



# VEMS-Stellungnahme Public Health-Studien in der Schweiz

Olten, September 2012

## **Ausgangslage**

Public Health-Studien sind komplex und entsprechend teuer. Ein kleines Land wie die Schweiz stösst da naturgemäss an seine Grenzen. Dies führt dazu, dass nur wenige Institute existieren<sup>1</sup> und relativ wenige Studien erstellt werden, denen dann ein entsprechend hohes Gewicht als Grundlage für wichtige Entscheide im Gesundheitswesen zukommt. Da die Public Health-Institute weitgehend ohne Kontrolle von aussen arbeiten und ihr Output seit einiger Zeit kontrovers diskutiert wird, widmet sich der VEMS diesem Dossier.

## **Zweck und Haltung des VEMS**

Der VEMS ist ein in jeder Hinsicht unabhängiger wissenschaftlicher Verein an der Schnittstelle von Medizin und Ethik. Wir erhalten uns ausschliesslich dank Donationen und Freiwilligenarbeit privater Individuen und Organisationen, die in jeder Hinsicht integer sind. Wir sind unabhängig von sämtlichen Akteuren des Gesundheitswesens (Leistungserbringern, Krankenkassen, Industrie), religionsneutral und nicht politisch. Unser Anliegen ist die Wissenschaftlichkeit. Ihre Grundvoraussetzung ist die Unvoreingenommenheit, ihre Arbeit ist einzig und allein von der Wahrheitssuche motiviert, aus diesem Grund transparent ausgestaltet, damit sie jederzeit hinterfragt und folglich sowohl verifiziert, als auch falsifiziert werden kann.

## **Engagements des VEMS**

Der VEMS reagiert, wenn folgende drei Voraussetzungen gegeben sind:

1. Es liegt ein medizinisch-ethisches Problem vor.
2. Die in das Problem involvierten Personen und/oder ihre Berater sind eingenommen, folglich die Klärung des Problems erschwert, wenn nicht verunmöglicht.
3. Es liegen keine oder ungenügende (also eingenommene) wissenschaftliche Grundlagen zur Klärung des Problems vor.

## **Dossier Public Health-Studien**

Die 2011 publizierte Studie von André Busato, Pius Matter et al. der Universität Bern mit dem Titel «Geographic variation in the costs of ambulatory care in Switzerland»<sup>2</sup> proklamiert, dass eine höhere Verfügbarkeit medizinischer Leistungen tendenziell zu mehr unangebrachten Behandlungen führe. Da die Konsequenz<sup>6</sup> aus dieser Aussage die Verknappung der Versorgung mit dem Risiko der Unterversorgung ist, liegt prinzipiell ein medizinisch-ethisches Problem vor. Dies ist auch bei einigen anderen Public Health-Studien der Fall, indem sie Handlungsaufforderungen implizieren, die medizinisch-ethische Probleme nach sich ziehen<sup>3</sup>. Zweitens wirft die Unklarheit von Auftraggebern und Finanzierung der für die Studien verantwortlichen Public Health-Institute die Frage der Unabhängigkeit und der Unvoreingenommenheit auf. Drittens schliesslich existiert in der Schweiz keine neutrale Stelle für die Qualitätsbewertung von Public Health-Studien. Auch hat keines der Public Health-Institute der Schweiz die Charta der öffentlichen Statistik der Schweiz<sup>4</sup> unterzeichnet.

Alle drei Voraussetzungen für ein Engagement des VEMS sind also gegeben, weshalb wir in dieser Sache aktiv wurden.

### **Vorgehen grundsätzlich**

Der VEMS hat klare Richtlinien bezüglich seines Vorgehens:

#### Phase 1:

Die bestehenden wissenschaftlichen Grundlagen werden überprüft, gegebenenfalls werden neue wissenschaftliche Grundlagen geschaffen. Dies geschieht, indem unabhängige, vom VEMS und nur vom VEMS bezahlte Experten beigezogen werden.

#### Phase 2:

Der Dialog mit den Entscheidungsträgern und/oder deren Beratern wird gesucht, die vom VEMS erarbeiteten wissenschaftlichen Grundlagen werden transparent gemacht, Lösungen werden gesucht.

#### Phase 3:

Zeigt sich, dass die Voraussetzungen für eine Lösungsfindung mit den Entscheidungsträgern und deren Beratern erschwert ist, sucht sich der VEMS geeignete Projektpartner.

#### Phase 4:

Ist auch so keine Lösung des Problems erreichbar, wird die Bevölkerung mobilisiert: Vorstösse, Hearings, Infokampagnen.

