3'690 Fr. und ist damit deutlich besser als Valsartan, welches zwar in der Indikation Herzinsuffizienz (also PCG «CAR») eingesetzt wurde, aber leider nur mit «HYP» (Hypertonie) verknüpft ist. Trotz dieses Verknüpfungsfehlers kommt die Valsartan-Verordnung wegen der relativ niedrigen Jahreskosten doch noch mit einem Bonus weg (191 Franken, Abbildung 2).

**Abbildung 2: Effekt der PCG auf die Bonushöhe bei der Behandlung der Herzinsuffizienz mit entweder Valsartan oder Entresto (Novartis).**

## Santésuisse Regressionsindex

Effekte pharmazeutischer Kostengruppen (Entresto statt Valsartan)



### Merke →

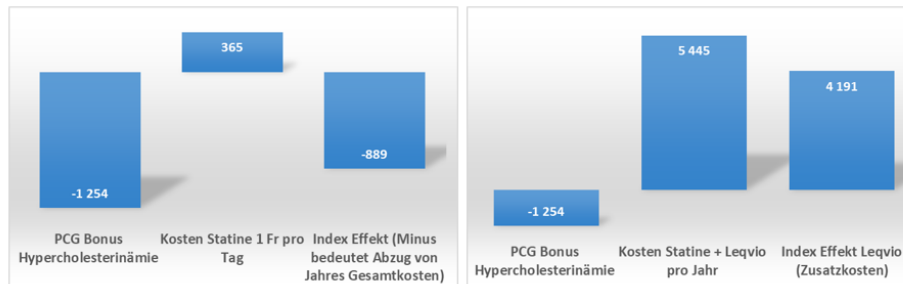
Durch Verknüpfungsfehler kann es geschehen, dass die mit einem Medikament assoziierte Mortalität falsch abgebildet wird. Die Praxis wird dann für eine korrekte Behandlung nicht gebührend belohnt oder bei hohem Preis netto sogar gebüsst.

Das zweite Beispiel betrifft die Lipidbehandlung mit einem Statin oder Inclisiran (Leqvio, Novartis). Beide Medikamente sind mit der PCG «HCH» (Hypercholesterinämie) verknüpft, welches einen Bruttobonus von 1'254 enthält. Bei der Verordnung eines Statins resultiert ein Nettobonus (nach Abzug der Jahreskosten des Statins von 339 Franken) von 889 Franken. Ganz anders bei der Behandlung der Hypercholesterinämie mit Leqvio, wo der rezeptierende Arzt mit einem Malus von 4'191 Franken zu rechnen hat (Abbildung 3).

**Abbildung 3: Effekt der PCG auf die Malushöhe bei der Behandlung der Herzinsuffizienz mit entweder einem Statin oder Leqvio (Novartis).**

## Santésuisse Regressionsindex

Effekte pharmazeutischer Kostengruppen (Lipidtherapie)



Tatsächlich sind jedoch zahlreiche Medikamente keiner PCG zugeordnet, beim Regressions-Index fallen also die Jahreskosten des Medikaments an, ohne Bonus oder Malus aufgrund der PCG. Je nach Jahreskosten der verordneten Medikamente resultiert ein Malus, z.B. bei der Verordnung von Xarelto 20 mg/d von 1'397 Fr. pro Patient und Jahr. Je nach Case-Mix der Verordnungen resultiert demnach ein für den Regressions-Index der totalen Kosten eine Zunahme oder Abnahme (Abbildung 4).

**Merke** →

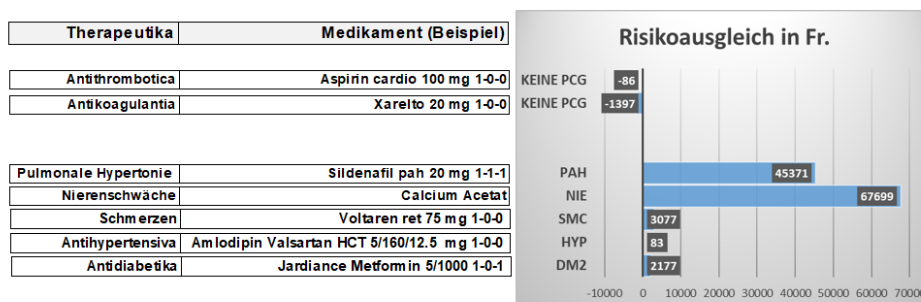
Viele wichtige Medikamente sind gar nicht auf der PCG-Liste. Hier handelt sich die Praxis ohne jede Schuld noch grössere Schwierigkeiten ein als mit einer inadäquaten PCG-Listung.



**Abbildung 4: Beispiele von Medikamenten, welche auf der PCG-Liste nicht gelistet (Antithrombotika, orale Antikoagulantien) oder gelistet sind. Dargestellt ist auch der für 2022 bei den Krankenversicherern assoziierte monetarisierte Risikoausgleich in Franken pro Jahr und pro Patientinnen und Patienten**

## PCG Listung und Regressionsindex

Medikamente mit und ohne PCG Listung, Risikoausgleich (in Fr.)



### 1.2.3. Diskussion zu theoretischen und praktischen Aspekten der PCG

Der Regressions-Index wurde als Beweismittel für Wirtschaftlichkeitsprüfungen in der Krankenversicherung als subsidiäre Aktivität durch die Krankenversicherer unter der Führung von santésuisse entwickelt. Er basiert auf dem Risikostrukturausgleich unter den Krankenversicherern und wurde für die Aufgabe der Wirtschaftlichkeitsprüfungen übernommen.

