



Das Versagen der Aerzteschaft bei der Kosten- effizienz- Beurteilung

Zusammenfassung

Wirtschaftlichkeit ist definiert durch effiziente medizinische Behandlung, also geringere Kosten bei gleichen Behandlungseffekten.

Dieser Grundsatz wurde bei der Prüfung ärztlicher Tätigkeit nie berücksichtigt. Er wurde ersetzt durch ungefähre Behelfsvariablen, welche die Beziehung zwischen Effizienz und Effektivität ersetzen sollen.

Behelfsvariablen sind vergleichsweise hohe Durchschnittskosten (ANOVA-Methode) oder durch den Arzt verordnete hohe Medikamentenkosten (REGRESSIONS-Methode). Beide Methoden sind nicht in der Lage, ärztliche Unwirtschaftlichkeit auch nur annähernd korrekt zu detektieren. Trotzdem wurde mit diesen Methoden zahlreiche Vergleiche und Gerichtsverfahren ausgefochten, praktisch immer zum Schaden der Aerzteschaft.

Die Geschichte dieses grössten Justizskandals in der Schweizerischen Rechtsprechung wird im Folgenden summarisch aufgearbeitet.

Es geht um eine durch santésuisse durchgesetzte und von Aerzten im Ergebnis sehr wohl tolerierte Falschbeurteilung von 25'000 Aerztinnen über 10 Jahre (2008-2017) mit einer der Aerzteschaft erpressten Regresssumme von geschätzten 1.25 Mia. Fr (50'000 Fr. pro Fall). Durchgesetzt wurde diese Falschbeurteilung durch die ANOVA-Methode, welche das Seminar für Statistik der ETH Zürich bereits 2008 als statistisches Verfahren in den Wirtschaftlichkeitsverfahren falsifizierte und welche auch von den Krankenversicherern selbst in wissenschaftlichen Arbeiten nie empfohlen wurde (CSS-Versicherung, Prof. K. Beck).

Das Ergebnis dieser Aufarbeitung ist eindeutig. Die Aerzteschaft hat zahlreiche rote Linien überschritten, welche es der Assekuranz gestattet haben, diese Geschichte im Sinne der Assekuranz zu schreiben. Das Nachgeben der Aerzteschaft in entscheidenden Fragen ärztlicher Kosteneffizienz, mithin das **Überlassen der Berechnungsmethoden zur Feststellung der Kosteneffizienz ärztlicher Tätigkeit an die Assekuranz**, hat es ihr sehr einfach gemacht, Wirtschaftlichkeit im eigenen Sinne zu modellieren.

Die Effizienz der Wirtschaftlichkeitsverfahren ist dabei weder erwiesen noch wahrscheinlich. Gemäss unseren Nachforschungen über 20 Jahre sind die Wirtschaftlichkeitsverfahren der Assekuranz unwirtschaftlich.

Um eindeutige Evidenz in diesen Fragen zu erarbeiten, sind flächendeckende Studien notwendig. Wir schlagen vor, dass Bundesstellen ein Studien-Design entwickeln, in welchem anhand geeigneter Prüf-Variablen über 12 Jahre 6 Zyklen mit und ohne Wirtschaftlichkeitsverfahren auf die Versorgungskosten beobachtet werden. Dies mit der Hypothese, dass die Sistierung der Wirtschaftlichkeitsverfahren in den Moratoriums-Jahren keinen signifikanten, durch zu definierende erklärende Variablen, Anstieg von nicht notwendigen Versorgungskosten erzeugt. Mit dieser Studie könnte bewiesen werden, dass die Wirtschaftlichkeitsverfahren nur Kosten erzeugen und damit nicht kosteneffizient sind.

Wirtschaftlichkeitsverfahren im geschichtlichen Kontext

Von 1881-1985 beurteilen einzelne Krankenversicherer subsidiär im Auftrag des Bundes die Wirtschaftlichkeit medizinischer Leistungen. Die Krankenversicherer haben früh die Durchschnittskosten-Methode entwickelt, mit welcher anhand der Statistik von Rechnungsstellerdaten überhöhte Kosten als Indiz oder Beweis für Überarztung in Schiedsgerichten und versicherungsgerichtlichen Verfahren rechtlich immer mehr akzeptiert wurden. Dieser Index der Durchschnittskosten wurde vor 1985 kantonal unterschiedlich verwendet [1]. Aufgrund grundsätzlicher Fragen wurde die Validität der Durchschnittskosten-Methode allerdings früh infrage gestellt [2].

