

VEMS-Report FMH

Über eine ärztliche Standesvertretung, die ihre Mitglieder und ihre Aufgaben vergessen zu haben scheint



Olten, 18. Februar 2026

Zur Kulturtechnik des Lästerns

Ein gewisser Hang zum Lästern scheint uns Menschen eigen zu sein. Dass sich dies mitunter auch im Beruflichen zeigt, ist klar. Besonders die Medien- und Werbebranche, aber auch Finanzdienstleister und Architekten lästern besonders gerne über Kolleginnen und Kollegen. Interessant dabei ist nun, dass wir dazu neigen, Mitglieder der eigenen (Berufs-)gruppe, so genannte In-Group-Mitglieder, für die gleichen Vergehen härter zu beurteilen als jene anderer Gruppen (Out-Group-Mitglieder)¹.

Die Medizin verbietet solches Gebaren explizit. Das Genfer Ärztegelöbnis verpflichtet Ärztinnen und Ärzte, Kolleginnen und Kollegen mit Achtung zu behandeln. Dieses Kollegialitätsgebot ist Teil der ärztlichen Berufsethik und wird in nationalen Kodizes wie der FMH-Standesordnung konkretisiert. Mit gutem Grund: In der Situation der Vulnerabilität einer Krankheit ist es besonders problematisch, zwischen Fachleuten hin und her gerissen zu sein, von denen jede und jeder über die anderen lästert. Leider ist dies heute allerdings eine nur zu oft erlebte Situation von Patientinnen und Patienten. Sind die Medizinerinnen und Mediziner Meister des gegenseitigen Lästerns geworden, und wenn ja, wie konnte dies geschehen?

Subjektive-Gruppendynamik-Modelle zeigen: Wenn die eigene Norm nicht geschlossen unterstützt wird, steigt die Tendenz, In-Group-Abweichler abzuwerten, um die Norm und den Status der Gruppe gewissermassen zu reparieren². Lästern ist also ein Hinweis auf eine Unsicherheit der Werte und Normen eines Berufsstands. Folglich wäre es die erste Pflicht der FMH als Standesorganisation der Ärztinnen und Ärzte, Klarheit zu schaffen – und dies nicht durch Lippenbekenntnisse, sondern auch, indem Normen klar vorgelebt werden, mit

¹ <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC6850106/>

² <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/11554645/>

dem eigenen Handeln also. Und hier nun liegt der Hauptkritikpunkt dieses Berichts: Die FMH hat, wohl in der Meinung, Brücken zu schlagen zwischen Medizin und Ökonomie, eine Politik der Unterwerfung unter Letztere betrieben und damit eine tiefe Unsicherheit in die Ärzteschaft gebracht, welches Handeln denn nun richtig sei und welches abweichend.

In den Wirtschaftlichkeitsverfahren zeigt sich dieses Schisma besonders krass. Dies, indem durch die Versäumnisse der FMH jahrelang korrekt arbeitende Praxen als Abweichler verfolgt wurden, in Verfahren vor Gericht gebracht, zu Vergleichszahlungen genötigt, ohne etwas Böses getan zu haben. Die Politik musste handeln, um eine Verbesserung des Verfahrens anzuregen. Diese «Verbesserungen» haben dann allerdings nicht etwa Gerechtigkeit gebracht, ja, noch nicht einmal Klarheit. Vielmehr wurde bald zuvor abweichendes Verhalten als korrekt identifiziert, bald korrektes Verhalten als abweichend, und jede dieser so genannten Verbesserungen der letzten Jahre hat nur neue Unsicherheiten gebracht. Gift für den moralischen Zusammenhalt der Medizin, Wasser auf die Mühlen der Versicherer.

Wir werden im Folgenden weitere Bereiche eines problematischen Verhaltens der FMH aufzeigen. Unsere Forderung ist klar: Die FMH muss sich auf den Code der Medizin als Teilsystem zurückbesinnen (gesund/krank) und mit dezidiertem Reden und Handeln im Sinne dieses Codes die innere Kohäsion der Medizin wieder herstellen. Letztlich wird diese so auch der Forderung nach mehr Effizienz der Ökonomie tatsächlich und nicht nur mit Zahlenspielerien gerecht. Denn eines ist klar: Ein Arbeitsklima des gegenseitigen Lästerns demotiviert nicht nur, es macht auch ineffizient.

Wo hat die medizininterne Lästerei ihren Anfang?

Zugegeben, einen Anfangspunkt des inzwischen zur Normalität gewordenen innermedizinischen Lästerns zu setzen, hat etwas Arbiträres. Wir denken aber, ein Interview der Weltwoche aus dem Jahr 2005³ gibt einen guten Einblick in das selbstverleugnende Denken eines Arztes, der sich leider als wegweisend erweisen sollte: Dr. med. Hans Heinrich Brunner war 10 Jahre im Zentralvorstand der FMH und deren Präsident. Zum Zeitpunkt des Interviews hatte er gerade in die Behörden gewechselt und den Posten des BAG-Direktors übernommen. Im Interview poltert er ganz unkollegial gegen die Kolleginnen und Kollegen. Wir wollen hier drei Aussagen untersuchen, die besonders krass sind und ein ganzes Denken entlarven:

Zitat 1.

«Ich wurde selber zweimal an Leib und Leben bedroht. Beim einen Mal fragte ich einen Patienten vom Balkan, der mir seine Symptome schilderte, wo er gelernt habe, sie so schön aufzusagen. Seine Kollege drohte mir, sie legten mich um.»

Zitat 2.

