

Das Schweigen der FMH zu den WZW-Untaten: Replik zum Artikel von P. Müller und Th. Kessler

Autoren

Michel Romanens, Walter Warmuth

«Was sind das für Zeiten, wo ein Gespräch über Bäume fast ein Verbrechen ist, weil es ein Schweigen über so viele Untaten einschließt» (An die Nachgeborenen, Bertolt Brecht)

Einleitung

Patrick Müller und Thomas Kessler, FMH WZW-Beauftragte, berichteten über den Erfahrungsaustausch zur Screening-Methode im Bereich Wirtschaftlichkeitsprüfung (Müller & Kessler, 2021). Dazu wurden eine Reihe von Expertinnen und Experten eingeladen, welche jedoch mehrheitlich kaum als von den Versicherern unabhängige Experten bezeichnet werden können oder dies betreffend keinen Leistungsausweis vorzuweisen haben (Details: <https://physicianprofiling.ch/plausibilisierung/>).

Deshalb sei an dieser Stelle nochmals darauf hingewiesen, dass die WZW-Screening-Methode ein Globalbudget darstellt: Kostenüberschreitungen müssen zurückbezahlt werden (Romanens, 2017). Da die Methode unspezifisch ist, werden Rückforderungen geltend gemacht, gegen welche Ärztinnen und Ärzte sich mit grossem finanziellem Aufwand wehren müssen. Dies erzeugt eine veritable Industrie hinter den WZW-Verfahren und ist mittlerweile wohl als eigener Wirtschaftszweig zu bezeichnen (Romanens, Warmuth, & Kurth, 2019). Auch der Grundsatz «Keine Strafe ohne Delikt» gilt hier nicht: Ohne dass ihnen auch nur ein einziges Vergehen auf der Einzelfallebene nachgewiesen wurde, werden sie der Überarztung schuldig gesprochen, allein aus statistischen Gründen. Dabei wird ihnen ein Angebot unterbreitet, wie sie sich mit einem Vergleich aus dem Verfahren kaufen können, in manchen Fällen noch bevor dieses überhaupt eröffnet wurde. Die meisten gehen darauf ein, um wieder in Ruhe arbeiten zu können. Es fällt schwer, in dieser Handhabung der Wirtschaftlichkeitsverfahren die Ähnlichkeit mit Schutzgelderpressungen zu übersehen.

Die Rechtsexperten sind sich heute auch weitgehend einig: Das Verfahren verstösst gegen die Grundsätze unserer Rechtsstaatlichkeit. Dass es zur Senkung der Gesundheitskosten beiträgt, zweifeln etliche Versicherungsmathematiker an, was der Grund sein dürfte, weshalb Deutschland

den Durchschnittskostenvergleich viel selektiver und mit ausreichendem Vorverdacht durchführt. In der Schweiz sorgen alte Seilschaften dafür, dass sich der Durchschnittskostenvergleich hartnäckig hält, flankiert von einer untätigen FMH, mit teilweise ruinösen Folgen für Ärztinnen und Ärzte und in der Folge auch mit negativen Konsequenzen für die Sicherheit der Patientinnen und Patienten.

WZW-Industrie ist einträgliches Geschäft

Wir schätzen: um teils ruinöse Regresse zu vermeiden, willigen viele Ärztinnen und Ärzte in Vergleiche ein, welche so santésuisse ca 50 Mio. Franken pro Jahr generieren. Hinzukommen Anwaltskosten von im Schnitt rund 15'000 Fr. pro Fall, womit nochmals 37.5 Mio Fr. pro Jahr anfallen. Daneben fallen noch Zusatzkosten durch Beratungen an (Trustcenters, Schutzgemeinschaft für Ärztinnen und Ärzte (<https://www.s-g-a.org>), welche zum Teil von früheren Mitarbeitern von santésuisse geführt werden, wie z.B. Kristof Nagy (<https://ueberarztung.ch>) oder Dr. Jürg Reust). Es ist also keine Überzeichnung, hier von einer veritablen WZW-Industrie zu reden.