Rechtswissenschaftliche Überlegungen, auch aufgrund von empirischen Beobachtungen anhand von grossen Datensätzen der Rechnungsstellerdaten liessen erhebliche Zweifel aufkommen, dass die Durchschnittskosten-Methode als Beweismittel für Überarztung taugt, wie Dr. Theo Käslin aus Luzern in einem ausgedehnten Übersichtsartikel und anhand eines Fallbeispiels aufzeigen konnte [2]. In der Schweizerischen Zeitschrift für Sozialversicherungen erklärt der Redaktor Theodor Reich 1972, dass die Durchschnittskosten-Methode für die Beurteilung der Wirtschaftlichkeit «ungeeignet» ist [2].

Zwar wurde der Methode zugutegehalten, dass immer auch mit Einzelfallprüfungen und Studium der Diagnosen und Krankengeschichten Verdachtsfälle einer Überarztung durch unabhängige Fachpersonen überprüft wurden, um die Beweislast zu verbessern. Doch wurde auch bald moniert, dass die korrekte Würdigung dieser Zusatzinformationen durch externe Gutachter subjektiv sei [2], und heutige Erfahrungen zeigen, dass diese Expertise jungen unerfahrenen Spezialistinnen von *santésuisse* ohne eigentliche medizinische Fachausbildung übertragen wurden (eigene Beobachtungen).

Dr. Theo Käslin führt aber auch aus, dass Ärztinnen und Ärzte die Durchschnittskosten-Methode als mögliches Beurteilungssystem nie konsequent bekämpft und damit indirekt akzeptiert haben: «Es erscheint kaum zweifelhaft, dass die Anwendung des Durchschnittsberechnungssystems weder rechtlich noch sachlich haltbar ist. Wo, wie z.B. im Kanton Luzern, die Anwendung dieses Systems ausdrücklich vorbehalten wird, scheint ein an sich unzulässiges Überprüfungssystem verbindliche Wirkung zu erhalten. Prima vista braucht man sich darüber umso weniger aufzuhalten, als ja der Ärzteschaft vor Erlass der Verordnung Gelegenheit geboten wurde, dazu Stellung zu nehmen. Wenn sie sich also freiwillig in ihrer Rechtsstellung einengen liess, so war das ihre Sache. Denn weder handelt es sich um ein unverzichtbares Recht, noch wird dadurch ein verfassungsmässig garantiertes Recht verletzt. Trotzdem bleibt auch hier die Tatsache bestehen, dass ein an sich sachliches und rechtlich unhaltbares System durch behördliche Verfügung eine ihm nicht zukommende Beweiskraft erhalten hat. Es liegt hier an der Schiedsgerichtspraxis, diesem System jene modifizierende Beweisqualität

zuzuerkennen, welche im zukommt, nämlich als Indizienbeweis. Die bisherige Praxis lässt allerdings befürchten, dass die Schiedsgerichte dieser Forderung auch in Zukunft kaum gerecht zu werden vermögen». Wie die folgenden Jahrzehnte zeigen sollten, hat die Schiedsgerichtspraxis mitnichten eine modifizierende Beweisqualität zuerkennen können. Auch Rechtswissenschaftler haben sich bis heute gegen das Verfahren der Durchschnittskosten gewandt [3–7].

Mit der Gründung des Konkordats der Schweizerischen Krankenversicherer [8] wurde nämlich das System der Durchschnittskosten-Methode von der kantonalen auf die nationale Ebene transferiert und mit einer angeblich neuen Statistik (ANOVA-Methode) begründet. Santésuisse liess am 28.09.2005 in einem genialen Schachzug Dr. Hans-Rudolf Roth und Prof. Dr. Werner Stahel Seminar für Statistik, ETH Zürich, in einem Gutachten mit dem Titel «Die ANOVA-Methode zur Prüfung der Wirtschaftlichkeit von Leistungserbringern nach Artikel 56 KVG» die ANOVA-Methode mit der Auszeichnung durch die ETH Zürich validieren [9]. Damit gelang santésuisse, die Glaubwürdigkeit der Methode durch «unabhängige» aber von santésuisse bezahlte Gutachter auch in der Aerzteschaft zu zementieren.

