

Medizin-Narrative_03

Das Märchen von den bösen Abzocker-Ärzten und den guten Krankenkassen

Stand September 2022



Autoren: Flavian Kurth, Dr. med. Michel Romanens, Dr. rer. nat. habil.
Walter Warmuth, Dr. med. Edward A. Schober, PhD

Projektverantwortung: Dr. med. Michel Romanens

Nutzungsrecht: Verein Ethik und Medizin Schweiz VEMS, Verwendung der
Texte, auch auszugsweise, nur mit Quellenangabe

<http://docfind.ch/VEMSNarrative03.pdf>

Version vom September 2022 Das Papier ist «open for debate», bei Bedarf wird die jetzige Version weiterentwickelt. Wenden Sie sich hierzu an die Korrespondenzperson.

Inhaltsverzeichnis

Das Narrativ	Seite	3
Die Kommunikation des Narrativs	Seite	4
Die Fakten	Seite	5
Die Folgen	Seite	6
Wege aus der Denk-Sackgasse	Seite	7

Das Narrativ

Geschichten, in denen das Gute gegen das Böse ankämpft, haben eine Faszination, die auch in unseren aufgeklärten modernen Gesellschaften ungebrochen scheint. Ihre klare Unterscheidung zwischen Gut und Böse, Richtig und Falsch, mag uns entspannen und uns vielleicht helfen, Kräfte zu sammeln, uns geistig zu erfrischen. Solche Geschichten können auch einen gesellschaftlichen Zusammenhalt leisten, indem wir kollektiv an sie glauben und in diesem gemeinsamen Glauben zusammenfinden. Ein ambivalenter Jesus jedenfalls dürfte es wohl kaum geschafft haben, sich über mehr als zweitausend Jahre in unserem kollektiven Bewusstsein zu halten. Jesus hat seine Versuchungen mit dem Bösen, er kämpft in der Wüste gegen die Verführung Satans an, bleibt stark und steht für das Gute ein, und immer ist klar, was gut ist und was böse.

Im Leben indes sind die Sachverhalte selten so klar. Entsprechend ratlos lassen uns solche Konflikte manchmal zurück. Ob allerdings in einer bestimmten Situation und Konstellation das «Gute», das Gemeinwohl, überhaupt obsiegen *kann*, ist durchaus feststellbar, manchmal sogar erstaunlich leicht, allein mit gesundem Menschenverstand. Stellt man etwa die Füchse an, den Hühnerstall zu bewachen, so darf man sich nicht wundern, wenn immer mal wieder ein Huhn gerissen wird. Reagiert man darauf so, dass man mehr Füchse anstellt, weil der Hühnerstall dann ja besser zu bewachen sei, so ist auch klar, was die Folge sein wird: Irgendwann haben wir keine Hühner mehr, ergo auch keine Eier, dafür ein Rudel zufriedener schmatzender Füchse. Dass diese alles tun werden, den Verdacht von sich abzuwenden, versteht sich. Möglich, dass sie argumentieren würden, die Hühner selbst seien schuld, sie würden sich gegenseitig reissen. Eine Gesellschaft indes, die ihnen das abkaufte, wäre doch eher fragwürdig.

Ganz so schablonenhaft liegen die Sachverhalte im Gesundheitswesen nicht. Versicherer sind keine Füchse, Medizinerinnen und Mediziner keine Hennen und Hühner. Allerdings: Gerade jenem Akteur, der an Rationierung das grösste Interesse haben muss, de facto die Befugnis zu erteilen, eben dies zu tun, und das ohne behördliche Kontrolle, ist schon etwas gar naiv. Das Resultat dieses Settings, in welchem überdies die Versicherungsgerichte die Beweismittel nicht selbst erheben wie üblich, sondern unhinterfragt von den Anklägern übernehmen, ist eine comichafte Erzählung, die mit einer sachlichen Lagebeurteilung nichts zu tun hat: Das Märchen von den guten Versicherern, selbstlos in ihrem Kampf gegen die bösen Abzocker-Ärztinnen und -Ärzte, die sich entgegen den Interessen ihrer Patientinnen und Patienten am Gesundheitswesen persönlich bereichern.