Aufgrund rein theoretischer Überlegungen kamen wir zum Schluss, dass der Regressions-Index nicht die Kosteneffektivität einer Arztpraxis beurteilt. Immerhin handelt es sich um den Versuch einer Annäherung an diese Aufgabe. Das verwendete zweistufige Regressionsmodell wurde jedoch nicht auf die Kosteneffektivität einer Arztpraxis geprüft, sondern auf auffällige Kostenstrukturen dieser Arztpraxis, welche mit dem Modell korrigiert werden, insbesondere statistisch erhöhte (Übersorgung) Kosten, jedoch nicht statistisch niedrige (Unterversorgung) Kosten und immer auf einem Gruppenvergleich beruht.

Unsere wissenschaftliche Analyse basiert auf realen Daten aus dem Datenpool von santésuisse. Sie belegt zweifelsfrei, dass die Homogenität der Vergleichsgruppe in der Facharztgruppe «praktischer Arzt 2019» inexistent ist. Damit ist die Anwendbarkeit des Regressions-Indexes für diese Facharztgruppe bereits a priori ausgeschlossen. Wenn santésuisse ihren Regressions-Index hier trotzdem anwendet, kann dies strafrechtlich relevant sein.

Im Wesentlichen zeigt unsere wissenschaftliche Analyse, dass der Effekt des Risikoausgleichs mit PCG im wesentlichen darin liegt, eine bestimmte Anzahl Arztpraxen als fälschlicherweise «auffällig» bzw. «nicht auffällig» zu labeln: Werden Medikamente verordnet,

welche in der PCG-Liste des Bundes nicht erscheinen, resultiert eine höhere Anzahl Arztpraxen mit einem Regressions-Index von 130% oder mehr.

Die Annahme, dass der Einsatz von Medikamenten, die nicht auf der PCG-Liste stehen, mit einer geringeren Kosteneffektivität verbunden ist, ist falsch. Tatsächlich zeigt unsere wissenschaftliche Analyse, dass Medikamente wie Antithrombotika und orale Antikoagulantien nicht auf der PCG-Liste des Bundes stehen, obwohl diese Medikamente in der Regel bei kardiologischen Hochrisikopatienten eingesetzt werden, insbesondere bei koronarer Herzkrankheit und Vorhofflimmern. Laut einem Bericht von Schwenkglenks gehören die koronare Herzkrankheit und Herzkrankheiten allgemein zu den grössten Kostenverursachern in der Schweiz<sup>10</sup>.

So wird beispielsweise Inclisiran (Leqvio, Norvartis) mit niedrigen Kosten bei HCH (Hypercholesterinämie) PCG assoziiert, obwohl Inclisiran nur bei Patienten mit sehr hohem Risiko und nur in der Sekundärprävention eingesetzt wird. Aus den genannten wissenschaftlichen Erkenntnissen ergibt sich, dass der Regressionsindex für Wirtschaftlichkeitsprüfungen wegen des hohen Risikos des «mislabeling» nicht verwendbar ist und aus den Wirtschaftlichkeitsprüfungen eliminiert werden muss.

## Fazit →

Unsere wissenschaftliche Untersuchung belegt zweifelsfrei, dass die Homogenität der Vergleichsgruppe in der Facharztgruppe «praktischer Arzt 2019» inexistent ist. Unsere Arbeit hätte eigentlich der Technischen Arbeitsgruppe WZW der FMH obliegen. Es ist nicht bekannt, ob die FMH zu ähnlichen Schlussfolgerungen kommt oder ob die FMH solche Analysen und Überlegungen überhaupt durchgeführt hat.

<sup>10</sup> <https://digitalcollection.zhaw.ch/handle/11475/14988>

### 1.2.4. Simulation der PCG-Effekte im Modell

Das folgende Modell dient dazu, auf theoretischer Grundlage den Beweis zu erstellen, dass lediglich aufgrund der PCG und deren Verwendung oder nicht Verwendung im klinischen Alltag auffällige Arztpraxen erzeugen. Das vollständige Modell wurde separat publiziert<sup>11</sup>.

Wir definierten 500 Arztpraxen mit je 500 Patientinnen und Patienten zu Jahreskosten von 850 Fr. pro Patient (Kosten ohne Medikamente und ohne effektiven Risikoausgleich). Die Grundaussgaben betragen pro Praxis demnach  $500 \times 850 \text{ Fr} = 425'000$  Franken. Zusammen mit dem effektiven Risikoausgleich ergaben sich dann im Modell Durchschnittskosten für alle Arztpraxen von 370'535 Franken. Dies entspricht dem Regressions-Index von 100% in dieser Gruppe.

Der prozentuale Anteil der Verordnungen für die erwähnten Medikamentenklassen betrug im Modell 25.1% für Antithrombotika, 3.3% für orale Antikoagulantia, 20.3% für Antihypertensiva, 1.9% für Schmerzmittel, 4.6% für Antidiabetika und 4.6% für Antidiabetika in Kombination mit Antihypertensiva. Von den 500 Arztpraxen verordneten im Modell 147 (29%) gar keine Medikamente, dies entspricht also Arztpraxen mit reiner Abklärungs-, jedoch fehlender therapeutischer Funktion, und der Regressions-Index betrug für diese Arztpraxen 143.8%, wovon alle der 147 Praxen auffällig waren. Auch Praxen, die wenig Medikamente verschrieben, wiesen immer einen erhöhten Regressions-Index auf. Insgesamt waren im Modell 262 Arztpraxen auffällig (52.4%).