Kernpunkt des Polynomics-Gutachtens (Telser, 2017) ist die Verbesserung der Wirtschaftlichkeitsbeurteilung gemäss internationalen Standards. Dazu schreiben die AutorInnen: «In der internationalen Fachliteratur wird bei allen Verfahren zum sogenannten «Physician Profiling» die Morbidität des Patientenstamms berücksichtigt. Auch für die Schweiz wurde eine solche Berücksichtigung wiederholt gefordert (Schwenkgenks 20101; Wasem, Lux und Dahl 20102).» Beide Forderungen basieren auf Gutachten, die der VEMS finanziert hatte. Nur dank dem Druck des VEMS im Jahr 2010 wurden parlamentarische Schritte unternommen, santésuisse zur Verbesserung der Verfahren zu zwingen.

Im Artikel wird von Erfahrungsaustausch gesprochen. Zu viele Fragen bleiben offen. Neben dem finanziellen Aspekt der WZW-Industrie, zu welcher santésuisse Daten liefern müsste, stellt sich im Kontext wissenschaftlicher Fragestellungen und gemäss Evaluationsstandards, welche in den SEVAL-Kriterien definiert wurden (Rüefli, Zweidler, & Koci, 2016), folgende Mängelliste:

Mängelliste

1. Es werden keine Diagnosedaten verwendet.
2. Es werden keine Vorjahresdaten verwendet.
3. Es werden keine Effekt-Variablen verwendet (Outcome-Daten).
4. Es wird nicht grundsätzlich erkannt, dass Wirtschaftlichkeit nur im Kontext mit Outcome erfasst werden kann, wonach niedrigere Kosten bei gleichem Outcome wirtschaftlicher sind (Fundamentalfehler Nr. 1 in der Gesundheitsökonomie).
5. Die Kostendaten sind nicht normal verteilt.
6. Nachträgliche Normierungen der Kostenverteilung sind experimentell.
7. Die Aggregation zu Alters- und Geschlechtsgruppen (AGG) führt zu aufgeblähten Korrelationen im R2 und Pseudoerklärungsgehalt der Arztkosten (80% statt korrekt 20% mit Individualdaten).
8. Hohe notwendige Versorgungskosten werden automatisch zu einem spezifischen Praxiseffekt zugeordnet, Systemfehler Nr. 1 («ungerechtfertigt strenge Beurteilung»).
9. Aggregierte PCG auf Arzzebene in AGG verkennen die Gesamtmorbidität der Patientinnen und Patienten; dazu ist eine Individualberechnung auf Patientenebene notwendig, Systemfehler 2.