Und während obige Mähr ihre Runden dreht, von unseren Journalistinnen und Journalisten weitgehend eins zu eins nacherzählt, wachsen Versicherungsgebäude in den Himmel, konzentriert sich die Macht weg von den Behandelnden hin zu den Verwaltern, vom Krankenbett in die Administration. Immer weniger Zeit bleibt für die Patientinnen und Patienten, immer mehr steigen die Prämien, und immer weniger haben wir im Krankheitsfall daran. Haben also die Bösen gesiegt und die guten Versicherer den Kampf verloren? Oder könnte es sein, dass die Dinge vielleicht doch nicht so liegen, wie sie erzählt werden? Haben die Versicherer womöglich doch mehr mit den Füchsen obiger Fabel zu tun, als uns lieb sein kann?

Die Kommunikation des Narrativs

In welchem Raster medial über Ärztinnen und Ärzte berichtet wird, die gegen die Wirtschaftlichkeitsverfahren der Versicherer aufbegehren, lässt sich an einem aktuellen Beispiel aufzeigen, dem Artikel «Ärzte werfen den Krankenkassen «erpresserische» Methoden vor» von Simon Hehli in der NZZ vom 17. August 2022. Das Folgende ist nicht eine Kritik an der NZZ per se. Vielmehr ist es so, dass sämtliche Leitmedien derzeit über das Thema in mehr oder weniger diesem Raster berichten, wobei besagter Artikel noch vergleichsweise fair und ausgewogen ist. Bereits der Lead setzt allerdings auch hier die Haltung zum Thema: «Versicherer fordern von Mediziner, die ineffizient arbeiten, Hunderttausende von Franken zurück – die Betroffenen spannen zusammen». Im Lead des Onlineartikels wird die Frage von Gut und Böse angesprochen, jedoch auf den Kopf gestellt: «Betroffene Ärzte haben sich jetzt zusammengeschlossen – doch die Rollenverteilung von Gut und Böse ist nicht so klar, wie sie meinen.»

Christoph Kilchenmann, stellvertretender Direktor von Santésuisse, macht im Artikel folgende Aussage: «Das Verfahren ist transparent und fair, das zeigt auch unsere hohe Erfolgsquote vor Gericht.» Der VEMS hat diesen scheinbar logischen Beweis im Tribünebeitrag «Krankenkassen führen Versicherungsgerichte in die Irre» in der NZZ vom 19.10.2018 demaskiert: So lange die Gerichte die Beweismittel der Versicherer als klagender Partei eins zu eins übernehmen und nicht eigene Beweismittel erheben wie üblich, werden sie bis auf ganz wenige Ausnahmen auch zu deren Urteilen gelangen. Eine solche Rechtsprechung im juristischen Graubereich indes ist mehr als fragwürdig und steht im Widerspruch zu unseren legislativen Grundlagen (siehe hierzu das VEMS-Rechtsgutachten von Prof. Ueli Kieser vom Juni 2017). Dass das Verfahren aus mathematisch-statistischer Sicht mangelhaft ist und untauglich, Überarztung verlässlich zu identifizieren, hat der VEMS in mehreren Papieren mit Hochrechnungen belegt, so etwa in unserem Positionspapier von Juni 2017 (zum jeweils aktuellen Stand siehe unsere WZW-Website).

Die Medien erweisen der Sache einen Bärendienst, wenn sie über diesen systemischen Grundfehler im Setting der Wirtschaftlichkeitsverfahren hinwegsehen und stattdessen der Agenda der Versicherer (ihrer Inserenten notabene) zudienen. Das Verbandsorgan der FMH, die Schweizerische Ärztezeitung, will ein Inserat der im Artikel zu Wort kommenden Ärztinnen und Ärzte nicht schalten. Begründung von Sandra Ziegler, der Geschäftsführerin des Verlags: «Inserate, welche zurzeit die unbefriedigende Situation der Ärzteschaft in den Fokus stellen, können gegenüber den Versicherern falsche Signale setzen und sind für die gemeinsame und konstruktive Lösungsfindung nicht zielführend». Auch mit diesem Kadavergehorsam erweist man der Sache einen Bärendienst. Was wir vermissen, ist der Mut, über Einzelfälle und Anekdoten hinauszuschauen und das Verfahren, sein Setting und die absehbar desaströse Folge davon für Senioren, Mehrfachkranke und Behinderte systematisch aufzuarbeiten. Es bleibt bei der Fabel von Gut und Böse – und als die «Bösen» erscheinen tendenziell eher die freischaffenden Praxen.

