

Stiftung für Fairness im Gesundheitswesen  
c/o Dr. med. Michel Romanens  
Ziegelfeldstr. 1  
4600 Olten

**Bundesamt für Gesundheit**  
Schwarzenburgstrasse 157  
3003 Bern

Olten, 29. November 2019

Sehr geehrte Damen und Herren

Als Beilage erhalten Sie eine Aufsichtsbeschwerde der Stiftung zur  
Behandlung und Beantwortung.

Mit bestem Dank für Ihre Bemühungen und mit freundlichen  
Grüssen

Für den Stiftungsrat:



Dr. med. Michel Romanens, Präsident



Dr. iur. Herbert Plotke, Mitglied

Fairfond Stiftung für Fairness im Gesundheitswesen  
c/o Dr. med. Michel Romanens  
Ziegelfeldstr. 1  
4600 Olten

## **A. Aufsichtsbeschwerde und Rechtsbegehren**

Die Fairfond Stiftung für Fairness im Gesundheitswesen, Olten (nachfolgend Stiftung), erhebt hiermit gegen die CSS Kranken-Versicherung AG, Postfach 2568, 6002 Luzern (nachfolgend CSS), Aufsichtsbeschwerde mit folgenden Rechtsbegehren:

1. Die CSS habe inskünftig bei den Wirtschaftlichkeitsprüfungen auch den Umfang der Abgabe von Medikamenten angemessen zu berücksichtigen beziehungsweise santésuisse in diesem Sinn zu instruieren.
2. Die CSS habe sämtliche Klagen betreffend Wirtschaftlichkeitsverfahren, die sie selber oder vertreten durch santésuisse angehoben hat, fallen zu lassen, sofern die Zahl und die Art der verschriebenen Medikamente als Morbiditätsvariable nicht angemessen berücksichtigt worden sind.
3. Die CSS sei anzuweisen, bis zur Erledigung der vorliegenden Aufsichtsbeschwerde keine neuen Klagen betreffend Wirtschaftlichkeitsverfahren einzureichen beziehungsweise einreichen zu lassen, sofern die Zahl und die Art der verschriebenen Medikamente als Morbiditätsvariable nicht angemessen berücksichtigt werden.

## B. Begründung

### 1. Formelles

1.1 Die Stiftung setzt sich gemäss Stiftungsurkunde (**siehe Beilage 1**) unter anderem zum Ziel: „... die Kostennotwendigkeit im Gesundheitswesen zur adäquaten und sicheren medizinischen Versorgung der Schweizerischen Bevölkerung auf eine wissenschaftlich, empirisch und statistisch abgestützte Basis zu stellen und entsprechende Forschung zu finanzieren sowie Resultate der Forschungen der Öffentlichkeit bekannt zu machen bzw. entsprechend notwendige Öffentlichkeitsarbeit mit geeigneten Mitteln finanziell zu unterstützen.“ Die Aufsichtsbeschwerde liegt daher im Rahmen des Stiftungszweckes.

1.2 Nach Art. 56 KVAG übt das Bundesamt für Gesundheit die Aufsicht über die Krankenkassen aus. Entsprechend sind Aufsichtsbeschwerden an dieses Amt zu richten.

### 2. Materielles

#### 2.1 Bisherige Praxis

In Klagen, die die CSS, sei es selbst oder vertreten durch *santésuisse*, in Wirtschaftlichkeitsverfahren einreicht, stützten sich bis und mit 2016 auf der Rechnungsstellerstatistik (nachfolgend RSS-Index), ab 2008 auf einer Korrektur des RSS-Indexes anhand von demographischen Variablen in der so genannten ANOVA - Statistik (nachfolgend ANOVA - Index). Die beiden Indices gestatten Vergleiche von Durchschnittskosten vergleichbarer Ärzteguppen. In der Praxis wird ein Kostendurchschnitt von 130% oder mehr als Beweis für überhöhte Kosten angenommen, sofern die betreffenden Ärztinnen und Ärzte die hohen Kosten nicht mit Besonderheiten in ihrer Praxis zu erklären vermögen. 2017 wurden beide Indices um den Regressionsindex erweitert und seither durch ein Polynomics - Gutachten (**Beleg Nr. 2**) geprüft. Der Regressionsindex ge-

wichtet im Wesentlichen die Medikamentenkosten neu so, dass höhere Kosten als Morbiditätsfaktor analog dem Risikostrukturausgleich unter den Krankenkassen berechnet werden. Im Modell werden dabei pharmazeutische Kostengruppen (nachfolgend PCG) verwendet, um den RSS- und den ANOVA - Index zu korrigieren. Höhere Belastungen einer Praxis mit PCG-Kosten führen zu einer Abnahme bei den beiden anderen Indices.