### **Vorgehen Dossier Public Health-Studien**

Wir haben uns im Dossier Public Health-Studien exemplarisch auf die Studie von André Busato, Pius Matter et al. der Universität Bern mit dem Titel «Geographic variation in the costs of ambulatory care in Switzerland»<sup>2</sup> konzentriert, da sie den stärksten Impact auf das Gesundheitswesen Schweiz hat und gleichzeitig die grössten Fehler beinhaltet.

#### Phase 1:

Natürlich konnte der VEMS als kleiner Verein in Phase eins nicht selber eine Public Health-Studie zur Versorgungsqualität in Auftrag geben. Wir haben besagte Studie aber geprüft und mit Anmerkungen versehen an den Autor geschickt<sup>5</sup>. Unsere Kritik betrifft im Wesentlichen:

- a) die mangelhafte Qualität der Datengrundlage von santésuisse (nicht alle Kassen liefern ihre Daten, Selbstzahler sind nicht erfasst),
- b) die mangelhafte Risikostrukturadjustierung (Faktoren, die Auswirkungen auf den tatsächlichen Versorgungsbedarf haben, wie Alter und Morbidität, wurden nicht berücksichtigt),
- c) der Migration bias wurde nicht berücksichtigt (Verzerrungen durch Patienten, die sich nicht am Wohnort behandeln lassen).

#### Phase 2:

Da der Autor besagter Studie auf unsere Kritik nicht reagierte, war eine zielführende Weiterführung des Dossiers erschwert. Es blieb uns nur, unseren Standpunkt in die Diskussion einzubringen und auf die groben Fehler der Studie hinzuweisen. Dies geschah insbesondere vor der Abstimmung über die Managed Care-Vorlage, als die Befürworter der Vorlage sich auf diese Studie beriefen, wenn sie proklamierten, mehr Spezialärzte bedeuteten höhere Kosten, und daraus folgerten, eine Stärkung der Hausarztmedizin führe zu einer Kostensenkung bei gleicher oder gar höherer Behandlungsqualität. Dies ist nachweislich in mehrer Hinsicht falsch. Dennoch hat sich auch Prof. Thomas Rosemann, Ordinarius am Institut für Hausarztmedizin Zürich, in der Nachrichtensendung 10vor10 vom 18. Juni 2012<sup>7</sup> zur Äusserung hinreissen lassen, Kardiologen hätten Anreize, unnötige Untersuchungen durchzuführen, und suggeriert, dass sie dies, wenn die Praxis nicht voll sei, oftmals auch täten, um mehr Geld zu verdienen. Wenn auch relativiert mit zweimal einem «Vielleicht», so handelt es sich bei dieser Aussage doch um eine dreiste Unterstellung, die jeglicher wissenschaftlichen Basis entbehrt, was wir Prof. Rosemann brieflich mitteilten<sup>8</sup>. Er reagierte darauf mit einer E-Mail<sup>8</sup> vom 21. Juni 2012, worin er einräumte: «... Forschungsgelder für eine Versorgungsforschung, die solche Zusammenhänge untersucht fehlt – wohl weil niemand an der entsprechenden Transparenz interessiert ist ...». Dies veranlasste uns, zurückzukehren zu Phase eins, um einen Beitrag zur Schaffung dieser Transparenz zu leisten. Denn wir gehen nicht mit Prof. Rosemann einig und sind vielmehr überzeugt, das Interesse an dieser Transparenz bestehe sehr wohl, und zwar dringend und zwingend.

#### Zurück zu Phase 1:

Wir beauftragten Prof. Dr. Jürgen Wasem (Lehrstuhl für Medizinmanagement Universität Duisburg-Essen) und die ForBiG GmbH mit der Ausarbeitung eines neutralen Kurzgutachtens zur Studie «Geographic variation in the costs of ambulatory care in Switzerland»<sup>2</sup>. Das erstellte Kurzgutachten<sup>9</sup> bestätigt die vom VEMS monierten Mängel<sup>5</sup>. Vor allem weist es auf die Arbeit von Dr. Dominik von Stillfried und Thomas Czihal vom Februar 2012 hin<sup>10</sup>, welche die groben Fehler der Studie «Geographic variation in the costs of ambulatory care in Switzerland»<sup>2</sup> nicht begangen hat und zu genau gegenteiligen Schlüssen kommt:

- Zwischen Krankheitslast und Arztdichte besteht kein Zusammenhang (Folie 13).
- Die Inanspruchnahme stationärer und ambulanter Versorgung ist höher an Wohnorten mit höherer Krankheitslast (Folien 15 und 16).
- Regionale Unterschiede der Arztdichte werden ohne Berücksichtigung der Mitversorgungsfunktion deutlich überschätzt (Folie 23).
- Nach Korrektur um Mitversorgungsfunktion: 1. Hoher negativer Zusammenhang zwischen Arztdichte und Leistungsdichte je Arzt sichtbar (je mehr Ärzte am Standort, desto geringer deren GKV-Leistung je Arzt). 2. Potenzial für «angebotsinduzierte Nachfrage» ist reduziert (Folie 24).
- Entgegen landläufiger Meinung führt eine höhere Ärztedichte im ambulanten Bereich zu einer niedrigeren Hospitalisationsrate und zu einer geringeren Sterblichkeit (Folie 28).