Früh regte sich jedoch massiver Widerstand gegen die ANOVA-Methode, als z.B. im Kanton Tessin festgestellt wurde, dass diese katastrophale Falschbehauptungen Überarztung erzeugten. Korrekt arbeitende Fachdisziplinen waren mit der Durchschnittskosten-Methode nicht unwirtschaftlich, mit der ANOVA-Methode plötzlich unwirtschaftlich. Der Druck der Tessiner Aerztinnen war enorm, und der Präsident der Tessiner Aerztegesellschaft, Dr. med. Franco Denti, sah sich veranlasst, die Gutachter der ETH Zürich im Jahr 2008 die Situation im Kt. Tessin aufgrund der verfügbar gemachten Rechnungsstellerdaten zu überprüfen. Im Ergebnis fanden die Gutachter, dass die ANOVA Methode Mängel aufweise und dass weitere Forschung notwendig sei [10].

Wir haben früh von diesem «vertraulichen» zweiten Gutachten über lokale Ärztinnen erfahren und erhielten das Gutachten zur weiteren Verwendung. Nach einer Würdigung der Inhalte haben wir das Gutachten im Internet publik gemacht. Postwendend wandte sich Dr. Denti an uns, das Gutachten von unserer Website zu entfernen [11]. Als wir uns weigerten, erhielten wir einen Drohbrief von Prof. Urs Saxer, welcher von Dr. Denti in dieser Angelegenheit beauftragt wurde [12].

Dieses zweite «vertrauliche» ETH Gutachten ist alsdann von der Bildfläche verschwunden, wir haben den Link dazu entfernt. Die Falsifizierung der ANOVA-Methode war damit erledigt, santésuisse hatte über vermutliche Hinterzimmer-Aktivitäten erfolgreich die inexistente Validität der ANOVA-Methode zementiert und damit auch die Versicherungsgerichte, die Schiedsgerichtspraxis und die Methode allgemein selbst bis tief in die Aerzteschaft in ihrem Sinn beeinflusst.

Auch hier hat die Aerzteschaft reihenweise rote Linien überschritten und sich und ihre Patientinnen den Willkür-Verfahren von santésuisse unterworfen. Früh wurde dabei auch das Interesse der Patienten am Arztgeheimnis zur Disposition gestellt; die Arztinteressen für die Selbstverteidigung wurden auch rechtlich problemlos toleriert: damals gestattete KUVG Art. 18 (heute im KVG geregelt) in solchen Kontexten problemlos den Zugang zu den Patientenakten.

Selbstverständlich wusste die FMH, dass die ANOVA-Methode im Wesentlichen zu wenig die Morbiditätsfaktoren der Patientinnen berücksichtigt, wie dies seit 2008 von den Kassen selbst in einer wissenschaftlichen Arbeit festgestellt worden war [13–15]. Wir haben deshalb nochmals zwei externe Gutachten finanziert, um mehr Druck auf santésuisse auszuüben, das Verfahren zu ändern [16,17]. Immerhin konnte damit bewirkt werden, dass die Politik aktiv wurde und eine Motion von NR Cassis / Heim eingereicht, welche zu einer Gesetzesänderung führte, wonach die Krankenversicherer und die FMH eine neue Methode zu erarbeiten hätten, wie wir ausführlich in unseren Dokumenten 2014 beschrieben hatten [18]. Denn das Problem der ANOVA-Methode lag schlicht darin, dass Aerzte, welche teure Patienten behandeln wollten, in der mathematischen Maschinerie von santésuisse als unwirtschaftlich erschienen, wie wir in einem Eckwertpapier der FMH, damals als Mitglied der technischen Arbeitsgruppe WZW, darlegen konnten [19]. Der Einwand der hohen Kosten wegen hoher Morbiditätslast konnte dann jeweils mitnichten durch die Aerzte entkräftet werden. Hier begann santésuisse ein Willkürsystem zu zementieren, welches zu tausendfachen Zahlungen durch erpressbare Ärztinnen und Ärzte führte, welche dann ihrerseits letztlich nicht weiter als ein tausendfaches Schuldeingeständnis bewirkte.