Allerdings: An dieser Fabel erzählen auch die Ärztinnen und Ärzte mit. Anstatt zusammenzustehen, schieben sie sich gegenseitig den schwarzen Peter zu und bedienen so die Narrative der Versicherer. Nicht zu vergessen auch: Mit jedem Vergleich, den sie eingehen, obwohl sie wissen, dass sie sich nichts zu Schulden haben kommen lassen, bestätigen und bekräftigen sie deren falsche Erzählung.

Die Fakten

Ob die Versicherer tatsächlich «böse» sind oder einfach nur inkompetent und vielleicht manchmal etwas blind in ihrem Eifer, ihrer Rolle als Hüter über den bedachten Einsatz von Ressourcen gerecht zu werden, ist letztlich irrelevant. Ob die freischaffenden Ärztinnen und Ärzte tatsächlich «böse» sind oder nur etwas naiv und manchmal vielleicht etwas zu sehr auf die allzu optimale Versorgung ihrer Patientinnen und Patienten bedacht, ist letztlich gleichfalls irrelevant. Was zählt, ist dies: Das Wirtschaftlichkeitsverfahren, wie es derzeit läuft, seine Methode und vor allem sein Setting im Rahmen der Gerichtbarkeit, ist tatsächlich böse. Dies insofern: Es schafft nur Verlierer, in erster Linie bei den Patientinnen und Patienten. Es stiftet einen heillos unsachlichen Krieg der Akteure unseres Gesundheitswesens, kleinkrämerisch und unmenschlich, unwürdig einer aufgeklärten Wissensgesellschaft, unwürdig der Schweiz mit ihrer wissenschaftlichen und humanitären Tradition und Verpflichtung. Das ist inakzeptabel, hat aber leider eine längere Geschichte, und diese ist für die FMH keine rühmliche Geschichte.

Bereits im Mai 2008 stellt ein Gutachten der ETH Zürich für den Kanton Tessin bei der ANOVA-Methode grundsätzliche Mängel fest und kommt zum Schluss, «die Frage, wie für den Kanton Tessin (und vielleicht auch für andere Kantone mit speziellen Strukturen) die Facharzt-Effekte geschätzt werden», solle neu überlegt werden. Konstantin Beck kommt in seinem Vortrag «Statistische Beurteilung chronischer Patienten aus Sicht der Krankenkassen» vom September 2007 zum selben Schluss. 2013 hat der VEMS als Mitglied der technischen Arbeitsgruppe WZW der FMH ein Eckwertepapier erarbeitet, welches von der FMH als Positionspapier übernommen worden ist. Ebenfalls 2013 haben wir im Auftrag der FMH die technischen Grundlagen für die Verbesserung des WZW-Screening-Verfahrens in einer Präsentation erarbeitet.

Mit der Übernahme der Leitung der Arbeitsgruppe durch Urs Stoffel hat sich dieser Mitgestaltungswille dann allerdings erschöpft und die FMH auf einen Kurs des Kuschens vor den Versicherern umgeschwenkt. Bereits 2008 wurde offiziell publiziert, was seit 2006 bekannt ist: dass der Regressionsindex unter Verwendung von PCG-Morbiditätskriterien die Morbidität der ambulant behandelten Kranken deutlich besser abbildet als der ANOVA-Index. Die Versicherer haben den falschen ANOVA-Index dann aber bis 2017 weiterhin angewendet, womit über zwölf Jahre rund 30'000 vermeintliche «Überarztbeweise» künstlich fabriziert wurden. Wie hoch die solcherart ertrogenen Bussgelder und Vergleichszahlungen sind und wohin diese Gelder geflossen sind: niemand fragt danach, und die FMH schaut in Genickstarre weg. Darüber haben wir Urs Stoffel mehrfach in Kenntnis gesetzt und sind immer wieder mit Ausflüchten abgespeist worden.