## Schlussfolgerung

Um den Bedarf an Leistungen in Heilung und Prävention zu gewährleisten, bedarf es der Versorgungsforschung und der daraus folgenden Beschlüsse auf politischer und gesetzlicher Ebene. Die Versorgungsforschung ist damit eine grundlegende Wissenschaft, deren Qualität erstrangig zu sein hat und die den Auflagen an die Wissenschaftlichkeit unbedingt und in jeder Hinsicht genügen muss: Unvoreingenommenheit, Transparenz, intellektuelle Redlichkeit. Dies ist klar nicht gegeben. Der Autor und Verantwortliche der Studie «Geographic variation in the costs of ambulatory care in Switzerland»<sup>2</sup> ist die Beantwortung der Frage schuldig, weshalb er weder auf die Mangelhaftigkeit des der Studie zugrundeliegenden Datenmaterials der santésuisse, noch auf die schlechte Risikostrukturadjustierung, noch auf die Nichtberücksichtigung des Migration bias hingewiesen hat, um seine Schlussfolgerung zumindest zu relativieren, bzw. ihren relativen Aussagewert einzugestehen. Prof. Rosemann seinerseits bleibt die Antwort schuldig, weshalb er weder diese Mängel moniert, noch die Stillfried-Studie aus Deutschland<sup>10</sup> in seine Argumentation mit einbezogen oder wenigstens auf sie hingewiesen hat, denn es ist davon auszugehen, dass er zum Zeitpunkt seiner Äusserungen Kenntnis derselben hatte. Wenn in einer so wichtigen Grundlagenstudie so fundamentale Fehler begangen werden, dann darf es nicht wundern, dass eine unvergleichlich exakter, wissenschaftlicher und redlicher durchgeführte Studie aus Deutschland<sup>10</sup> zu anderen Schlussfolgerungen kommt. Dass das VEMS-Kurzgutachten<sup>9</sup> von einer Krankenkassen nahen Beratungsgesellschaft im Gesundheitswesen erstellt wurde, erschwert die Vorwurfslast, sind doch gerade die Krankenkassen an erster Stelle an einer effektiven Zweckmässigkeit im Gesundheitswesen interessiert. Wenn sich beide Studien und die Voraussetzungen in beiden Ländern auch nicht eins zu eins vergleichen lassen, so ist doch offensichtlich, dass hier für die Schweiz ungenügende Grundlagenforschung geleistet wurde, ohne dass irgendwelche regulativen Kräfte und Instanzen diese Arbeit gebührend überprüft und richtig beurteilt haben. Die Folgen sind Fehlschlüsse<sup>6</sup> – zum Beispiel der Zulassungsstopp für Spezialärzte –, die zu Qualitäts- und Sicherheitseinbussen bei gleichzeitiger Kostenausweitung führen können. Der VEMS hat deshalb einen «Antrag Zweckmässigkeitsforschung»<sup>11</sup> ausgearbeitet, in welchem wir Forderungen formulieren, um diese Situation zu verbessern.

1. [www.public-health.ch/logicio/pmws/publichealth\\_institut\\_de.html](http://www.public-health.ch/logicio/pmws/publichealth_institut_de.html)
2. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22008711>
3. <http://physicianprofiling.ch/PHYPublicHealthStellungnahmeCassis.pdf>
4. [www.stat.ch/index.php/de/stat/ethikrat.html](http://www.stat.ch/index.php/de/stat/ethikrat.html)
5. Link aus Urheberrechtsgründen nicht verfügbar
6. <http://physicianprofiling.ch/VEMSImplicationen092012.pdf>
7. [www.videoportal.sf.tv/video?id=056a574a-cee9-43e0-86ca-056eda732e9f](http://www.videoportal.sf.tv/video?id=056a574a-cee9-43e0-86ca-056eda732e9f)
8. <http://physicianprofiling.ch/VEMSKorrespondenzRosemann062012.pdf>
9. <http://physicianprofiling.ch/GutachtenWasemBusato092012.pdf>
10. [http://www.kbv.de/media/pdf/120229\\_KBVMesse\\_Dr\\_vonStillfried.pdf](http://www.kbv.de/media/pdf/120229_KBVMesse_Dr_vonStillfried.pdf)
11. <http://physicianprofiling.ch/VEMSAntag092012.pdf>