«Es braucht ein Umdenken, das ist klar. Darum legen wir auch in der Aus- und Weiterbildung so viel Gewicht darauf. Ich weiss, dass sich das nicht per 1.1. dekretieren lässt; das muss sich entwickeln. Aber Betrügereien oder nicht wissenschaftlich begründete Massnahmen können wir heute abstellen: Damit fangen wir an. Das ist der erste Schritt, um allen Leuten klar zu machen, dass sie in diesem System auch finanzielle Verantwortung tragen. Wir müssen wirklich bei

³ 'HH Brunner: Interview Weltwoche 2005', Accessed: Dec. 27, 2025. [Online]. Available: https://www.ahv.li/fileadmin/user_upload/Dokumente/Medien/Presse/2005/02/2005-02-02--Die-Weltwoche--1.pdf

dieser sagenhaften Betrugshaltung aufräumen. Da gibt es Verhalten, das in keinem anderen Beruf denkbar ist. Damit ist es aus. Punkt. Schluss.»

Zitat 3.

«Das müssen wir ganz klar sehen. Früher nahmen die Leute Leiden als gottgegeben hin. Die Ärzte bemühten sich deshalb vorwiegend darum, das Leiden zu lindern und den Leuten auch zu helfen, es anzunehmen. Seit der religiöse Halt weggebrochen ist, müssen die Ärzte in die Rolle der Priester schlüpfen. Das sind so starke kulturelle Prozesse, dass sie sich durch keine politischen Massnahmen beeinflussen lassen. Ich bin, offen gestanden, äusserst skeptisch, ob wir noch zurückbuchstabieren können. Vor dreissig Jahren arbeitete ich bei Stellvertretungen im Schächental noch in einer Kultur, die akzeptierte, dass es Leiden gab und dass auch einmal etwas misslang, beispielsweise bei einer Hausgeburt. Solche Welten treffe ich gelegentlich noch an, wenn ich zu Berg gehe. Aber es sind Reservate.»

Diese Schelte des ins BAG gewechselten ehemaligen Kollegen wurde von der FMH satirisch repliziert⁴. Viele seiner damals etwas gar überzeichneten Ansichten haben sich heute aber realiter als Narrative in den Köpfen der Ärztinnen und Ärzte festgesetzt. Wir wollen deshalb auf die zitierten Stellen eingehen und untersuchen, was sie effektiv bedeuten könnten.

Zitat 1:

Der "Patient vom Balkan" sagt seine Symptome auf: Hier wird die ärztliche Neutralität verletzt und durch eine Stereotypie ersetzt ("Der Renten-Jäger vom

⁴ 'Tausende-koennten-mich_HHBrunner_Satire_Rosenfluh', Accessed: Dec. 27, 2025. [Online]. Available: <https://www.rosenfluh.ch/media/arsmedici/2005/06/Tausende-koennten-mich.pdf>

Balkan"). Hier existiert ein Confirmation-Bias, wo echte Symptome übersehen werden, weil sie nicht in das Weltbild des "Simulanten" passen. Wenn der oberste Arzt des Landes glaubt, Patienten (speziell Migranten) würden ihre Symptome nur "aufsagen", legitimiert dies ein System des Misstrauens. Es erklärt, warum er später als BAG-Vizedirektor Kontrollmechanismen bevorzugte, die auf Abschreckung statt auf Partnerschaft setzen. Zudem verletzt Dr. Hans Heinrich Brunner das Auftragsrecht, indem er den Auftrag des Patienten nicht ernst nimmt. Die starke emotionale Reaktion des Patienten deutet auch darauf hin, dass hier eine schwere Persönlichkeitsverletzung vorlag, derer sich Dr. Hans Heinrich Brunner offensichtlich in keiner Weise bewusst ist. Die fehlende Empathie in solchen Situationen verursacht genau jene Drehtür-Medizin, weil der Arzt seinem Auftrag gegenüber dem Patienten nicht gerecht wird und dieser faktisch gezwungen ist, einen anderen Arzt aufzusuchen, der seine Ängste wahrnimmt. Tatsächlich dürfte die Empathielosigkeit in der Ärzteschaft Ursache zahlreicher Mehrfachkonsultationen sein. Auch müsste untersucht werden, wie weit diese Empathielosigkeit Opportunitätskosten erzeugt, ob sie durch das verinnerlichte Ökonomie-Denken bei gewissen Ärzten mitverursacht wird und ob diese Ärzte eine genügende Ausbildung aufweisen, um mit verängstigten Personen korrekt umzugehen. Beispielsweise könnte eine empathische Behandlung – die allerdings zeitaufwändig ist – Befindlichkeitsstörungen durch Angstsymptome und assoziierte Hyperventilation detektieren und behandeln⁵.

Zitat 2:

Die "sagenhafte Betrugshaltung": völlig losgelöst von Betrugsbeweisen wird hier die Berufsgruppe kriminalisiert (Blame Culture). Wer Abweichungen von

⁵ 'Der Hyperventilationstest in der ambulanten Kardiologie: ein zu wenig genutzter Test? – Aertz-erverlag medinfo AG'. Accessed: Dec. 27, 2025. [Online]. Available: <https://www.medinfo-verlag.ch/der-informierte-arzt/der-hyperventilationstest-in-der-ambulanten-kardiologie-ein-zu-wenig-genutzter-test/>

der Norm pauschal als "Betrug" labelt, verweigert sich der differenzierten Analyse (Audit⁶). Er nutzt den Begriff "nicht wissenschaftlich begründet" als Keule, um klinische Varianz zu kriminalisieren. In einer Just Culture (moderne Sicherheitskultur) analysiert man, warum Fehler passieren. Brunner betreibt eine Blame Culture. Das "Punkt. Schluss." ist der Duktus eines Autokraten, der die Komplexität der biologischen Realität (in der nicht alles streng wissenschaftlich standardisierbar ist) per Dekret beenden will.