Im Modell betrug der effektive Risikoausgleich pro Arztpraxis zwischen minus 86 und minus 42'888 Franken für Antithrombotika, zwischen minus 1'397 und minus 349'357 Franken für orale Antikoagulantia, zwischen minus 83 bis minus 37'350 Franken für Antihypertensiva, zwischen 3'077 und 61'540 für Schmerzmittel, zwischen 283 und 124'149 Franken für Antidiabetika und zwischen 3'002 und 150'103 Fr. für Antidiabetika in Kombination mit Antihypertensiva.

Ein auffälliger Regressions-Index wurde in diesem Modell ab 130% definiert und tritt auf, wenn die Kosten pro Arztpraxis 384'166 Franken überschreiten. Eine Überschreitung des Regressions-Indexes von 130% und mehr fand sich bei 262 Arztpraxen (52.4%, Regressions-Index zwischen 130.0% und 150.3%). Der Risikoausgleich war in der Gruppe mit normalem Regressions-Index deutlich höher als in der Gruppe mit auffälligem Regressions-Index (Tabelle 1).

**Tabelle 2: Vergleich der PCG=0 Medikamente und der PCG gelisteten Medikamente in Arztpraxen mit und ohne auffälligem Regressions-Index**

	Gesamtkosten PCG=0	Risikoausgleich
Regressions-Index normal	13'900'179	-63'961'107
Regressions-Index auffällig	2'902'921	-771'459

<sup>11</sup> <https://docfind.ch/WZWSildenafil.pdf>

Bei den häufig rezeptierenden Arztpraxen (N=250) hatten nur 13 Arztpraxen einen zu hohen Regressions-Index. Würden 8 dieser Arztpraxen 2 Patientinnen und Patienten mit Sildenafil PAH behandeln, wäre keine dieser 13 Arztpraxen mehr auffällig, während die nicht rezeptierenden Arztpraxen alle auffällig bleiben<sup>12</sup>.

Unser Modell belegt, dass nicht rezeptierende Kardiologen alle einen zu hohen Regressions-Index aufweisen, da sie nicht vom Risikoausgleich durch verordnete Medikamente profitieren. Es handelt sich dabei um Kardiologen, welche nur Abklärungen anbieten wie Echokardiographie, Belastungs-Tests oder Holter-Untersuchungen. Diese Problematik ist in den Trust-Centers einschlägig bekannt und ein häufiges Problem der künstlich erzeugten Unwirtschaftlichkeit durch den santésuisse Regressions-Index.

Wenn hingegen Kardiologen, welche meist einen internistischen Titel innehaben, häufig Medikamente verschreiben, sind nur 13 von 250 Arztpraxen (5.2%) auffällig. Diese können sich vor Regressen durch die Behandlung von 2 Patientinnen und Patienten mit Sildenafil PAH schützen, wenn 8 von 13 dieser Arztpraxen dies tun. Die übrigen sind aufgrund des Medikamenten Case-Mix geschützt.

Unser Modell zeigt auf, dass a) alleine der Case-Mix mit entsprechenden Medikamenten-Verschreibungen zu einem auffälligen Regressions-Index führt, dass b) wegen sehr hoher Kosten der pulmonal-arteriellen Hypertonie schweren Grades im Regressionsmodell des Risikostrukturausgleichs nur wenige Patientinnen und Patienten mit Sildenafil-PAH behandelt werden müssten, um für die gesamte Facharztgruppe Innere Medizin mit Subspezialisierung Kardiologie sämtliche auffällige Regressions-Indexe verschwinden zu lassen (wenn genügend Medikamente verschrieben werden) und dass c) mit dem Regressions-Index nicht die Wirtschaftlichkeit, sondern die Kosten geprüft werden.

Unser Modell ist somit kongruent mit den realen Beobachtungen in der Vergleichsgruppe «praktischer Arzt».

## Merke →

Die Fehlbeurteilung trifft systematisch ganze Praxistypen, unabhängig davon, wie diese behandeln, allein dadurch, dass sie keine oder die «falschen» Medikamente verschreiben.