Mit dem neuen Verfahren haben wir nun einerseits eine Verbesserung, andererseits aber auch neue Möglichkeiten der Falschbeurteilung. Zugunsten der Versicherer, versteht sich. Die «Liste der pharmazeutischen Kostengruppen (PCG-Liste)» des EDI listet alle Medikamente auf, welche bei der Beurteilung der Morbidität berücksichtigt werden. Wer mit anderen Medikamenten behandelt (etwa Naturheilkunde oder Homöopathie) oder anders (etwa Gesprächstherapie, nicht Psychopharmaka), dessen Patientinnen und Patienten gelten als gesund, sie oder er ergo als Überärztin oder Überarzt.

Die Folgen

Vor obigem Hintergrund zu setzen «Versicherer fordern von Medizinerinnen, die ineffizient arbeiten, Hunderttausende von Franken zurück» und den Kampf von Ärztinnen und Ärzten für eine faire Beurteilung mit «die Betroffenen spannen zusammen» zu rahmen, wird den effektiven Sachverhalten nicht gerecht. Insbesondere, wenn, wie im Artikel erwähnt, Busszahlungen gefordert werden, die das Jahresgehalt übersteigen, sollte doch wohl ersichtlich sein, dass wir es hier nicht zwingend mit ineffizient arbeitenden Ärztinnen und Ärzten zu tun haben, sondern wohl eher mit einem ineffizienten Beurteilungsverfahren der Versicherer. Wie oben aufgezeigt, hat die Verschleppung von Verbesserungen des Verfahrens und die Weiterführung mangelhafter Grundlagen zugunsten der Versicherer durchaus System und auch durchaus Züge eines etwaigen Betrugs. Zu bewirken, dass dies juristisch aufgearbeitet wird, dazu könnten die Medien einen Beitrag leisten, den wir derzeit leider nicht wahrnehmen.

Konfrontiert mit der Kalkulation des VEMS, jährlich würden die Versicherer mit den Verfahren 50 Millionen Franken generieren, kann Christoph Kilchenmann nur den Kopf schütteln. «Es sind im Schnitt rund 5 Millionen Franken», behauptet er. Ohne allerdings vorzurechnen, wie er auf diesen Betrag kommt, ohne zu sagen, wie sichergestellt wird, dass dieser Betrag an die jeweiligen Versicherten der vermeintlich betrogenen Versicherungen zurückfliesst. Und dann verplappert er sich: «Entscheidender ist aber ohnehin, dass die Kontrollen kostendämpfend wirken.» Das, so scheint es, ist also die traurige Wahrheit in diesem absurden Märchen von Gut und Böse: Es geht gar nicht darum, die tatsächlichen schwarzen Schafe zu identifizieren, das wäre den Versicherern wohl auch zu mühsam. Worum es hier effektiv geht, ist das Setzen eines generellen Klimas der Angst unter den frei praktizierenden Ärztinnen und Ärzten. Dieses soll sie zu einem tendenziell restriktiven Verschreibungsverhalten animieren, auch wenn so vielleicht auch mal die eine Patientin oder der andere Patient unterversorgt wird, kostendämpfend zu wirken, wie es Christoph Kilchenmann etwas salopp formuliert.

Die Folgen für Seniorinnen und Senioren, Mehrfachkranke und Behinderte sind klar: sie können froh sein, überhaupt noch eine ambulante Praxis zu finden, die bereit ist, sie zu behandeln. Für die behandelnden Ärztinnen und Ärzte bedeutet ein solcherart fehlgeleitetes und in der Folge fehlleitendes Verfahren, im Interesse ihres wirtschaftlichen Überlebens primär ihren Index zu behandeln und erst sekundär ihre Patientinnen und Patienten. Das ist etwas überspitzt formuliert, zugegeben. Es stellt sich aber doch die Frage, wie es gelingen soll, fähige, engagierte Medizinerinnen und Mediziner für eine Praxisgründung oder -übernahme zu gewinnen. Oder will man das vielleicht gar nicht, vielmehr das Gegenteil bewirken? Wie indes, wäre dem so, eine zentralisierte Medizin besser funktionieren sollte als unser über Jahrzehnte bewährtes Schweizer Modell der freien ambulanten Praxen, steht in den Sternen. Medizin ist nun einmal nicht zentralisiert zu handhaben, sondern eine Arbeit am jeweiligen Einzelfall.