Schliesslich musste aber auch santésuisse das Einsehen haben und beurteilt Ärztinnen und Ärzte seit 2018 mit dem Regressionsindex. Dieser korrigiert den ANOVA-Index aufgrund von Medikamentenkosten, welcher der Arzt veranlasst oder rezeptiert. Je höher die Medikamentenkosten, desto tiefer fiel nun der Regressionsindex aus. Dies wurde dann auch von der FMH als wichtiger Schritt in der Versachlichung der Wirtschaftlichkeitsverfahren verkauft [20,21], obwohl das natürlich aus verschiedenen Gründen nicht der Fall war [22,23]. Denn mit der Capitation der Kosten auf Arzzebene wurde nicht die Patientenmorbidity insgesamt erfasst, sondern die Morbidity, die der Arzt behandelte (Pseudocapitation). Dazu haben wir ein Teaching Tool verfasst (<https://physicianprofiling.ch/teaching-tool/>). Das Problem der Pseudocapitation führt dazu, dass ohne Rezept ein gesunder Patient erzeugt wird, obwohl dies medizinisch komplett falsch sein kann. Anstelle des ANOVA-Problems tritt nun das REGRESSION-Problem auf: billige (=wenig rezeptierende Ärztinnen und Ärzte) verrechnen «unnötige» Behandlungskosten bei scheinbar Gesunden. Auch hier kennt die FMH das Problem, bekämpft es aber nicht grundsätzlich, weil santésuisse und sasis nicht die Datengrundlage haben, eine echte Capitation zu berechnen. Aktuell versucht deshalb die FMH, über den Umweg der Praxisbesonderheiten eine Lösung zu finden und liefert sich damit erneut und ohne Not der Beurteilungs-Willkür durch santésuisse aus.

Besonders stossend waren hängige Verfahren, welche bis und mit 2017 mit der ANOVA beurteilt wurden und in welchen sich santésuisse weigerte, rückwirkend den Regressionsindex zu berechnen. Wir haben deshalb eine Aufsichtsbeschwerde formuliert [24,25].

Erstmals liess jedoch der Bieler Arzt Dr. med. Werner Kaiser es sich nicht gefallen, mit dem ANOVA-Index berechnet zu werden, da er viele teure Patienten betreute. Via Bundesgericht [26] und anschliessendem Versicherungsgericht konnte er erwirken, dass die Regressforderungen über 500'000 Fr. wegen normalen Regressions-Index über drei Jahre vaporisierte und er am Schluss gar nichts

bezahlen musste [27]. Der Schaden lag bei santésuisse, welche insgesamt 500'000 Regressforderung zu 150'000 Fr. Verwaltungs- und Anwaltskosten in den Sand gesetzt hat. Der Regressionsindex beispielsweise wurde durch Polynomics nachgerechnet zu Kosten von 15'000 Fr. Entsprechend muss gefolgert werden, dass santésuisse die Daten hatte, aber nicht die intellektuelle Kapazität, diese Berechnungen selber durchzuführen. Was dies für die Erzeugung von Regressions-Indexen durch die Krankenversicherer bedeutet, wäre sicher durch unabhängige Instanzen zu untersuchen, zumal es nicht sein kann, dass ein privater Verein wie santésuisse derart wichtige Berechnungen selber durchführt und noch nicht einmal die Ethikcharta für Statistik unterschrieben hat [28–30]. Auch heute noch werden Ärztinnen und Ärzte mit der ANOVA-Methode erfolgreich zu Rückzahlungen gezwungen, obwohl mit dem medikamenten-basierten Index MBI rasch überprüfbar wäre, wie der Regressions-Index resultieren würde [31].

Die Kosteneffizienz medizinischer Leistungen ist besser, wenn bei gleichen Kosten Morbidität, Mortalität und assoziierte Versorgungs- und soziale Folgekosten geringer sind.

Dieser Grundsatz wird heute durch die Wirtschaftlichkeitsverfahren weiterhin in keiner Weise berücksichtigt. Damit ist auch klar, dass es bei den Wirtschaftlichkeitsverfahren nicht um Wirtschaftlichkeit geht, sondern um Kosten, die die Krankenversicherer gerne vermeiden möchten.

Auf der politischen Ebene ist es santésuisse mit dieser Verleumdungstaktik und Dank der Aerzteschaft / FMH gelungen, dass Narrativ der teuren = unwirtschaftlichen Medizin auf breiter gesellschaftlicher Ebene und bis tief ins politische Bewusstsein hinein zu verankern, bedauerlicherweise in allen politischen Lagern von rechts bis links. Heute gilt bei den Kosten im Gesundheitswesen die automatische Schuldvermutung.

Mit dem Trick der Pseudo-Capitation wird zudem Versorgungsforschung auf Krankenversicherer-Ebene betrieben, eine Feigenblatt Forschung für inexistente Versorgungsforschung durch Public Health und das BAG.