Zitat 3:

"Leiden als gottgegeben" & "Priester-Rolle". Hier romantisiert Dr. Hans Heinrich Brunner Leiden auf paternalistische Art. Er trauert einer Zeit nach, in der der Patient passiv, duldsam und autoritätsgläubig war. Er verklärt das "Hinnehmen von Leiden" (z.B. bei misslungenen Hausgeburten!) als kulturelle Tugend. Das ist reaktionärer Paternalismus. Der moderne Anspruch auf Gesundheit und Schmerzlinderung ist kein "Ersatz für Religion", sondern das Resultat des medizinischen Fortschritts und der Aufklärung (Patientenautonomie). Wer glaubt, dass die Kostenexplosion nur daran liegt, dass die Menschen "den Halt verloren haben" und nicht mehr leiden wollen, der wird Rationierung (Leistungsverzicht) als "Erziehungsmassnahme" betrachten. Brunner will den Patienten zur "Bescheidenheit" erziehen – notfalls durch Vorenthaltung von Leistungen. Er bekämpft nicht die Ineffizienz, sondern den legitimen Anspruch auf Heilung. Dr. Hans Heinrich Brunner ist somit offensichtlich das Opfer seiner eigenen, verzerrten paranoiden Realität. Er misstraut Patienten (Simulant), Ärzten (Betrüger) und dem Fortschritt (Früher im Schächental war es besser, als man noch litt). Dr.

⁶ M. Romanens, B. Hofmeier, and F. Ackermann, "audits in medicine" 11012010 Inter-Institutional Profiling and Patient Safety: Which Method to Appropriately Assess the Future Risk of Flat Rates in Hospital Care? Discussions and Recommendations of the ad hoc Taskforce "audits in medicine" Corresponding author'. Accessed: Dec. 27, 2025. [Online]. Available: <https://docfind.ch/AuditsInMedicine.pdf>

Hans Heinrich Brunner brauchte keine Beweise für "unnötige Medizin", weil für ihn jede Behandlung, die über das "gottgegebene Leiden" des Schächentals hinausging, per se verdächtig war. Seine "primitive Methodik" (Top-Down-Kürzungen, Utilitarismus, offene Rationierung wirksamer medizinischer Leistungen) war die logische Konsequenz dieses zynischen Menschenbildes.

Die Satire wird zur bitteren Realität

Was die FMH damals noch satirisch repliziert⁷ hat, ist heute salonfähig geworden. Man erwartet von Medizinerinnen und Medizinern inzwischen fast schon, dass sie zumindest in einem Nebensatz jeweils erwähnen, wie wichtig es sei, Behandlungen auf ihre Zweckmässigkeit hin zu hinterfragen. Als wäre dies nicht selbstverständlicher Teil medizinischer Arbeit. Dieses andauernde Lästern über die anderen, die Kolleginnen und Kollegen, die angeblich unwirtschaftlich behandeln, hat, wie wir in der Einleitung aufgezeigt haben, eine gruppendynamische Funktion: Wenn die Kohäsion innerhalb einer Gruppe schwach ist, dann versuchen die In-Group-Mitglieder durch Ausgrenzung anderer In-Group-Mitglieder Kohäsion zu erzeugen. Das ist auch verständlich, denn das Individuum sucht in der Gruppe ja Schutz, ergo Kohäsion. Die Ursache für den Zerfall des inneren Zusammenhalts indes sind nicht ausscherende, abweichende Kolleginnen und Kollegen. Es ist vielmehr eine Uneinigkeit bezüglich der Werte und Normen, die in der Gruppe gelten, bezüglich des richtigen und des falschen Handelns und – im Fall der Medizin – Behandeln. Hier kommt der FMH als Standesorganisation eine zentrale Rolle zu. Sie und nur sie kann dem zermürbenden, Motivation und Effizienz zerfressenden Lästern Einhalt gebieten: indem sie Klarheit schafft. Leider tut sie das genaue Gegenteil.

⁷ 'Tausende-koennten-mich_HHBrunner_Satire_Rosenfluh', Accessed: Dec. 27, 2025. [Online]. Available: <https://www.rosenfluh.ch/media/arsmedici/2005/06/Tausende-koennten-mich.pdf>

Das Menschen- und Patienten-Bild der FMH

Der Patient als Scheinpatient ist offensichtlich in den Hallen der FMH angekommen und akzeptiert. Die FMH hat sich *nie* öffentlich zu den tausendfachen Fehlurteilen der Invalidenversicherung geäußert, obwohl der VEMS im direkten Gespräch mit der FMH interveniert hat. Die Antwort lautete: die FMH hat das Problem erkannt, arbeitet aber lieber informell im Hintergrund an diesem Problem. Das Bild des Arztes als Betrüger von Dr. Hans Heinrich Brunner wurde also nahtlos in der Geschichte der FMH fortgeschrieben, indem die FMH sogar vertraglich die Modelle der Krankenversicherer zur Detektion von Arztbetrug sanktionierte. Der heutige Regressions-Index erzeugt zum Beispiel in der Facharztgruppe «praktischer Arzt» bis zu 30% «Betrüger».

Die Medizin und ihr Fortschritt wird von der FMH nicht direkt angegriffen. Durch die explizite Unterstützung der «smarter medicine» Bewegung wird jedoch jenseits wissenschaftlicher Diskurse (Stichwort «appropriateness criteria») der Fachgesellschaften Misstrauen gegenüber medizinischen Massnahmen gesät. Offiziell ist die FMH ein Gründungsmitglied und aktiver Partner des Vereins "smarter medicine" und nutzt "Smarter Medicine" primär als Abwehrschild gegen staatliche Kostenkontrollen. Das Argument lautet: "Wir machen schon Qualitätsmanagement (Smarter Medicine), also braucht es keine Globalbudgets oder strikte Zulassungsstopps vom Staat." Abgesehen davon, dass diese Strategie, wie jede Strategie, die die eigenen Mitglieder verrät, zum Scheitern verurteilt ist, handelt es sich um eine Alibi-Übung. Solange die Top-5-Listen nicht mit Tarif-Sanktionen verknüpft sind, bleibt es ein "Papiertiger".