Wir sollten aufpassen: Den Beruf der Lehrerin, des Lehrers, hat man über Jahre mit immer neuen Reformen von Schreibtischtätern fern der Klassenzimmer sukzessive so unattraktiv gemacht, dass man nun händeringend nach ihnen sucht und auch pädagogische Laien unterrichten lässt. Sollte dies auch mit den Ärztinnen und Ärzten geschehen, so wären die Folgen katastrophal.

Wege aus der Denk-Sackgasse

Wir fassen zusammen: Das KVG überträgt die Kontrolle der Einhaltung der WZW-Regel (wirksam, zweckmässig, wirtschaftlich) den Versicherern, ebenfalls die Ausarbeitung einer hierzu geeigneten Methode. Die gestalten diese Methode so aus, dass sie sich zwar eignen mag, bei den frei praktizierenden Praxen Angst und Schrecken zu verbreiten, in der Folge Verschreibungs-Hemmung und Behandlungsverweigerung, die tatsächlichen Überarztung aber kaum je identifiziert, mitunter sogar dazu anreizt, unnötig zu behandeln, um den Index zu senken. Das BAG fühlt sich allerdings nicht befugt, die Versicherer zu überwachen (siehe Schreiben vom 17.05.2016), und weil das BAG damit den Versicherern de facto einen Blankoscheck ausstellt, sehen auch weder die paritätischen Kommissionen, noch die Gerichte einen Grund, etwas anderes zu tun, als die Argumente und «Beweise» der Versicherer jeweils mehr oder weniger eins zu eins durchzuwinken. Endlich schreitet die Politik ein und weist die Versicherer an, zusammen mit den Leistungserbringern eine taugliche Methode zu entwickeln, ein Prozess, in welchem Letztere hündisch vor den Versicherern kuschen. So macht es aus Sicht der Versicherer natürlich Spass, Geschäfte zu machen (wir sind wieder bei der Fabel von den Füchsen, die den Hühnerstall bewachen).

Bevor wir unsere ambulante Gesundheitsversorgung durch freie Praxen mit dieser unsäglichen Ausgestaltung der Kräfteverhältnisse nun aber vollends zugrunde richten, sollten wir uns beizeiten überlegen, etwas dagegen zu unternehmen. Hierzu ein paar Vorschläge, bzw. Fragen: Wieso erarbeitet nicht das Bundesamt für Statistik mit seinen fundierten statistisch-mathematischen Kenntnissen ein Wirtschaftlichkeitsverfahren? Könnte man, bis ein solches Verfahren entwickelt ist, dazu übergehen, jeweils die teuersten fünf Patientinnen und Patienten aus der Beurteilung herauszunehmen und in einem medizinischen Fach-Audit zu besprechen? Was spricht dagegen, dass das BAG die Durchführung der Verfahren der Versicherer supervisiert und bei Ungereimtheiten interveniert? Wie wäre es mit einer parlamentarischen Untersuchungskommission, um die offensichtlichen und unleugbar vorliegenden Unregelmässigkeiten zu untersuchen? Könnte allenfalls ein Werbeverbot für Krankenkassen (wie es ja auch für Ärztinnen und Ärzte gilt) unsere Medien von den Verbindlichkeiten gegenüber ihren Inserenten befreien und zu einer ausgewogeneren Berichterstattung beitragen?

Die Kostenentwicklung unseres Gesundheitswesens führt seit Jahren zu einer Situation der Anspannung. In solchen Situationen ist man geneigt, Sündenböcke zu suchen, das ist nicht mehr als menschlich. Wie dieses Papier hoffentlich aufgezeigt hat, ist Gut und Böse aber nicht gar so einfach auszumachen. Allerdings: Einem Akteur (den Versicherern) in blindem Vertrauen die Ausgestaltung seines Geschäftsfelds quasi unbehindert zu ermöglichen, während wir einem anderen Akteur (den freien ambulanten Praxen) ebenso blind misstrauen, das ist schon etwas gar schablonenhaft gedacht und auch naiv. Vertrauen ist gut, Kontrolle besser – das gilt nicht nur für die Ärztinnen und Ärzte, sondern auch für die Versicherer. Bleiben wir also realistisch.