10. Das untere Vertrauensintervall wird nur für AGG berechnet. Das Vertrauensintervall auf Arztebene ($\hat{\alpha}$) wird wegen fehlender Daten ungenügend berechnet und für die Beta2-Variablen erst gar nicht gerechnet; die Wissenschaftlichkeit ist wegen den Mängeln bei der Datenbeschaffung nicht gegeben (SEVAL-Kriterium B65).
11. Schwellenwerte führen zu Verzerrungen, deren Ausmass und Bedeutung völlig unklar bleiben.
12. Wenn santésuisse einen Regressionsindex kommuniziert, ist nicht klar, mit welchem Modell gerechnet wurden (wurde eine Winsorisierung verwendet, wurde der Unsicherheitsindikator berücksichtigt, falls nicht, wie hoch war er?).
13. Die Zahl auffälliger Ärztinnen und Ärzte liegt weiterhin bei knapp 20%, die Methode sollte jedoch lediglich einen Anfangsverdacht bei rund 2-3% der Ärztinnen und Ärzte generieren, um nicht selber unwirtschaftlich zu sein, Systemfehler 3.
14. Der Effekt der zweiten Stufe ist minimal und damit nur eine potentielle Fehlerquelle, somit hier ein Effizienzproblem und eine Verletzung des SEVAL-Kriteriums B75 vorliegt.
15. Bei Berechnungen auf mit nicht-aggregierten, individuellen Patientendaten bleiben die Modelle die Erklärung von rund 70% der Kosten schuldig, Systemfehler 4.
16. Dass mit aggregierten Daten statt 14% nur 11% auffällige Ärztinnen und Ärzte resultieren, ist kein Argument dafür, auf die Individualdaten zu verzichten.
17. Die Übereinstimmung zwischen Berechnungen mit individuellen und aggregierten Daten ist bei einem Drittel der auffälligen Ärztinnen und Ärzte nicht vorgegeben; die Methode ist somit in sich widersprüchlich und damit nicht ausreichend validiert (SEVAL B8 verletzt5).
18. Die Autoren legen sich nicht fest, mit welcher Methode schliesslich gerechnet werden sollte. Damit kann santésuisse weiterhin willkürliche Inzidenzen von auffälligen Ärztinnen und Ärzte pro Jahr produzieren (18%). Allein schon die potentielle Anklage durch eine nicht Outcome-validierte Methode ist ehrverletzend und widerspricht ethischen Grundprinzipien (SEVAL-Kriterium A10) und ist überdies respektlos (SEVAL-Kriterium A11).
19. Es gibt keine externe Zertifizierung betreffend die Frage, ob sasis/santésuisse richtig rechnen. Da santésuisse Partei in diesen Gutachten darstellt, haben wir hier einen weiteren Systemfehler, welcher auch schon vom kantonalen Ethikrat für Statistik moniert wurde (Tschopp, 2005), zudem hat santésuisse nie die Charta dieses Ethikrats unterzeichnet. Die Plausibilisierung des ANOVA-Indexes 2017 bei > 5 000 Arztpraxen aus dem Jahr 2017 zeigt jedenfalls, dass santésuisse falsch rechnet (Romanens, Warmuth, & Kurth, 2021).
20. Die Capitation der Patienten findet auf Praxis- und nicht auf Patientenebene statt. Dies führt dazu, dass wegen der Pseudocapitation nicht rezeptierende Mitversorger (z.B. alternative Medizin bei Krebspatienten) als unwirtschaftlich klassifiziert werden.
21. Die Medikamentenkosten haben eine andere Wirtschaftlichkeitsbedeutung als die übrigen Verarztkosten. Medikamentenkosten sind a priori wirtschaftlich (Kieser, 2018).

Ausführungen

Der Unsicherheitsindikator für praxisspezifische Effekte ($\hat{\alpha}$), welcher auf den Residuen und Anzahl Beobachtungen pro Praxis basiert, wird auf der Ebene AGG gerechnet; je höher die Variabilität der Homogenität ist, desto höher ist der Unsicherheitsindikator aber nicht praxisspezifisch. Der Unsicherheitsindikator für die erklärenden Variablen (β) wird jedoch nicht auch noch berechnet.

Damit werden praxisunspezifische Kosten wie etwa die durchschnittliche Patientenmorbidity ohne Unsicherheitsindikator gerechnet. Die Berechnung des Unsicherheitsindikators erfolgt dann nur für die Untergrenze, um die Zahl falsch positiver Praxen zu reduzieren, und entspricht dem unteren 95% Konfidenzintervall. Dabei wird vom Punktschätzer der Unsicherheitsindikator abgezogen.

Um die Regressionsmodelle rechnen zu können, wird eine Normalverteilung vorausgesetzt. Berechnungen ohne logarithmische Transformation werden in der Regel bevorzugt. Diese Fragen sind praktisch ungelöst, das Vorgehen ist experimentell.

Erklärende Variablen mit ausreichender Exogenität (niedriges Risiko für Manipulationen) sind PCG, Diagnosen, Franchisen; weniger gut z.B. Hospitalisationen im Vorjahr. Praxen, die dank guter Medizin diagnose- und medikamentenvermeidende Wirkung haben, erscheinen jedoch dann als kostenauffällig («ungerechtfertigt strenge Beurteilung»), insbesondere also Praxen mit niedrigen PCG / Medikamentenkosten, wie etwa in der Alternativmedizin. Dies muss bei der inhaltlichen Interpretation und Modellbeurteilung beachtet werden.