Die FMH wehrt sich vehement dagegen, dass diese medizinischen Guidelines in harte Abrechnungsregeln überführt werden, weil das als Eingriff in die "Therapiefreiheit" gewertet wird. Am Schluss bleibt ein unheimliches Gefühl des Misstrauens gegenüber der Medizin zurück, was letztlich auch den

Fortschritt in der Medizin tangieren wird. Die FMH ist Partnerorganisation von Smarter Medicine (Choosing Wisely Switzerland), einer Kampagne, die explizit verbreitet: "20 bis 30 Prozent der Gesundheitskosten werden durch Behandlungen verursacht, die medizinisch nicht angezeigt sind". Die FMH akzeptiert implizit die Prämisse eines substantiellen Problems. Sie fordert nicht: "Beweisen Sie erst mittels «random audits»⁸ durch Fachkollegen, dass es diese 30% gibt – dann reden wir über Maßnahmen."

Dr. Hans Heinrich Brunner sah das Schweizer Gesundheitssystem nicht als primär schützenswert, sondern als reformbedürftig im Sinne von Kostendämpfung als Aufgabe der Arztpraxen. Dies prägte eine Generation von FMH-Funktionären, die Kostenkontrolle als Standesaufgabe internalisiert haben. Dabei entwickelte die FMH eine Strategie der Vermittlung zwischen Kassen und Ärzteschaft statt kämpferischer Interessenvertretung:

1. Akzeptanz sachlich falscher Methoden

Die FMH unterschrieb drei Generationen von WZW-Verträgen, deren fundamentale Mängel bekannt waren. Eine echte Standesorganisation hätte spätestens nach dem ersten externen Gutachten (Polynomics 2016/17) die Reissleine ziehen und auf fachlichen Audits statt Statistik bestehen müssen.

2. Keine offensive Forschungsagenda

Die FMH gab nie systematische Studien in Auftrag, die zeigen würden, wie viele WZW-Verfahren auf statistischen Fehlern statt echter Überarztung beruhen, wie hoch der Anteil tatsächlich unnötiger Behandlungen in der Schweiz ist

⁸ M. Romanens, B. Hofmeier, and F. Ackermann, "audits in medicine" 11012010 Inter-Institutional Profiling and Patient Safety: Which Method to Appropriately Assess the Future Risk of Flat Rates in Hospital Care? Discussions and Recommendations of the ad hoc Taskforce "audits in medicine" Corresponding author'. Accessed: Dec. 27, 2025. [Online]. Available: <https://docfind.ch/AuditsInMedicine.pdf>

(vs. die mythischen "30%"), welche Unterversorgung durch defensive Medizin entsteht, wenn Ärzte aus Angst vor Rückforderungen notwendige Behandlungen unterlassen.

3. Internalisierung des Schuld narrativs

Die FMH akzeptiert die Prämisse, dass Ärzte primär Kostentreiber sind, statt zu argumentieren, dass Kosten durch Krankheit entstehen, nicht durch Ärzte, dass höhere Durchschnittskosten Ausdruck von höherer Qualität sind (umfassendere Diagnostik, spezialisierte Behandlung) und dass die "billigsten" Ärzte nicht notwendig die wirtschaftlichsten sind.

4. Fehlende Eskalationsbereitschaft

Anders als Gewerkschaften, die bei Interessenverletzung streiken oder Prozesse führen, bleibt die FMH stets und entgegen den Interessen ihrer Mitglieder verhandlungsbereit, ohne gegebenenfalls Verhandlungsdruck aufzubauen.

5. Das Bundesgerichtsurteil als externe Rettung

Bezeichnenderweise war es nicht die FMH, die die methodischen Mängel der WZW-Verfahren vor Gericht durchsetzte, sondern Dr. jur. Marc Tomaschett mit Unterstützung von Kritikern wie Romanens. Das Bundesgericht rettete 2024 den Rechtsstaat – denn die FMH hatte die fehlerhafte Methode jahrelang vertraglich legitimiert.

Selbstverteidigung, die keine ist

Die Krankenversicherer haben juristisch sehr erfolgreiche Detektionsmodelle für Ärztebetrüger beliebt gemacht und nennen dies wahlweise den RSS-Index, den ANOVA-Index oder den Regressions-Index. Die FMH hat jeweils vertraglich

das Vorgehen von santésuisse/der Krankenversicherer gestützt und damit das Betrügerproblem in der Medizin, das keines ist, perpetuiert⁹. Ziel der FMH war es jedoch auch, eigene Daten, also die gelieferten Daten der Leistungserbringer, an kantonale Trustcenters und den dazugehörigen Dachverband NewIndex zu liefern, um damit den Datenbanken der SASIS/SANTÉSUISSE ein Pendant entgegenzusetzen. Allerdings sind die Datenbanken lückenhaft, da nicht alle Ärztinnen und Ärzte die Daten liefern. Auch existieren *nicht* alle Medikamente, welche für die Patientenversorgung notwendig sind¹⁰, bei NewIndex. Dieser fundamentale Fehler, welche durch den Zukauf der Daten bei OFAC¹¹ zu durchaus akzeptablen Kosten lösbar wäre, ist unterblieben. Diese Situation bedarf einer Begründung, gegebenenfalls einer rechtlichen Klärung.