## **2.2 Mängel in der Beurteilung der Wirtschaftlichkeit**

Als Hauptmangel des RSS- und des ANOVA - Indexes erweist sich das faktische Fehlen von kostenerklärenden Patientendaten (Morbiditätsvariablen). Daher werden Ärztinnen und Ärzte, die besonders kranke Patientinnen und Patienten prima vista mit (zu) hohen Kosten behandeln, zu Rückzahlungen verpflichtet, obwohl sie häufig noch höhere Folgekosten vermeiden können. Die CSS hat dies bereits, gestützt auf eine ausführliche wissenschaftliche Arbeit (nachfolgend Ärzteindex) (**Beilage 3**), erkannt und geschrieben: „Zur Beurteilung der Wirtschaftlichkeit medizinischer Kunst entspricht der simple Mittelwertvergleich je länger je weniger den Regeln statistischer Kunst.“ Für den Ärzteindex verwendete die CSS schon im Jahr 2008 ein Prädiktionsmodell der Kosten, welches sich im Ergebnis wenig vom Regressionsindex unterscheidet, insbesondere wurden schon damals PCG verwendet. Der CSS war also seit 2008 bekannt, dass ohne Berücksichtigung von Medikamentenkosten problematische Mittelwertvergleiche entstehen, insbesondere für die Fachbereiche Allgemeine Innere Medizin und Pädiatrie (Beilage Ärzteindex der CSS, Beilage 3). Die CSS erkannte schon damals, dass der Betrag sämtlicher Medikamentenkosten des Vorjahres rund 76% der Arztkosten erklärt. Prof. Dr. U. Kieser hat hierzu für den Verein Ethik und Medizin Schweiz ein von der Stiftung finanziertes Kurzgutachten (**Beilage 4**) erstellt und kommt zum Schluss, dass bei der Abklärung der Wirtschaftlichkeit ärztlicher Leistungen die Medikamentenkosten nicht gleich wie andere Leistungen und Kosten zu berücksichtigen sind. Medikamente gelten auf Grund des behördlichen Zulassungsverfahrens als WZW - konform und müssten daher entsprechend in die Berechnungen der Wirtschaftlichkeit ge-

mäss den Indices RSS, ANOVA und Regression als Morbiditätsvariable einfließen. Dies wurde bisher nicht gemacht. Prof. Dr. U. Kieser begründet seine Einschätzung mit gesundheitswissenschaftlichen Erkenntnissen, wonach die Kosten für Medikamente gegen Manipulationen weitgehend resistent sind. Grundlage ist die gesundheitsökonomische Bewertung der Medikamentenkosten, wie dies unter anderem vom CSS Institut für empirische Gesundheitsökonomie unter Prof. Dr. Konstantin Beck in Zusammenarbeit mit Prof. Dr. Robert Leu, Volkswirtschaftliches Institut der Universität Bern, herausgearbeitet worden ist: **(Beilage 5)** „Der zentrale Nachteil dieses Ansatzes liegt darin, dass Diagnosen oft unpräzise und relativ leicht manipulierbar sind. Um diese Manipulationsanfälligkeit der Diagnosecodes zu umgehen, benutzen Lamers (1999), Lamers und van Vliet (2003) und Hornbrook et al. (1996) Medikamenteninformationen, um die Prognosefähigkeit der demographischen Risikoausgleichsformel zu verbessern. Die Grundidee ist einfach. Bestimmte Krankheiten werden mit bestimmten Medikamenten behandelt, was Rückschlüsse auf die zu Grunde liegende Diagnose erlaubt. Eine Manipulationsgefahr besteht nicht, da sich die Information auf effektiv verschriebene Medikamente bezieht. Während falsch eingetragene Diagnosecodes für den Patienten bedeutungslos bleiben, können es sich die Ärzte nur beschränkt erlauben, zu starke oder medizinisch nicht indizierte (zu teure) Medikamente zu verschreiben, weil sie damit unter Umständen die Gesundheit der Patienten gefährden würden. Lamers und van Vliet beschränken sich zudem auf häufig und in grösseren Dosen verschriebene Medikamente, um dennoch verbleibende Manipulation möglichst auszuschliessen.“ Zudem ergab eine Studie im Auftrag des Bundesamtes für Gesundheit (Regulierungsfolgenabschätzung zur Einführung eines Referenzpreissystems in der Schweiz, **Beilage 6**) folgende Einschätzung: „Gemäss Art. 32 des Krankenversicherungsgesetzes (KVG) müssen Leistungen wirksam, zweckmässig und wirtschaftlich sein (WZW-Kriterien), damit sie von den Krankenversicherern im Rahmen der OKP erstattet werden. Der Arzneimittelmarkt ist einer der wenigen Bereiche im Gesundheitswesen, wo der Begriff der Wirtschaftlichkeit klar definiert ist (vgl. Art. 65b und c KVV1 sowie die Konkretisierungen in der KLV2). Die Wirtschaftlichkeit wird vom BAG bei der Aufnahme der Arzneimittel auf die Spezialitätenliste geprüft und anschliessend regelmäs-