Wir schlagen deshalb ein Prüfverfahren-Moratorium vor, dass Bundesstellen unter öffentlicher Kontrolle, unter Berücksichtigung der GEP-Kriterien (good epidemiological practice) und nach Validierung des Studiendesigns durch den Ethikrat für Statistik ein Studien-Design entwickeln, in welchem anhand geeigneter Prüf-Variablen über 12 Jahre 6 Zyklen mit und ohne Wirtschaftlichkeitsverfahren auf die Versorgungskosten beobachtet werden. Dies mit der Hypothese, dass die Sistierung der Wirtschaftlichkeitsverfahren in den Moratoriums-Jahren keinen signifikanten, durch zu definierende erklärende Variablen, Anstieg von nicht notwendigen Versorgungskosten erzeugt, allenfalls auch bekräftigt durch besseren Outcome und eine Reduktion der direkten und indirekten Kosten als Folge des Moratoriums.

Es wird im Folgenden zu begründen sein, warum eine solche Studie allenfalls bekämpft wird. Damit erreichen wir einen öffentlichen Diskurs über die Effizienz der Medizin.

Literaturangaben

1. WZWHistoryA. [cited 2021 Oct 23]; Available from: <https://docflind.ch/WZWHistoryA.pdf>
2. WZWHistoryB. [cited 2021 Oct 23]; Available from: <https://docfind.ch/WZWHistoryB.pdf>
3. Kieser U. Berücksichtigung von Medikamentenkosten bei der Wirtschaftlichkeitsprüfung [Internet]. 2018. Available from: <https://docfind.ch/Kieser082018.pdf>
4. Kieser U. Wirtschaftlichkeitskontrolle in der Krankenversicherung. Schweizerische Aerztezeitung. 2014;96(51/52):2014.
5. Altwicker T, Biaggini G, Marti A, Widmer L, Karlen P, Auer C. Statistikbasierte Argumentation im Verwaltungsrecht. Schweizerisches Zentralblatt für Staats- und Verwaltungsrecht. 2018;1–17.
6. Kieser U. Rechtsgutachten WZW Verfahren. Available from: www.physicianprofiling.ch/kieser2011.pdf
7. Kieser U. Gutachterliche Äusserung zur vertraglichen Festlegung einer Methode zur Kontrolle der Wirtschaftlichkeit (Art . 56 Abs . 6 KVG) erstattet dem Verein Ethik und Medizin in der Schweiz (VEMS) [Internet]. 2015. Available from: www.docfind.ch/Kieser122015.pdf
8. Rhyn P. Geschichte - santésuisse - Die Schweizer Krankenversicherer [Internet]. [cited 2021 Oct 23]. Available from: <https://www.santesuisse.ch/ueber-santesuisse/unternehmen/geschichte>
9. Roth H, Stahel W. WZW Gutachten ETH 2005. Semin für Stat ETH Zürich [Internet]. 2005; Available from: www.docfind.ch/WZWGutachtenETH2008.pdf
10. Roth P, Stahel W. ANOVA Gutachten Kanton Tessin. Semin für Stat ETH Zürich [Internet]. 2008; Available from: <https://www.docfind.ch/WZWGutachten2ETH2008.pdf>
11. Dei O, Del M, Ticino C. o ~ ct [Internet]. [cited 2021 Oct 23]. Available from: <https://docfind.ch/WZWDentiBrief2010.pdf>
12. Hüsey [Internet]. 2010 [cited 2021 Oct 23]. Available from: <https://physicianprofiling.ch/wp-content/uploads/2021/05/OrdineMediciSchreibenProfSaxer29032010.pdf>
13. Von Rotz S, Kunze U, Beck K, Rotz S, Kunze U, Beck K, et al. Der Ärzteindex: Ein Instrument zur Beurteilung der Wirtschaftlichkeit von Grundversorgern. Gesundheitsökonomie und Qual [Internet]. 2008;13(3):142–8. Available from: <https://docfind.ch/aerzteindex2008.pdf>
14. Beck K. Consano Symposium 2007: Statistische Beurteilung chronischer Patienten aus Sicht der Krankenkassen [Internet]. 2007. Available from: <https://docfind.ch/ConsanoSymposiumBeck092007.pdf>
15. Beck K, Trottmann M, Zweifel P. Risk adjustment in health insurance and its long-term effectiveness. JHealth Econ [Internet]. 2010;29(4):489–98. Available from:

- pm:20434784%5Cnhttp://physicianprofiling.ch/HealthEconomicsPCGArticleBec
kWorkingPaper2006.pdf
16. Lux G, Dahl H, Wasem J. Beurteilung des Screening-Verfahrens der Krankenversicherer in der Schweiz zur Identifikation von Überarztung Bericht zu einem vom Verein Ethik und Medizin Schweiz geförderten Projekt. Univ Duisbg Ess [Internet]. 2010;(182). Available from: <https://www.wiwi.uni-due.de/fileadmin/fileupload/WIWI/pdf/182.pdf>
 17. Schwenkglens M. Vergleich verschiedener Instrumente (Rechnungsstellerstatistik der santésuisse und Praxisspiegel der Trustcenter) zur Beurteilung der von Schweizer Ärzten in der Grundversorgung verursachten Behandlungskosten. Statistischer Studienbericht. ECPM [Internet]. 2010; Available from: http://www.newindex.ch/__temp/NI_Statistischer_Bericht_07_2010_D.pdf
 18. Romanens M, Ackermann F. Prüfung der Wirtschaftlichkeitsprüfung von santésuisse. VEMS Ethical Board [Internet]. 2014;1–129. Available from: <http://physicianprofiling.ch/WZWStatistik2014.pdf>
 19. Romanens M. Eckwertepapier FMH [Internet]. 2013. Available from: https://docfind.ch/Eckwertepapier_WZW_2013_11_26.pdf
 20. Kessler T, Brunner L, Trittin A. Neue Screening-Methode im Rahmen der Wirtschaftlichkeitskontrolle. Schweizerische Ärztezeitung [Internet]. EMH Media; 2018 Oct 10 [cited 2019 Jun 2];99(41):1390–1. Available from: <https://doi.emh.ch/saez.2018.17209>
 21. Müller P, Kessler T. Erfahrungsaustausch zur neuen Screening-Methode im Bereich Wirtschaftlichkeitsprüfung. 2021;102(3):73–5.
 22. Romanens M, Warmuth W, Leipzig G. Analysen zum Regressions-Index von santésuisse zur Wirtschaftlichkeitsprüfung bei Ärztinnen und Ärzte in der Schweiz. [cited 2021 Oct 24]; Available from: <https://docfind.ch/WZWP122019.pdf>
 23. Michel Romanens A, Warmuth W. Das Schweigen der FMH zu den WZW-Untaten: Replik zum Artikel von P. Müller und Th. Kessler [Internet]. [cited 2021 Oct 24]. Available from: <https://physicianprofiling.ch/wp-content/uploads/2021/10/WZWSchweigenFMH.pdf>
 24. Romanens M, Plotke H. Aufsichtsbeschwerde Fairfond [Internet]. 2019. Available from: <https://docfind.ch/AufsichtsbeschwerdeBAG122019.pdf>
 25. Version F. Fairfond Stiftung für Fairness im Gesundheitswesen: Aufsichtsbeschwerde. [cited 2021 Oct 24]; Available from: <https://physicianprofiling.ch/wp-content/uploads/2021/01/Aufsichtsbeschwerde-Version-fr.pdf>
 26. Bundesgericht. BGE Dr. Kaiser [Internet]. [cited 2021 Oct 25]. Available from: https://docfind.ch/BGEKaiser9C_558_2018.pdf
 27. Krankenkassen verzichten auf eine halbe Million von Arzt [Internet]. [cited 2021 Oct 25]. Available from: <https://www.medinside.ch/de/post/krankenkassen-verzichten-auf-eine-halbe-million-von-arzt>
 28. Romanens M. Anwendbarkeit der ANOVA Methode: Eingabe an den Ethikrat

- für Statistik der Schweiz. 2008;1–7. Available from: http://www.ethikrat-stat.ch/de/assets/File/faelle/a4_ANOVA1.pdf%0Awww.docfind.ch/WZWVEMSEthikrat2008.pdf
29. Menzel C. Conseil d'éthique Ethikrat: Stand Ihrer Anfrage [Internet]. Vol. 41, Ethikrat für Statistik. 2009. p. 8090. Available from: www.docfind.ch/EthikratSantesuisse19032009.pdf
 30. Tschopp P. Stellungnahme des Ethikrates zur Leistungserbringerstatistik von santésuisse. [Internet]. 2005. Available from: http://www.ethikrat-stat.ch/de/assets/File/faelle/a1_Scan.pdf
 31. Romanens M, Warmuth W, Schober EA, Koop P, Kurth F. Der MBI zeigt , ob Sie richtig - beurteilt werden. Schweizerische Aerztezeitung. 2019;100(42):1401–3.