Die FMH und die tolerierte Wissensasymmetrie: Wenn Datenhoheit zur ungenutzten Ressource wird

Die FMH verfügt über eine eigene Dateninfrastruktur, nutzt diese aber nicht, um die Machtasymmetrie gegenüber santésuisse zu durchbrechen – ein weiteres Indiz dafür, dass die FMH tatsächlich "Kassendenken verinnerlicht" hat. Seit 2004 betreibt die FMH über die NewIndex AG eine eigene Datensammlung. Diese "ärzteeigene Datensammlung" umfasst rund 10'000 Arztpraxen und sammelt detaillierte Abrechnungsdaten. NewIndex ist zu 100% im Besitz der Kantonalen Ärztegesellschaften, der FMH und der Ärztekasse – also vollständig unter ärztlicher Kontrolle. Der erklärte Zweck dieser Datensammlung ist explizit standespolitisch: Sie dient als "Basis für Tarifverhandlungen mit Versicherungen und Behörden" und ist "unverzichtbar für die Plausibilisierung und Steuerung der

⁹ <https://www.fmh.ch/dienstleistungen/ambulante-tarife/infoletter-ambulante-tarife.cfm>

¹⁰ U. Kieser, 'Berücksichtigung von Medikamentenkosten bei der Wirtschaftlichkeitsprüfung', 2018. Accessed: Mar. 24, 2025. [Online]. Available: <https://docfind.ch/KieserMedikamente2018.pdf>

¹¹ https://www.ofac.ch/de/Berufsgenossenschaft_der_Schweizer_Apotheker

Tarifanwendung". Zudem soll sie "auch ein Instrument für allfällige Wirtschaftlichkeitsverfahren" sein. Doch hier liegt das Paradoxon: Obwohl die FMH über diese eigene Dateninfrastruktur verfügt, akzeptiert sie vertraglich, dass die WZW-Screening-Methode ausschließlich auf Basis der SASIS-Daten der Versicherer durchgeführt wird. Im Vertrag nach Art. 56 Abs. 6 KVG heisst es unmissverständlich: "Das Screening (Index-Berechnung) gemäss diesem Vertrag erfolgt durch santésuisse auf Basis der Branchen-Daten der Versicherer (Daten- und Tarifpool der SASIS AG)". Die FMH überlässt damit die Beweishoheit über Unwirtschaftlichkeit vollständig den Versicherern – trotz eigener Datenbasis. Was die FMH tut: Reaktives Mitschwimmen statt proaktive Gegenmacht. Die FMH-Aktivitäten im Bereich WZW und Datenhoheit sind durchweg reaktiv und kooperativ statt konfrontativ:

1. Nachbau statt Alternative

Die FMH investierte seit 2021 erhebliche Ressourcen in den "Nachbau" der santésuisse-Screening-Methode mit eigenen NewIndex-Daten. Ein Infoletter aus 2022 berichtet: "Die FMH hat viel Zeit in den Nachbau und somit in ein besseres Verständnis der WZW-Screening-Methode investiert". Doch dies ist bezeichnend: Die FMH versucht zu verstehen, wie santésuisse ihre Mitglieder beurteilt – statt eine eigene, fachlich fundierte Alternative zu entwickeln und durchzusetzen. Der Nachbau dient der Anpassung ans System, nicht seiner Infragestellung.

2. Einsichtnahme statt Eigenmacht

Die FMH feiert es als Erfolg, dass sie Einsicht in die STATA-Files

(Programmcodes) von santésuisse nehmen durfte – erstmals im Februar 2022, dann erneut im November 2023. Diese "Transparenzbemühungen" zeigen: Die FMH bittet um Zugang zu den Methoden der Gegenseite, statt auf Augenhöhe eigene Methoden zu etablieren. Ein FMH-Infoletter formuliert die Haltung offen: "Wir werden santésuisse um Offenlegung des STATA-File bitten, damit sich sicherstellen lässt, dass die gemeinsam festgehaltene Screening-Methode tatsächlich so umgesetzt ist wie im Methodenbericht festgehalten".

3. Reporting-Forderungen ohne Sanktionsmacht

Im Rahmen ihrer "vertraglichen Rechte" forderte die FMH 2022 bei santésuisse "die Daten des Reporting des Statistikjahr 2020" ein – also Informationen darüber, wie viele Ärzte im Screening auffällig wurden, wie viele Briefe verschickt wurden, etc.. Die "diesbezügliche Stellungnahme von santésuisse ist noch offen", heißt es lapidar. Bis heute (2026) gibt es keine öffentliche Transparenz über das Gesamtvolumen der WZW-Rückforderungen. Doch die FMH unterschreibt weiter Verträge – ohne diese Transparenz zur Vertragsbedingung zu machen. Eine Standesorganisation mit Rückgrat hätte gesagt: "Ohne vollständige Offenlegung aller Rückforderungsdaten der letzten 10 Jahre unterschreiben wir nichts mehr."

4. Kooperative Weiterentwicklung statt Systembruch

Der WZW-Vertrag von 2023 sieht explizit vor: "Die Versicherer verpflichten sich, die Methode in Absprache mit der FMH regelmässig anhand neu zur Verfügung stehender Daten und/oder Erkenntnisse zu verbessern. Dazu wird ein jährliches Treffen von FMH, santésuisse und curafutura durchgeführt". Die

FMH ist also vertraglich eingebunden in die "Optimierung" einer Methode, deren fundamentale Mängel seit 15 Jahren bekannt sind. Man sitzt am Tisch, darf mitreden, legitimiert aber letztlich ein System, das gegen die eigenen Mitglieder wirkt.

Was die FMH nicht tut, lässt sich mit «systematischer Unterlassung» umschreiben. Das eigentliche Versagen liegt also in dem, was die FMH nicht tut, obwohl sie die Mittel dazu hätte:

1. Keine eigene WZW-Methode als Alternative

Die FMH hat trotz 20 Jahren NewIndex-Datensammlung nie eine eigene, fachlich fundierte WZW-Screening-Methode entwickelt und als gleichberechtigte Alternative zur SASIS-Methode etabliert. Eine solche Methode könnte basieren auf:

- Random Audits durch Fachkollegen statt statistischer Massenverfahren
- Outcome-Daten (Behandlungserfolg) statt reiner Kostenvergleiche
- Diagnosedaten aus der ärzteigenen Datensammlung zur präziseren Morbiditätserfassung
- Peer-Review-Prozessen der Fachgesellschaften

Der Verein Ethik und Medizin Schweiz (VEMS) und Michel Romanens fordern seit Jahren: "Nur die facheigene Überprüfung des Indikationsentscheides (Audit) gestattet es, zu überprüfen, ob eine medizinische Handlung zweckmäßig und damit wirtschaftlich ist". Die FMH hat diese Forderung nie zum eigenen Programm gemacht.