### 1.2.5. Homogenität der Vergleichsgruppe

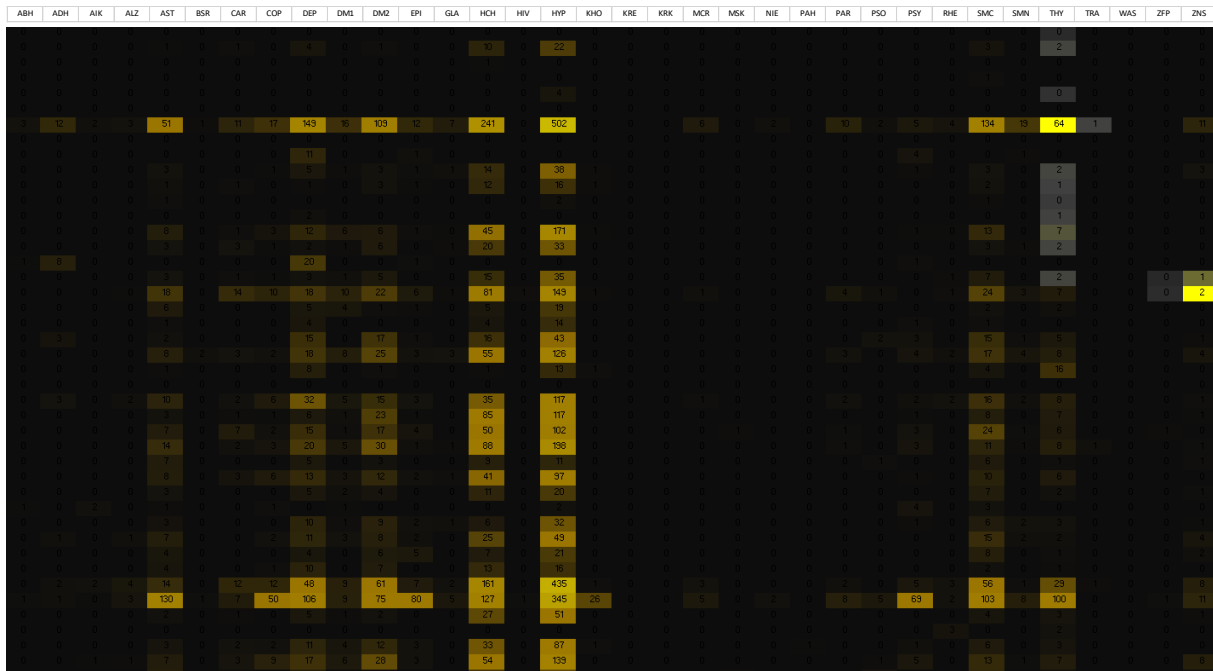
Der Risikoausgleich mit PCG setzt voraus, dass in der Gruppe «praktischer Arzt» mit 1'128 Arztpraxen in etwa gleichen Diagnosen behandelt wurden. Bei einer inhomogenen Vergleichsgruppe ist a priori die Erstellung eines Risikoausgleich zur Detektion von «Unwirtschaftlichkeit» nicht möglich. Die Heterogenität der Vergleichsgruppe «praktischer Arzt» wurde mit einer Heatmap der PCG pro Diagnose erstellt (Abbildung 2). Bereits diese visuelle Inspektion lässt unschwer erkennen, dass die Häufigkeit der behandelten Diagnosen in diesen Arztpraxen erheblich divergiert. Wir haben für alle 34 PCG

<sup>12</sup> <https://docfind.ch/WZWSildenafil.xlsx>

die relative Standardabweichung berechnet. Sie betrug für Asthma, Diabetes mellitus Typ II, Depression und Hypercholesterinämie nur wenig mehr als 100%, der höchste Wert betrug 1'085% für AIDS, eine ausreichende Homogenität der Vergleichsgruppe müsste PCG mit relativer Standardabweichung von < 25% aufweisen, das war bei keiner PCG der Fall.

Dies bedeutet, dass die Streuung der Diagnosen bei allen Praxen vom geforderten Homogenitäts-Kriterium abweicht bzw. dieses nicht erfüllt.

**Abbildung 4: Heatmap der Anzahl PCG pro Arztpraxis für 34 PCG (Ausschnitt)**



Sämtliche Berechnungen und Data on file auf Anfrage<sup>13</sup>.

<sup>13</sup> RSAFAG53.xlsx

## **Teil 2:**

# **Ist der PCG basierte Risikostrukturausgleich besser als die gesamten Medikamentenkosten?<sup>14</sup>**

---

<sup>14</sup> Dieses Kapitel enthält in grossen Anteilen eine Abschrift aus  
<https://docfind.ch/VEMSKompendiumWZW2024.pdf>

## 2.1. Hintergrund Informationen zum Risikostrukturausgleich

Von 2017-2019 wurden Medikamentenkosten > 5'000 Fr. pro Jahr in den Risikostrukturausgleich einbezogen. Dies war nicht sinnvoll, da hohe Medikamentenkosten mit einem Erklärungsgehalt von 2% verknüpft sind<sup>15</sup>. Ab dem Jahr 2000 gelten nur noch die PCG pro Patientinnen und Patienten.

Gemäss Polynomics-Bericht WZW-Verfahren<sup>16</sup> erklären die PCG die Kosten auf der Arzzebene in der Regressions-Analyse individueller Datensätze (Tabelle 31 in diesem Polynomics Bericht) zwischen 0% bis 13% der Kosten ( $R^2$  Analyse). Bereits in der Publikation zum Ärzte-Index der CSS<sup>17</sup> Krankenversicherung wurde im Jahr 2008 bekannt, dass die gesamten Medikamentenkosten im Vorjahr in der allgemeinen inneren Medizin 76% der Kosten oder in der Pädiatrie 64% der Kosten erklären (siehe Tabellen 3 und 4 in der Publikation, basierend auf nicht aggregierten Individualdaten).

Dies bedeutet, dass der Erklärungsgehalt der medizinischen Versorgungskosten für PCG deutlich niedriger ist als für die Gesamtheit der Medikamente, nämlich rund 10% statt 70%. Da gemäss Prof. Ueli Kieser (Rechtswissenschaftler) Medikamente, welche von SwissMedic genehmigt wurden, immer wirtschaftlich sind<sup>18</sup> und zudem die PCG Berechnungen mit hohen Kosten verbunden sind, **wäre es sicher kosteneffizienter, sicherer und transparenter, anstelle von PCG die Gesamtkosten der Medikamente für den Risikostrukturausgleich zu verwenden.**

Es muss an dieser Stelle auch ein weiterer zentraler Umstand erwähnt werden. Die mit Medikamenten behandelten Krankheiten werden mit PCG nur zu rund 30% erfasst, 70% der Medikamente mit Jahreskosten von rund 6 Milliarden Franken werden von den PCG gar nicht erfasst (Tabelle 6 im VEMS Bericht)<sup>19</sup>.