sig im Dreijahresabstand überprüft. Somit erfüllen alle Arzneimittel auf der Spezialitätenliste die WZW-Kriterien.“ Diese gesundheitsökonomische Betrachtung ist somit kongruent zur rechtswissenschaftlichen Einschätzung von Prof. Kieser (**Beilage 4**).

Die Annahme, teure Kosten würden auf unwirtschaftliche Behandlung hinweisen, deckt sich also nicht mit dem heutigen Stand der Wissenschaft. Dies ist auch kongruent zu folgender Überlegung: Eine medikamentöse Fehlbehandlung würde hier gegebenenfalls einen Strafbestand bilden: Die Ärztin/der Arzt würde das Risiko einer Körperverletzung oder gar einer therapieverursachten Tötung in Kauf nehmen. Da die Verdienstmöglichkeiten bei teuren Therapien eher gering sind, dürften Ärztinnen und Ärzte realistischerweise dieses Risiko kaum eingehen. Es spricht nichts dafür, dass Ärztinnen und Ärzte an sich derart kriminell veranlagt sind. Vielmehr dürften Ärztinnen und Ärzte mit hohen Medikamentenkosten bona fide gehandelt haben.

### **2.3 Verbesserte Beurteilung der Wirtschaftlichkeit**

Die Wirtschaftlichkeitsprüfungen werden also durch den Einbezug der verschiedenen Morbiditätsvariablen, Wirkungsdaten, Diagnosen, Medikamentenkosten und weiterer Variablen verbessert. Ferner sind sie glaubwürdiger, wenn die Modelle nur Ärztinnen und Ärzte erfassen, die tatsächlich ohne sachfremde Absichten zu teure Behandlungen durchführen. Diese machen nur etwa 0,5% aller Ärztinnen und Ärzte aus. Wie bisherige Wirtschaftlichkeitsprüfungen zeigen, beträgt die Rate auffälliger Ärztinnen und Ärzte, die Regressforderungen begleichen müssen, 0,5% (**Beilage 7**). Bisherige Wirtschaftlichkeitsprüfungen erzeugen hingegen 18% (Regressionsindex) bis 25% (ANOVA - Index) auffällige Ärztinnen und Ärzte. Daraus ergibt sich: Diese Indices generieren viel zu hohe Auffälligkeits - Prävalenzen und lassen die Betroffenen (zu Unrecht) als unwirtschaftlich gelten. Verbesserte Wirtschaftlichkeitsprüfungen erzeugen weniger als 3,0% auffällige Ärztinnen und Ärzte. Gemäss Polynomics - Gutachten erscheinen Ärztinnen und Ärzte erst dann als auffällig,

wenn die Wirtschaftlichkeitsprüfungen sowohl auf Individualebene wie auch auf Aggregationsebene für das untere Vertrauensintervall einen Regressionsindex von 130% oder mehr ergeben. Bei diesen müssen zudem die mit den gesamten Medikamentenkosten bereinigten Indices RSS und ANOVA über 130% liegen (**Beilage 8**). Die Berechnungen werden heute den Ärztinnen und Ärzten von santésuisse weder erklärt noch offengelegt, insbesondere fehlen Angaben zu den unteren Vertrauensintervallen. Dies ist nach Ansicht der Stiftung nicht akzeptabel.

### 2.3 Beispiele

Wie die drei folgenden Beispiele belegen, hält die CSS trotz der Weiterentwicklung der statistischen Analysemethoden an Klagen fest, die sich auf den RSS- und auf den ANOVA - Index stützen.