2. Keine Falsifizierung der santésuisse-Screenings mit eigenen Daten

Die FMH könnte mit ihren NewIndex-Daten systematisch nachweisen, wie viele der von santésuisse als "auffällig" eingestuftem Ärzte in Wahrheit statistische Artefakte sind:

- Vergleich SASIS-Screening vs. NewIndex-Daten für dieselben Praxen
- Nachweis der falsch-positiv-Rate durch Analyse der Diagnosecodes
- Dokumentation der Praxisbesonderheiten, die im SASIS-Modell nicht abgebildet werden

Dr. Walter Warmuth stellte bereits 2014 fest: Die ANOVA-Methode ist "statistisch nicht verwendbar"¹². Die FMH hätte mit eigenen Daten quantifizieren können: Von 1000 "auffälligen" Ärzten sind X% reine Statistikartefakte. Diese Evidenz hätte sie politisch und juristisch nutzen können – tat es aber nicht.

3. Keine empirische Widerlegung der "30%-Erzählung"

Kassen und Politik behaupten seit Jahren, 20-30% der medizinischen Behandlungen seien unnötig. Die FMH unterstützt sogar die Kampagne "Smarter Medicine", die diese Zahlen propagiert, und räumt selbst ein: "Aus der Schweiz gibt es keine vertrauenswürdigen Daten". Eine kämpferische Standesorganisation hätte indes so reagiert:

- Systematische Random Audits in 1000 Praxen durch Fachkollegen

¹² W. Warmuth, 'Stellungnahme zu Methodische Weiterentwicklung der Wirtschaftlichkeitsprüfung', 2016, [Online]. Available: <https://docfind.ch/WZWGutachtenWarmuth032016.pdf>

- Empirische Erfassung: Wie viele Behandlungen sind tatsächlich "unnötig"?
- Öffentliche Kampagne: "Die 30%-Lüge entlarvt" mit eigenen Forschungsergebnissen

Die FMH verfügt über die finanzielle und organisatorische Kapazität für eine solche Studie. Dass sie diese nicht durchführt, legt nahe: Sie glaubt selbst an die Unterstellung oder will sie nicht widerlegen.

4. Keine juristische Offensive mit eigenen Datenbeweisen

Das Bundesgericht stellte 2024 klar: Die Screening-Methode allein ist kein hinreichender Beweis für Unwirtschaftlichkeit, erst die Einzelfallprüfung zählt. Dies hätte der Moment sein müssen für eine Strategie der Massenklagen der FMH:

- Systematische Unterstützung aller Ärzte in WZW-Verfahren mit Gutachten auf Basis von NewIndex-Daten
- Nachweis vor Gericht: "Die SASIS-Methode identifiziert unseren Mandanten fälschlich als auffällig – unsere NewIndex-Auswertung zeigt: Seine Patientenmorbidity ist XY% höher als von santésuisse angenommen"
- Präzedenzfälle schaffen, die santésuisse in Beweisnot bringen

Die konkrete Wissensasymmetrie hat Folgen. Die strukturelle Abhängigkeit von SASIS-Daten manifestiert sich in mehreren Dimensionen, die Reaktion der FMH: Akzeptanz. In technischen Sitzungen zwischen FMH und santésuisse

wird diskutiert, wie santésuisse Zugang zu Diagnosedaten der ärztlichen Datensammlung bekommen könnte, um ihre Methode zu verbessern. Die FMH stellt also ihre eigenen Daten zur Verfügung, damit santésuisse bessere Screenings gegen FMH-Mitglieder durchführen kann.

Ein Infoletter aus 2022 berichtet: "santésuisse möchte anhand der Diagnosedaten in der ärztlichen Datensammlung feststellen, ob sich im Kontext Komplementärmedizin die Patienten-Morbidität quantifizieren lässt. Die FMH wird anhand des konkreten Studienkonzepts abschätzen, ob es zielführend für die Verbesserung des Screenings ist, Daten für diesen Zweck zur Verfügung zu stellen". Dies ist das Gegenteil von Interessenvertretung. Eine echte Landesorganisation hätte gesagt: "Unsere Daten nutzen wir, um nachzuweisen, dass euer Screening komplementärmedizinisch tätige Ärzte systematisch benachteiligt. Wenn Sie bessere Daten wollen, müssen Sie uns gleichberechtigten Zugang zu SASIS-Rohdaten geben."

Brunner schuf als FMH-Präsident das NewIndex-System – aber er konzipierte es nicht als Machtressource gegen Versicherer, sondern als Instrument zur Selbstkontrolle der Ärzteschaft im Dienste der Kostenneutralität. Der Nationale Datenpool diente von Anfang an der "Plausibilisierung und Steuerung der LeikoV" (Leistungs- und Kostenvereinbarung) – also der Einhaltung von Budgetvorgaben.

Sein Wechsel ins BAG vollzog 2004 symbolisch die Internalisierung des Staatsinteresses in der FMH-Führung. Eine Generation von FMH-Funktionären wurde unter Brunner sozialisiert: Kostenkontrolle ist Landesaufgabe, Datensammlung dient der Selbstdisziplinierung, nicht der Machtprojektion gegen externe Akteure.

Dies erklärt, warum die FMH heute NewIndex-Daten nicht offensiv nutzt: Das System wurde von Anfang an als kooperatives Kontrollinstrument

konzipiert, nicht als Waffe im Verteilungskampf. Und absichtlich geschwächt, indem Daten zu Medikamentenkosten – finanziell durchaus tragbar, nicht erhoben wurden.