Der Risikostrukturausgleich schafft somit für die Krankenversicherer einen Unsicherheitsfaktor anstelle der korrekten Abbildung der erwarteten Kosten und damit für die Nettozahler in den Risikostrukturausgleich Gegenstand möglicher Klagen.

Auch im Jahr 2023 umfassen die PCG nur 34 Kostengruppen, was mit einer korrekten Morbiditätsabbildung medizinischer Tätigkeit nicht vereinbar ist. Bereits 2017 hat ein ausführliches deutsches Gutachten, erstellt durch einen wissenschaftliche Beirat in Deutschland, ergeben, dass bei einer Begrenzung auf 50 oder eine noch weitere Reduktion auf nur 30 Erkrankungen die Ziele des RSA nicht mehr angemessen erreicht werden können: «Der Wissenschaftliche Beirat empfiehlt daher zukünftig die Einschränkung der berücksichtigten Erkrankungen aufzuheben und das Klassifikationsmodell als Vollmodell weiterzuentwickeln. Hierzu sind weiterführende Arbeiten erforderlich, die im Rahmen der kontinuierlichen Pflege des RSA-Modelles geleistet werden können»<sup>20</sup>. In der Literatur ist entsprechend die

<sup>15</sup> Siehe Anmerkung 754 in der Larisa Petrov Dissertation ISBN 978-3-7255-9501-3

<sup>16</sup> <https://www.fmh.ch/files/pdf7/schlussbericht-wirtschaftlichkeitspruefungen-polynomics-ag.d.pdf>

<sup>17</sup> <https://docfind.ch/CSSAerzteIndex.pdf>

<sup>18</sup> <https://docfind.ch/WZWMedikamenteKieser2018.pdf>

<sup>19</sup> <https://docfind.ch/VEMSKompendiumWZW2024.pdf>

<sup>20</sup> [https://www.bundesamtsozialesicherung.de/fileadmin/redaktion/Risikostrukturausgleich/20180125Sondergutachten\\_Wirkung\\_RSA\\_2017\\_korr.pdf](https://www.bundesamtsozialesicherung.de/fileadmin/redaktion/Risikostrukturausgleich/20180125Sondergutachten_Wirkung_RSA_2017_korr.pdf)

Aussagekraft von PCG-Variablen zur prospektiven oder retrospektiven Berechnung von tatsächlich erfolgten medizinischen Versorgungskosten nicht höher als 17%<sup>21</sup>.

In den Wirtschaftlichkeitsprüfungen von santésuisse existiert – neben zahlreichen weiteren – folgender besonders schwerwiegende Zuordnungsfehler: medizinisch indizierte und von SwissMedic bewilligte Medikamente, welche jedoch nicht in der PCG-Liste des Bundes erscheinen<sup>22</sup>, werden der Arztpraxis als unwirtschaftlich im Regressions-Index von santésuisse angerechnet, womit der Regressionsindex ansteigt und die Rückforderungssumme erhöht wird.

Die Frage ist nun, in welchem Umfang Medikamente, welche in den Wirtschaftlichkeitsprüfungen nicht zugelassen sind, aber wirtschaftlich sind, weil sie von SwissMedic zugelassen wurden (Kieser 2018<sup>23</sup>), existieren, um welche Medikamente es sich handelt und wie hoch der jährliche Umsatz dieser Medikamente am Gesamtvolumen der Medikamentenkosten in der obligatorischen Krankenpflege (OKP) geschätzt werden kann.

Zu diesem Zweck haben wir die Spezialitätenliste der Medikamente mit der PCG Liste der Medikamente Global Trade Item Number (GTIN, Identifikationsnummer nach GS1-System, ehemals EAN-System) für das Jahr 2023 verglichen<sup>24</sup>. Es handelt sich um insgesamt 3'267 Unique Brands. Der Publikumspreis für sämtliche dieser nicht PCG-gelisteten Medikamente addiert beträgt 5.64 Millionen Franken pro Packung. Die auf der PCG Liste des Bundes aufgeführten Unique Brands haben gemäss dieser Berechnungsmethode einen geschätzten addierten Publikumspreis von lediglich 3.77 Millionen Franken (33.2%) am gesamten Volumen sämtlicher Medikamente der Spezialitätenliste. Das Gesamtvolumen der Medikamente betrug 7.675 Milliarden Franken im Jahr 2020. Hochgerechnet auf das Gesamtvolumen der Jahres-Medikamentenkosten dürfte es sich somit (bei einem Umsatzanteil von 66.8%) um 5.127 Milliarden Franken handeln. Dies bedeutet, dass die meisten Medikamente (66.8%), welche in der Schweiz auf OKP-Ebene ärztlich verordnet werden, nicht auf der PCG-Liste des Bundes erscheinen. Die Medikamentenkosten von Ärztinnen und Ärzte, welche zufällig solche nicht PCG gelisteten Medikamente verschreiben, werden von santésuisse nicht im Regressionsindex berücksichtigt, womit der Unwirtschaftlichkeitsgrad der Arztpraxis sich automatisch und ohne Zutun der Ärztinnen und Ärzte erhöht, ein Artefakt der Methode.