Schliesslich sei noch darauf hingewiesen, dass die Plausibilisierung der ANOVA-Methode, welche im Regressions-Index einfließt, unseren Prüftest nicht bestanden hat (Romanens et al., 2021). Zu häufig korrigierte der ANOVA-Index in die falsche Richtung.

Rechtsaspekte

Die Prüfung der Wirtschaftlichkeit mit einer statistischen Methode ist das einzige je in der Schweiz zugelassene Beweismittel (Altwicker et al., 2018). Dies bedeutet, dass die Erarbeitung von prognostischen Vorannahmen, welche allenfalls einen Beweis mitbegründen könnten, der Statistik von santésuisse überlassen wird, obwohl santésuisse grosses Interesse daran hat, auffällige Ärztinnen und Ärzte zu produzieren, wie der Ethikrat für Statistik der Schweiz richtig bemängelt hat (Tschopp, 2005). Während bei der Beurteilung einer Straftat des Strafgerichts, wie etwa bei einem Mordfall, gewisse Vorannahmen richterliche Entscheide beeinflussen, berücksichtigen unsere Versicherungsgerichte bei der Frage der Überarztung allerdings keine Vorannahmen. Solche wären etwa eine Verschuldung oder die Anschaffung teurer, zu amortisierender Geräte etc. Dies ist zu bemängeln, liefern solche Vorannahmen doch mitunter wichtige Hinweise auf eine Motivation zur Überarztung, etwa wenn eine Praxis Geräte anschafft, die mit ihrem Patientengut und in ihrem Einzugsgebiet ohne Überarztung schwerlich zu amortisieren sein dürften. Stattdessen wird eine grundsätzliche Motivation angenommen: die Motivation der Ärztinnen und Ärzte, ihren Umsatz zu steigern. Dies mag ökonomisch betrachtet einleuchten, hat aber den Charakter einer generellen Vorverurteilung und widerspricht insofern der Sicht der Unvoreingenommenheit, zu der das Recht verpflichtet ist (Romanens, Warmuth, Schober, Koop, & Kurth, 2019).

Im Ergebnis entsteht bei erhöhten Kosten also die Situation, dass eine Beweisumkehr stattfindet, indem Ärztinnen und Ärzte gegenüber santésuisse die erhöhten Kosten begründen müssen, ohne dass dies regelgerecht über Outcome-Daten erfolgen würde. Die Folge davon ist, dass Ärztinnen und Ärzte die erhöhten Kosten nicht begründen können und dann rasch in Vergleichszahlungen einwilligen. Dabei kann es vorkommen, dass santésuisse für die folgenden Jahre gleich auch noch Regresse einfordert, mit der Begründung, man wolle sich ja nicht jedes Jahr wieder zu Vergleichsverhandlungen treffen. Zudem wurden und werden die Medikamentenkosten weiterhin falsch bewertet. Prof. Kieser hat hierzu für den VEMS ein Kurzgutachten erstellt (Kieser, 2018) und stellt fest, dass bei der Abklärung der Wirtschaftlichkeit ärztlicher Leistungen die Medikamentenkosten anders als andere ärztliche Leistungen und Kosten zu berücksichtigen sind. Medikamente sind durch die behördlichen Verfahren also per Definition WZW-konform und müssen

entsprechend in den Berechnungen der Wirtschaftlichkeit (RSS-Index, Anova-Index, Regressions-Index) als Morbiditäts-Variable verwendet werden.

Schlussfolgerungen

Der Systemfehler in den Wirtschaftlichkeitsverfahren wurde um 1950 in der Schweiz eingeführt und mit immer mehr verfeinerten Methoden perpetuiert (Romanens, Warmuth, Schober, et al., 2019).