Stattdessen verpasste die FMH eine weitere Chance. 2016-2018 beauftragte die FMH gemeinsam mit santésuisse und curafutura die Firma Polynomics AG mit der "Überprüfung, Validierung und Weiterentwicklung" der WZW-Screening-Methode. Das Gutachten bestätigte fundamentale Mängel der alten ANOVA-Methode und empfahl die Einführung der Regressionsanalyse. Die FMH reagierte mit einer Akzeptanz der "verbesserten" Methode im Vertrag 2018, Lob für die "deutliche Verbesserung" und "wissenschaftlich fundierte Herleitung" und akzeptierte weiterhin die vertragliche Anerkennung der SASIS-Daten als alleinige Grundlage für Wirtschaftlichkeitsverfahren. Die FMH hätte hier ganz anders reagieren müssen:

- 1. das Polynomics-Gutachten ist Beweis dafür, dass die ANOVA-Methode untauglich ist – alle Rückforderungen 2008-2017 sind unrechtmässig.*
- 2. Die FMH hätte fordern müssen: "Wir entwickeln parallel eine eigene Methode mit NewIndex-Daten und Peer-Review"*
- 3. Die FMH hätte eine Vertragsklausel verwenden müssen: "Nur wenn beide Methoden (SASIS + NewIndex) übereinstimmen, gilt ein Arzt als auffällig"*

Eine «checks-and-balances»-Strategie fehlt:

Zwei unabhängige Methoden (eine statistische der Versicherer, eine fachliche der Ärzte) müssen übereinstimmen. Stattdessen: *Monokratie der Versicherer*

mit FMH-Mitsprache bei methodischen Details. Im März 2024 entschied das Bundesgericht in einem wegweisenden Urteil (9C_135/2022): Die Screening-Methode allein kann keine Unwirtschaftlichkeit beweisen, sie identifiziert lediglich auffällige Kostenmuster, die einer Einzelfallprüfung bedürfen. Dies war juristisch eine Degradierung der Statistik zum bloßen Hinweisinstrument. Eine kämpferische FMH hätte reagiert:

1. *Wir brauchen keine statistischen WZW-Verträge mehr – das Bundesgericht hat die Methode entmacht*
2. *FMH-Forderung: Wirtschaftlichkeitsprüfungen nur noch durch Peer-Review-Audits*
3. *Alle laufenden Verfahren, die primär auf Statistik basieren, sind einzustellen.*

Tatsächliche FMH-Reaktion: Im Februar 2023 (kurz vor dem Urteil) unterschrieb die FMH einen neuen WZW-Vertrag, der auf derselben Screening-Logik basiert, *santésuisse* veröffentlichte nach dem Urteil eine Stellungnahme, die das Urteil relativierte, die FMH reagierte nicht *öffentlich* mit einer Gegendarstellung oder einer Neuverhandlung des Vertrags.

Vergleich mit echter Interessenvertretung: Was hätte eine kämpferische Standesorganisation getan?

Nach dem Polynomics-Gutachten 2016/17:

1. Kündigung aller WZW-Verträge, öffentliche Kampagne über methodische Mängel, Forderung nach Moratorium bis zur Entwicklung fachlicher Audit-Verfahren
2. Eigene Forschungsoffensive: Finanzierung von Studien, die zeigen, wie viele santésuisse-Rückforderungen auf statistischen Artefakten basieren, wie hoch die falsch-positiv-Rate wirklich ist, welche Unterversorgung durch defensive Medizin entsteht.
3. Alternative Qualitätssicherung: Entwicklung eines Peer-Review-Systems durch Fachgesellschaften mit random audits¹³, präsentiert als überlegene Alternative zu statistischen Methoden
4. Politische Konfrontation: Öffentliche Zurückweisung der "30%-Lüge", Forderung nach empirischer Klärung statt politischer Instrumentalisierung
5. Juristische Offensive: Massenverfahren gegen santésuisse wegen unrechtmässiger Rückforderungen aufgrund fehlerhafter Methodik
6. Klare rote Linie: "Kein Vertrag ohne Audit-Komponente" – Verweigerung jeglicher statistischer Screening-Methoden ohne nachfolgende fachliche Überprüfung durch Peers

Was die FMH stattdessen tat: sie "entwickelte die Methode weiter", "verbesserte" sie marginal, und unterschrieb weiter Verträge, die das Grundproblem – Ersatz medizinischer Fachkompetenz durch Statistik – nicht lösten. Faktisch

¹³ 'VEMSQualityUndAudits230516', Accessed: Dec. 27, 2025. [Online]. Available: <https://www.docfind.ch/VEMSQuality230516.pdf>

agiert die FMH als "Transmissionsriemen", der Kasseninteressen in die Ärzteschaft vermittelt, statt als "Firewall", die die Ärzteschaft vor ungerechtfertigten Eingriffen schützt. Yvonne Gilli, die derzeitige FMH-Präsidentin, steht exemplarisch für dieses Dilemma: Sie räumt Fehler beim Tardoc ein, verteidigt aber die Zustimmung als "notwendig"; sie kritisiert das "enge Kostenkorsett des Bundesrats", unterschreibt aber dennoch den Vertrag zu den Pauschalen; und obwohl diese "nicht ausgereift und höchst fehlerhaft" seien, akzeptiert sie das Gesamtpaket. Beim WZW-Vertrag 2026 verweigert sie kritischen Ärzten Einsicht, bevor dieser abgestimmt wird. Yvonne Gilli ist weniger Ursache als Symptom eines systemischen Problems: Die FMH-Führung hat über Jahrzehnte (seit Dr. Hans Heinrich Brunner) eine Kultur der Kompromissbereitschaft entwickelt, die strukturelle Ohnmacht zur Tugend erklärt und Verleugnung des eigenen Berufsstands zur Pflicht.