## Merke →

66.8% der Medikamente, welche in der Schweiz auf OKP-Ebene ärztlich verordnet werden, sind nicht auf der PCG-Liste.

In der folgenden Tabelle ist der Jahresumsatz von Medikamenten für das Jahr 2020 aufgelistet und referenziert. Es handelt sich um Medikamente, welche die Thromboserisiken senken, also orale Antikoagulantien und Thrombozyten-Aggregationshemmer. Der Umsatz

<sup>21</sup> <https://www.physicianprofiling.ch/WZWStatistik2014.pdf>

<sup>22</sup> [https://www.bag.admin.ch/dam/bag/de/dokumente/kuv-aufsicht/pus/risikoausgleich/pcg-liste-xx-februar-2023.xlsx.download.xlsx/pcg-liste-17-februar-2023-stand-sl-dezember-22%20\(D\).xlsx](https://www.bag.admin.ch/dam/bag/de/dokumente/kuv-aufsicht/pus/risikoausgleich/pcg-liste-xx-februar-2023.xlsx.download.xlsx/pcg-liste-17-februar-2023-stand-sl-dezember-22%20(D).xlsx)

<sup>23</sup> <https://docfind.ch/WZWMedikamenteKieser2018.pdf>

<sup>24</sup> Die Berechnungen sind hier abrufbar: [https://docfind.ch/SpezialitaetenListe2023\\_PCG.xlsx](https://docfind.ch/SpezialitaetenListe2023_PCG.xlsx)



dieser in der Spezialitätenliste des BAG aufgeführten und damit durch die Krankenversicherer erstattungspflichtigen Medikamente betrug im Jahr 2020 249 Millionen und 71 Millionen, also 320 Millionen Franken. In den Wirtschaftlichkeitsverfahren werden diese Kosten den gesunden Personen zugeordnet, da sie nicht als Krankheitsvariable im Regressions-Index erscheinen. Vor allem internistische und kardiologische Arztpraxen werden bei der Verschreibung solcher Medikamente benachteiligt gegenüber Arztpraxen, welche solche Medikamente nicht oder in niedrigerem Umfang verschreiben.

Medikamente sind nur gering manipulationsanfällig – im Gegensatz zu Diagnosen – wie die Gesundheitsökonomie seit über 20 Jahren weiss (Konstantin Beck, Robert Leu und andere). Entsprechend ist es nicht begründbar, im früheren ANOVA-Index Medikamentenkosten über der Toleranzmarge vollumfänglich zurückzufordern. Dass dies trotzdem regelmässig praktiziert wurde, zeigt die Problematik der weitgehend ungenügenden Beurteilung der santésuisse Beweismittel, eine Verletzung der richterlichen Untersuchungspflicht trotz häufig gestellten Beweisanträgen.

Die Verwendung von PCG zur Beurteilung der Wirtschaftlichkeit schaffen seit der Verwendung 2017-2023 eine zusätzliche Rechtsungleichheit, welche massiv sein dürfte, da 67% der in der Spezialitätenliste aufgeführten Medikamente in der PCG-Liste des Bundes fehlen. Damit offenbart sich ein Konstruktionsfehler des Regressionsindexes, welcher aufgrund des hier aufgedeckten Zuordnungsfehlers willkürlich ist. Hier liegt eine Verletzung der Rechtsgleichheit vor. Da die Ärztinnen und Ärzte von dieser Regel nichts wissen, diese aber seit 2017 regelmässig zu überhöhten Indexwerten geführt haben – unterschiedlichen Ausmasses, je nach Praxis – erfolgt dieser Zuordnungsfehler vermutlich arglistig, da nicht davon ausgegangen werden kann, dass santésuisse über solche zentrale Mängel keine Kenntnis hatte und hat und santésuisse davon ausgehen mag, dass Gerichte und Arztpraxen diese Zuordnungsfehler ohnehin nicht zu entdecken vermögen. Der Grund für den tiefen Abdeckungsgrad der Spezialitätenliste in der PCG-Liste ist unklar und muss durch die Behörden offengelegt werden. Denkbar ist, dass gewisse Krankenkassen erfolgreich eine Vollabdeckung verhindert haben, um den Risikostrukturausgleich unter den Krankenkassen zu schwächen und damit die «Jagd» nach kostengünstigen Patientinnen und Patienten im Rahmen eines Wettbewerbs untereinander aufrecht zu erhalten. **Offenbar hat das Bundesgericht die offensichtlichen Mängel der PCG als Wirtschaftlichkeitsmodell erkannt und in einem wegweisenden Urteil den PCG jegliche Beweiskraft für die Beurteilung der Wirtschaftlichkeit abgesprochen**<sup>25</sup>. Wenn allerdings die PCG Methode derartige Mängel aufweist, um die Kostenrisiken tatsächlich korrekt zu berechnen, stellt sich umgekehrt die Frage, ob der Geldfluss im Rahmen des jährlichen Risikostrukturausgleichs rechtlich überhaupt zulässig ist.