*Erstes Beispiel:* Dr. med. R. M. ist mit Rückforderungen aus den Jahren 2005 bis 2008 konfrontiert. Das Verfahren ist nach Rückweisung durch das Bundesgericht weiterhin hängig. Die Ärztin hatte wegen hoher Morbidität ihrer Patienten überdurchschnittliche Medikamentenkosten, nämlich 144 - 199% gemäss RSS - Index, bereinigt mit dem MBI - Index 95 bis 108% (**Beilage 8**). Desgleichen beträgt der MBI - Index für den ANOVA - Index 69 bis 74%. Die überdurchschnittlichen Kosten waren also lediglich durch die hohe Morbidität der behandelten Patientinnen und Patienten verursacht. Entsprechend ist die CSS aufzufordern, das Verfahren einzustellen.

*Zweites Beispiel:* Dr. med. J. L. ist mit Rückforderungen aus den Jahren 2015 und 2016 konfrontiert. Das Verfahren ist zurzeit noch hängig. Der Arzt hatte wegen hoher Morbidität der Patienten überdurchschnittliche Medikamentenkosten zwischen 106 und 121% gemäss RSS - Index, bereinigt gemäss MBI - Index zwischen 111 und 124%. Desgleichen liegt der MBI - Index für den ANOVA - Index zwischen 92 und 100%. Für das nicht beanstandete Jahr 2017 beträgt der RSS - Index für die Medikamente 125%, insgesamt 155%, MBI - berei-

nigt 124% (ANOVA - Index entsprechend 181%, 185%, 102%). Wie erwartet, beträgt hier der Regressionsindex 131%. Die überdurchschnittlichen Kosten wurden also auch hier lediglich durch die hohe Morbidität der behandelten Patientinnen und Patienten verursacht. Gemäss neuesten Berechnungen von santésuisse beträgt der Regressions-Index für das Jahr 2018 lediglich 115%. Dieses Beispiel zeigt erneut auf, dass diese Arztpraxis überhöhte Kosten wegen hoher Patientenmorbidity in den Jahren 2015-2016 aufwies, was durch die Nachfolgejahre 2017-2018 ausreichend dokumentiert wurde. Trotzdem wurde die Klage durch die CSS bisher nicht eingestellt.

*Drittes Beispiel:* Dr. med. B. S. ist mit Rückforderungen aus den Jahren 2016 und 2017 konfrontiert. Das Verfahren ist zurzeit noch hängig. Die Ärztin deckt drei verschiedene Fachrichtungen für ihre Patientinnen und Patienten ab, womit einerseits Weiterweisungskosten eingespart, andererseits die Versorgungskosten pro Patientin und Patient ansteigen. Der ANOVA-Index beträgt jeweils für die Jahre 2016 und 2017 148% und 150%, der ANOVA-Medikamenten-Index beträgt 158% und 160%, wodurch die Ärztin einen morbiditätsbereinigten Index MBI (gemäss Beilage 8: MBI Berechnung) von je 94% aufweist. Trotzdem ist die Ärztin im Regressionsindex für das Jahr 2017 (keine Angaben zu 2016), welche ja die Medikamentenkosten einbezieht, mit 169% auffällig. Dieser Widerspruch in den Statistikresultaten legt den Schluss nahe, dass der Regressionsindex falsch berechnet worden ist.

## **2.4 Abschliessende Überlegungen**

Versorgungssicherheit und Versorgungsqualität des schweizerischen Gesundheitswesens befinden sich auf einem exzellenten Niveau. Dennoch muss allfällige Ineffizienz immer wieder thematisiert und gemäss Art. 59 KVG auch sanktioniert werden. 25% der steigenden Kosten medizinischer Versorgung sind durch die vermutete Ineffizienz zu erklären. Administration und Controlling machen dabei 35% der ineffizienten Kosten aus, während die Aufwendungen als Folge von Betrug und Missbrauch auf 8% geschätzt werden. Himmelstein und Woolhandler (**Beilagen 9, 10**) haben nachgewiesen, dass die Overhead -