Die PCG-Problematik: Ein Beispiel systematischer Duldung

Ein konkretes Beispiel illustriert die Passivität: Die PCG (Pharmaceutical Cost Groups) – also Medikamentenkosten als Proxy für Morbidität – sind der dominanteste Faktor im Regressionsindex¹⁴. Es ist bekannt, dass nur ca. 1/3 der relevanten Medikamente im PCG-Index erfasst sind. Dies benachteiligt systematisch Ärzte, die wenig verschreiben (Komplementärmedizin, konservative Behandlung). Eine FMH-Notiz aus 2021 räumt ein: "Die PCG haben wahrscheinlich einen dominierenden Effekt gegenüber den anderen Variablen". 2022 diskutierte die FMH mit santésuisse eine "globale PCG-Bestimmung pro Patient" – also eine Verbesserung. Santésuisse verwies auf "fehlende Datengrundlage", da eine Anpassung der Datenlieferung der Krankenkassen an SASIS nötig wäre.

¹⁴ 'Romanens Michel and Kurth Flavian, 'VEMS Bericht PCG', 2024, Accessed: Mar. 24, 2025. [Online]. Available: <https://docfind.ch/VEMSBerichtPCG.pdf>

Ergebnis: santésuisse arbeitet "bereits an dieser Anpassung" – aber es gibt keinen Zeitplan, keine Verpflichtung, keine Sanktion bei Nichtumsetzung. Die FMH akzeptiert, dass ein fundamentaler Fehler (nur 1/3 PCG erfasst) weiter besteht, und unterschreibt trotzdem Verträge.

Was eine kämpferische FMH getan hätte:

1. *"Wir stoppen alle WZW-Verfahren, bis die PCG-Problematik gelöst ist"*
2. *"Wir entwickeln mit NewIndex-Daten eine eigene PCG-Analyse, die alle Medikamente erfasst"*
3. *"Wir klagen gegen jede Rückforderung, die auf unvollständigen PCG basiert"*

Die FMH hat Kassendenken verinnerlicht

Dies zeigt sich nicht in offiziellen Bekenntnissen, sondern in systematischen Unterlassungen:

1. Unterlassung der Machtprojektion

Trotz eigener Dateninfrastruktur entwickelt die FMH keine eigene WZW-Methode als Gegengewicht zu santésuisse.

2. Unterlassung der Evidenzproduktion

Die FMH produziert keine empirischen Studien, die die "30%-Erzählung" widerlegen oder die falsch-positiv-Rate der SASIS-Methode quantifizieren würden.

3. Unterlassung der juristischen Offensive

Das Bundesgerichtsurteil 2024 wird nicht genutzt, um systematisch gegen statistische WZW-Verfahren vorzugehen.

4. Unterlassung der Transparenzerzwingung

Die FMH fordert Reporting von santésuisse, macht aber fehlende Transparenz nicht zur Vertragsbedingung (keine Sanktionsmacht).

5. Unterlassung der Systemkritik

Die FMH kritisiert methodische Details, stellt aber nie das Grundprinzip infrage: Warum sollen Versicherer überhaupt statistisch über medizinische Indikationen urteilen dürfen? Diese Unterlassungen sind nur erklärbar durch internalisiertes Kassendenken. Die FMH glaubt offenbar selbst, dass:

- 1. Ein substantieller Anteil ärztlicher Leistungen unnötig ist (sonst würde sie die 30%-Erzählung empirisch anfechten)*
- 2. Statistische Methoden prinzipiell legitim sind zur Beurteilung ärztlicher Arbeit (sonst würde sie auf fachlichen Audits bestehen)*
- 3. Die Kontrolle durch Versicherer notwendig ist (sonst würde sie eigene Qualitätssicherungssysteme als Alternative etablieren)*
- 4. Die FMH als "Tarifpartner" primär zur Kostendämpfung beitragen muss (sonst würde sie konfrontativer agieren)*

Die FMH agiert wie eine Betriebsgewerkschaft in einem paternalistischen Konzern: Man darf mitreden, kritisiert Details, verteidigt aber nicht fundamental die Interessen der Basis.

Schlussfolgerung

Die FMH ist nicht schwach. Sie verfolgt eine strategische Fehlausrichtung durch Identifikation mit dem System der Gesundheitsökonomie. Die FMH hat vergessen, dass ihre Aufgabe nicht Kostenkontrolle ist, sondern Schutz der ärztlichen Indikationshoheit vor ökonomischen Übergriffen. Datenhoheit wäre das Mittel – die FMH könnte es besitzen, will es aber nicht nutzen. Die Beurteilung der WZW-Kriterien erfolgt über einen statistischen Mechanismus, welcher die Interessen der Krankenversicherer bedient und damit zahlreiche notwendige Behandlungen verhindert. In diesem Sinne ist die FMH mit ihrer strategischen Ausrichtung nicht nur eine schwache Interessensvertretung ihrer Mitglieder, sondern letztlich verantwortlich für eine Verminderung der Patientensicherheit und ein Ansteigen der Opportunitätskosten. Als Top-Down Organisation kontrolliert die FMH ihre Mitglieder über die kantonalen Ärztesellschaften, während die Basismitglieder selber kaum je direkte Wahlmöglichkeiten haben. Die direkte Demokratie ist in der FMH inexistent, was wohl der Hauptgrund dafür ist, dass die strategische Fehlausrichtung der FMH – die FMH als Abteilung der Ökonomie sozusagen – überhaupt erst möglich wurde. Daraus lässt sich ableiten, dass die FMH die strategische Fehlausrichtung basisdemokratisch beurteilen lassen muss: die FMH benötigt eine basisdemokratisch legitimierte Strategiedefinition, die sie nie hatte. Nur so kann sie jenen moralischen Kompass zurückgewinnen, den sie verloren hat und der für die innere Kohäsion der Ärzteschaft unabdingbar ist, um dem leidigen Kollegenlästern ein Ende zu bereiten.