---

<sup>25</sup> [https://www.bger.ch/ext/eurospider/live/de/php/aza/http/index.php?highlight\\_docid=aza%3A%2F%2F12-12-2023-9C\\_135-2022&lang=de&zoom=YES&type=show\\_document&](https://www.bger.ch/ext/eurospider/live/de/php/aza/http/index.php?highlight_docid=aza%3A%2F%2F12-12-2023-9C_135-2022&lang=de&zoom=YES&type=show_document&)

**Tabelle 3: Medikamente, welche nicht auf der PCG-Liste des Bundes aufgeführt sind (Stand 02/2023): orale Antikoagulantien und Antithrombotika, mit Kosten (gesamt, prozentual) für das Jahr 2020 und Kostenvergleich mit Antidepressiva und Statinen, welche auf der PCG-Liste aufgeführt sind (Gesamtkosten Medikamente 2020: 7,56 Mia Fr.). Quelle: Spezialitätenliste des Bundes 2020, PCG-Liste des Bundes 2023, Analyse: Farifond**

Name der nicht in der PCG-Liste des Bundes aufgeführten Medikamente (Auswahl) <sup>26</sup>	Anteil Gesamtkosten Medikamente (%)	Gesamtkosten Mio. Fr
Rivaroxaban	1,9	147,4
Apixaban		
Edoxaban		
<b>NOAK's</b>	<b>2,8</b>	<b>214,9</b>
<b>Alle Antikoagulantien</b>	<b>3,2</b>	<b>248,8</b>
Eylea (Augenheilmittel)	1,8	139,6
<b>Thrombozytenaggregationshemmer<sup>27</sup></b>	<b>0,9</b>	<b>71</b>
Aspirin, Plavix, Efient, Integrelin usw.		
<b>Alle (NOAK+Eylea+Tc-Aggr.-Hemmer)</b>	<b>5,9</b>	<b>459,4</b>
<b>Zum Vergleich (in PCG Liste aufgeführt)</b>		
Antidepressiva	2,6	198,4
Statine	2,5	192,8

## Fazit →

Das Bundesgericht hat mit seinem Urteil die Untauglichkeit der Methode erkannt. Dies impliziert nun aber auch, Schritte einzuleiten, damit sie von den Versicherern nicht mehr verwendet wird, bzw. von den Versicherungsgerichten als Beweismittel konsequent abgelehnt wird.

## 2.2. Risikostrukturausgleich und Kassenwechsel 2018-2023

Wenn der Risikostrukturausgleich funktioniert, muss die Zahl der jährlichen Kassenwechsel sinken, weil die Prämien pro Krankenversicherer sich angleichen müssen und demnach der Anreiz zum Kassenwechsel sinken muss. Die Funktionsweise des RSA kann im Detail nachgelesen werden<sup>28</sup> und wurde bereits weiter oben beschrieben.

Die Arbeitshypothese lautet, dass der RSA nicht funktioniert, weil das System des RSA die Prämienungleichheit ungenügend beeinflusst, die Morbidität der Erkrankten (und den

<sup>26</sup> [https://www.versorgungsatlas.ch/indicator/\\_030](https://www.versorgungsatlas.ch/indicator/_030)

<sup>27</sup> [https://www.whocc.no/atc\\_ddd\\_index/?code=B01AC#:~:text=B01AC%20Platelet%20aggregation%20inhibitors%20excl,are%20classified%20in%20this%20group](https://www.whocc.no/atc_ddd_index/?code=B01AC#:~:text=B01AC%20Platelet%20aggregation%20inhibitors%20excl,are%20classified%20in%20this%20group)

<sup>28</sup> <https://www.kvg.org/versicherer/risikoausgleich/risikoausgleich-pcg/>

daraus folgenden Behandlungskosten) ungenügend oder sogar falsch berechnet werden und damit der Anreiz für den Kassenwechsel persistiert.

Wir gehen davon aus, dass der RSA sogar zu einem paradox hohen Anstieg der Kassenwechsel Zahlen führt, weil, wie oben dargelegt, die Morbiditätslast mit PCG im Vergleich zu den gesamten Medikamentenkosten des Vorjahres nur in einem geringen Ausmass miterfasst wird (R2 und 10% statt rund 70%). Die Einführung des PCG RSA erfolgte 2020. Demnach muss die Wirkung des RSA in einer Senkung der Kassenwechsel pro Bewohnerin und Bewohner in der Schweiz sinken, wenn er effektiv ist.

Methodisch wird nun die Zahl der Kassenwechsel 2018-2023 in Prozent der Bevölkerung angeschaut und der Unterschied der prozentualen Kassenwechsel vor und seit 2020. Die Zahl der Wohnbevölkerung 2010-2022 wurde vom Bundesamt für Statistik publiziert<sup>29</sup>. Der Analysebericht des BAG zum Effekt der PCG-Einführung ist hier abrufbar<sup>30</sup>. Dieser Analysebericht rapportiert die Zahlen für die Zahl der Kassenwechsel gemäss Tabelle 13 im Bericht.