Kosten im Gesundheitswesen der Vereinigten Staaten über die letzten dreissig Jahre um rund 3500% angestiegen sind, während sich zum Vergleich die Arztkosten lediglich um 100% erhöht haben (**Beilage 9**). Vor diesem Hintergrund lasse sich hocheffizientes Controlling und Physician Profiling nicht umgehen, doch stünden deren vermutete Kosten mit rund 25 Milliarden Franken in keinem Verhältnis zur vermuteten Deliktsumme von rund 8 Milliarden Franken. - Selbstverständlich lassen sich diese Zahlen aus den Vereinigten Staaten nicht ohne weiteres auf die Schweiz übertragen. Sie zeigen aber, dass Controlling - Aktivitäten unverhältnismässig hohe Kosten verursachen und die Effizienz medizinischer Leistungserbringer erheblich behindern, wenn sie die notwendige Präzision vermissen lassen. Gerichtlich anerkannte und damit grundsätzlich objektiv abgesicherte Rückforderungen erfolgten lediglich bei 0,5% aller Ärztinnen und Ärzte. Die Controlling - Aktivitäten von santésuisse mit 18% (Regressionsindex) und 25% (ANOVA - Index) auffälliger Ärztinnen und Ärzte erscheinen daher nicht als glaubwürdig. Es ist das grosse Verdienst der CSS, insbesondere der Arbeit von Prof. Dr. Konstantin Beck, in den Jahren 2004 bis 2008 deutlich gemacht zu haben, dass das Screening - Verfahren mit den bisherigen Durchschnittsmethoden RSS- und ANOVA - Index den statistischen Qualitätsanforderungen nicht standhält. Auch hier hat der Genannte wegweisende Erkenntnisse zur Manipulationsanfälligkeit von Diagnosen und Medikamenten publiziert.

Aus all diesen Gründen richtet sich die vorliegende Aufsichtsbeschwerde spezifisch gegen die CSS, die die wissenschaftlichen Grundlagen für ein redimensioniertes Controlling anhand von Morbiditätsvariablen hat erarbeiten lassen, sie aber nicht umsetzt. Dies ist nur schwer zu verstehen. Ebenso kennen auch die übrigen Krankenkassen diese wissenschaftlichen Erkenntnisse, haben sie aber nicht beachtet. Im Ergebnis vermuten wir, dass santésuisse rund 25 000 Ärztinnen und Ärzte über zehn Jahre mit statistisch kaum zu begründenden Regressforderungen eingedeckt und dadurch enorme Kosten bei Leistungserbringern, bei Anwälten und bei den Gerichten verursacht hat. Ungeachtet der wissenschaftlichen gesundheitsökonomischen und rechtswissenschaftlichen Evidenz hat santésuisse im Auftrag der CSS und der übrigen Krankenver-

sicherer in der Schweiz hohe Medikamentenkosten zu Unrecht den Leistungserbringern angelastet.

Die Stiftung bittet Sie daher, anhand des Ihnen unterbreiteten Sachverhalts und der vorgetragenen Argumentation die heutige Situation zu prüfen, die nötigen Schritte einzuleiten und den eingangs gestellten Rechtsbegehren Rechnung zu tragen.

---

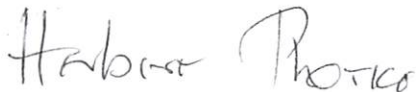
Für Ihre Bemühungen und für Ihre geschätzte Antwort dankt Ihnen, sehr geehrte Damen und Herren, die Stiftung schon heute.

Mit freundlichen Grüssen

Für den Stiftungsrat:



Dr. med. Michel Romanens, Präsident



Dr. iur. Herbert Plotke, Mitglied

Beilagen: siehe Seite 10

## **Beilagen 1-10**

<https://www.docfind.ch/1FairfondUrkunde032011.pdf>

[https://www.docfind.ch/2Polynomics\\_Wirtschaftlichkeitspruefungen\\_Schlussbericht\\_20170929.pdf](https://www.docfind.ch/2Polynomics_Wirtschaftlichkeitspruefungen_Schlussbericht_20170929.pdf)

<https://www.docfind.ch/3CSSAerzteIndex.pdf>

<https://www.docfind.ch/4Kieser082018.pdf>

<https://www.docfind.ch/5PCGBeckLeu2006.pdf>

<https://www.docfind.ch/6MedikamenteSindWZWKonformPolynomics122018.pdf>

<https://www.docfind.ch/7AerzteKnoepfenSichSchwarzeSchafeVor.pdf>

[https://www.docfind.ch/8MBIRomanensSaez\\_2019\\_18077.pdf](https://www.docfind.ch/8MBIRomanensSaez_2019_18077.pdf)

[https://www.docfind.ch/9Growth\\_In\\_Administrators\\_.jpg](https://www.docfind.ch/9Growth_In_Administrators_.jpg)

<https://www.docfind.ch/10HimmelsteinNEJM.pdf>