Die Folge davon sind ein Globalbudget in der medizinischen Versorgung, eine erpresste Regresssumme durch die Krankenversicherer in der Grössenordnung von insgesamt mindestens einer Milliarde Franken, eine Diffamierung ärztlicher Tätigkeit durch angeblich unwirtschaftliche Rechnungsstellung und insgesamt eine Diskreditierung der gesamten Ärzteschaft. Diese hat grosse Mühe, der solcherart erzeugten falschen Wahrnehmung einer Erzählung der «Abzockerärzte» dahingehend entgegenzuwirken, dass sie bewusst macht: unter einer unfairen Behandlung der frei praktizierenden Ärztinnen und Ärzte leiden letztlich deren Patientinnen und Patienten. Dies der Öffentlichkeit bewusst zu machen, indem Journalistinnen und Journalisten entsprechend informiert werden, wäre Aufgabe der FMH. Stattdessen dient diese aber den Interessen der Versicherer zu und bedient deren falsche Narration der «Abzockerärzte»; sie schützt ihre Verbandsmitglieder nicht, sondern streut ihnen Sand in die Augen und täuscht ihnen eine falsche Sicherheit vor. Das ist inakzeptabel; kein Branchenverband der Schweiz verhält sich derart unfair zu seinen Mitgliedern.

Wir verlangen ein WZW-Moratorium, die Auflösung des WZW-Vertrages und die komplette Neudefinition von Unwirtschaftlichkeit. Dies kann nicht mehr Angelegenheit der privaten Vereine santésuisse, curafutura und FMH sein. Die Behörden können diese Tätigkeit offensichtlich nicht mehr delegieren.

Literatur

- Altwicker, T., Biaggini, G., Marti, A., Widmer, L., Karlen, P., & Auer, C. (2018). Statistikbasierte Argumentation im Verwaltungsrecht. *Schweizerisches Zentralblatt Für Staats- Und Verwaltungsrecht*, 1–17.
- Kieser, U. (2018). *Berücksichtigung von Medikamentenkosten bei der Wirtschaftlichkeitsprüfung*. Retrieved from <https://docfind.ch/Kieser082018.pdf>
- Müller, P., & Kessler, T. (2021). Erfahrungsaustausch zur neuen Screening-Methode im Bereich Wirtschaftlichkeitsprüfung. *Schweizerische Ärztezeitung*, 102(03), 73–75. <https://doi.org/10.4414/saez.2021.19520>
- Romanens, M. (2017). Globalbudgets im Gesundheitswesen. *NZZ* 15.12.2017. Retrieved from <https://www.nzz.ch/meinung/globalbudgets-im-gesundheitswesen-ld.1330821>
- Romanens, M., Warmuth, W., & Kurth, F. (2019). Wie die Krankenversicherer die Wirtschaftlichkeitsverfahren als Bereicherungssystem missbrauchen. *Schriften Des VEMS*. Retrieved from <https://physicianprofiling.ch/wp-content/uploads/2021/01/PolynomicsGutachtenComments112019.pdf>
- Romanens, M., Warmuth, W., & Kurth, F. (2021). *Plausibilisierung des ANOVA-Indexes in der medizinischen Grundversorgung*. 1–12. Retrieved from <https://physicianprofiling.ch/wp-content/uploads/2021/01/ANOVA-Artikel.pdf>
- Romanens, M., Warmuth, W., Schober, T., Koop, P., & Kurth, F. (2019). *WZW Aufbereitung*. Retrieved from <https://www.docfind.ch/VEMSAufarbeitungWZW.pdf>
- Rüefli, C., Zweidler, R., & Koci, M. (2016). *Evaluationsstandards der Schweizerischen Evaluationsgesellschaft (SEVAL)*. Retrieved from https://www.seval.ch/app/uploads/2018/01/SEVAL-Standards-2016_d.pdf
- Telser, H. (2017). *Schlussbericht Polynomics WZW Verfahren*. Retrieved from https://docfind.ch/Polynomics_Wirtschaftlichkeitspruefungen_Schlussbericht_20170929.pdf
- Tschopp, P. (2005). *Stellungnahme des Ethikrates zur Leistungserbringerstatistik von santésuisse*. Retrieved from http://www.ethikrat-stat.ch/de/assets/File/faelle/a1_Scan.pdf