#### Tabelle 4: Total der Wechsler 2017-2021

Tabelle 13: Anzahl Wechsler pro Gruppe, Netto-Zahler (Z), Netto-Empfänger (E), Neutral (N)

Jahr	E → Z	Z → E	E → N	Z → N	N → E	N → Z	Z → Z	E → E	N → N	Total Wechsler
2017 →	64 245	63 677	24 150	38 846	32 398	54 653	115 678	33 726	20 775	448 148
2018	(14,34%)	(14,21%)	(5,39%)	(8,67%)	(7,23%)	(12,2%)	(25,81%)	(7,53%)	(4,64%)	
2018 →	51 793	62 254	19 445	24 425	39 402	47 141	65 575	38 243	15 036	363 314
2019	(14,26%)	(17,14%)	(5,35%)	(6,72%)	(10,85%)	(12,98%)	(18,05%)	(10,53%)	(4,14%)	
2019 →	50 646	86 926	16 764	24 944	43 551	34 466	60 504	48 476	12 202	378 479
2020	(13,38%)	(22,97%)	(4,43%)	(6,59%)	(11,51%)	(9,11%)	(15,99%)	(12,81%)	(3,22%)	
2020 →	80 863	79 520	14 944	16 244	26 734	31 402	80 534	56 441	4 242	390 924
2021	(20,69%)	(20,34%)	(3,82%)	(4,16%)	(6,84%)	(8,03%)	(20,6%)	(14,44%)	(1,09%)	

Accenture.com berichtet, dass per 01.01.2023 12.8% der Versicherten die Kasse wechselten, der höchste Betrag seit 2010<sup>31</sup>. Trotz dem RSA beobachten wir eine Explosion der Kassenwechsel bis zu 23% der Versicherten<sup>32</sup>. Die Kosten dieser zahlreichen Kassenwechsel sind schwer zu eruieren, die ZHAW hat dazu im Jahr 2012 folgende Angaben gemacht<sup>33</sup>: bei einer Wechselquote von 6.5% resultieren Kassenwechsel Kosten von 547'642 Franken. Allerdings kostet realistischere Weise ein Kassenwechsel den Krankenversicherer 300-500 Franken<sup>34</sup>.

Der Jahresbericht Risikoausgleich 2023 weist die Kosten für den RSA nicht aus<sup>35</sup>. Der Risikoausgleich zwischen den Krankenversicherern ist ein zentrales Element, um die Solidarität zwischen den Versicherten zu stärken und die Risikoselektion durch die

<sup>29</sup> <https://dam-api.bfs.admin.ch/hub/api/dam/assets/27965833/master>

<sup>30</sup> <https://www.bag.admin.ch/dam/bag/de/dokumente/e-f/evalber-kuv/2024-wirkungsanalyse-risikoausgleich-pcg-schlussbericht.pdf.download.pdf/2024-schlussbericht-wirkungsanalyse-risikoausgleich-pcg-d.pdf>

<sup>31</sup> <https://www.accenture.com/content/dam/accenture/final/markets/europe/document/Accenture-Krankenversicherung-Schweiz-Teil-1-Factbook-2023.pdf#zoom=40>

<sup>32</sup> <https://www.watson.ch/schweiz/krankenkasse/886061433-krankenkassenwechsel-verprassen-die-versicherer-damit-geld>

<sup>33</sup> [https://www.zhaw.ch/storage/sml/institute-zentren/wig/upload/Bericht\\_SWK\\_Einheitskasse\\_WIG\\_V3.0\\_2013\\_07\\_04\\_finale\\_Version.pdf](https://www.zhaw.ch/storage/sml/institute-zentren/wig/upload/Bericht_SWK_Einheitskasse_WIG_V3.0_2013_07_04_finale_Version.pdf)

<sup>34</sup> <https://www.20min.ch/story/krankenkassen-wechsel-kosten-eine-milliarde-718276719349>

<sup>35</sup> <https://www.kvg.org/wp-content/uploads/jahresbericht-2023-risikoausgleich.pdf>

Krankenversicherer einzudämmen. Das Gesamtumverteilungsvolumen des Risikoausgleichs hat sich im Jahr 2022 um rund 9.0% auf CHF 1'919.7 Mio. verringert. Die Kosten für die Erstellung des Risikoausgleichs werden leider nicht separat ausgewiesen, es handelt sich wohl um mehrere Millionen Franken pro Jahr inkl. Revisionsberichte, Fond Risikoausgleich, Abgrenzung pendente Rechnungen und Personal- sowie Softwareaufwand. Aufgrund dieser Recherchen lassen sich die Kosten für den jährlichen Kassenwechsel gemäss Tabelle 5 beziffern:

**Tabelle 5: Anzahl Kassenwechsel für die Jahre 2018-2023.**

Jahr	2018	2019	2020	2021	2022	2023
Wechsler in Mio	0.45	0.36	0.38	0.39	0.69	1.10
Kosten in Mio	224	182	189	195	346	550

Diese Zahlen zeigen, dass das Ziel des Risikostrukturausgleichs, nämlich die Reduktion der teuren Kassenwechsel, mit der Verfeinerung des Risikostrukturausgleichs mit PCG nicht eingetreten ist, im Gegenteil: Die Kassenwechsel sind explodiert und kosten mittlerweile rund 0,5 Milliarden Franken pro Jahr. Ob unser MBI – also der Einbezug der totalen Medikamentenkosten als Risikoausgleich besser funktioniert ist anzunehmen. Ob das Mislabeling dadurch reduziert wird, bleibt zu untersuchen.

**Fazit** →

Im Risikostrukturausgleich unter den Kassen hat die PCG-Methode zu einer Explosion der Kassenwechsel geführt. Unsere Arbeit legt nahe, dass sie als Instrument zur Beurteilung der Wirtschaftlichkeit der Praxen gleichfalls zum Gegenteil geführt hat: zu einem Anstieg unwirtschaftlicher Behandlungen aufgrund einer Korruption der Behandlungsentscheide.