



Dr. med. Michel Romanens
Innere Medizin FMH, speziell Kardiologie
Ziegelfeldstr. 1, 4600 Olten
☎ 062 212 44 10
Fax 062 212 44 30
E-Mail: info@kardiolab.ch

Olten, 20.05.2019

Sehr geehrte Frau Dr. Mürner

Ich nehme Bezug auf Ihre Anfragen vom 05.02.2019 und vom 16.05.2019 betreffend Detailfragen zur Methodik von Frau Dr. med. Zirbs.

Aufgrund einer falschen Gruppenzuteilung kam das Bundesgericht zum Schluss, dass eine adäquate Vergleichsgruppe erstellt werden müsse, um die statistische Methode zuzulassen. Herr Dr. Brunner von santésuisse hat dies auch an einer PVK Sitzung im Jahr 2016 offen zugegeben, auf Wunsch kann ich dazu weitere damals anwesende Zeugen benennen, aus meiner Sicht handelt es sich hier um eine Irreführung der Rechtspflege durch santésuisse mit möglichen strafrechtlichen Konsequenzen, zumal der Anfangsverdacht einzig auf den Vergleichsfehler von santésuisse zurückzuführen ist.

Santésuisse war also nicht in der Lage, eine adäquate Vergleichsgruppe zusammenzustellen und wählt nun den Weg der Einzelfallprüfung im Audit-Verfahren. Im Kontext dieser Aktivitäten stellen sich grundlegende Fragen. Die Aufbewahrungspflicht für medizinische Akten beträgt 10 Jahre¹ und es fragt sich, ob Regressforderungen im Sinne von privatrechtlichen Rückforderungen nicht bereits nach 5 Jahren verjähren², Haftpflichtansprüche, welche seitens santésuisse wegen ungerechtfertigter Behandlungskosten gegen Ärzte verjähren mit Ablauf von zehn Jahren³. Aufgrund von Fragen der Rechtsgleichheit sollten diese Punkte juristisch abgeklärt werden.

Gemäss statistischer Wirtschaftlichkeitskontrolle existieren drei Methoden, der RSS-Index, der ANOV-Index und der Regressions-Index. Der Regressionsindex korrigiert am stärksten für die Morbidität der Patientinnen und Patienten, weil er die pharmazeutischen Kostengruppen verwendet.

¹ https://www.fmh.ch/files/pdf12/Rechtliche_Grundlagen_2013_D.pdf

² Art. 128 Ziff. 3 OR.

³ Art. 127 OR.

Damit sinkt der Regressionsindex gegenüber dem RSS-Index und dem ANOVA-Index bei Ärztinnen und Ärzten, welche hohe Medikamentenkosten verursachen. Besonders überdurchschnittlich hohe Medikamentenkosten werden gemäss einheitlicher gesundheitsökonomischer Auffassung, vergleiche etwa Leu und Beck (3), als manipulationsresistent gewertet. Anhand der Medikamentenkosten haben wir also eine Approximation (Proxy) für die Morbidität. Wenn man den Gesamtindex von RSS und ANOVA durch den gesamten Medikamentenkosten-Index dividiert, erhält man eine überschlagsmässige Korrektur für die Morbidität. Liegt dieser Wert unter 130%, ist der Anfangsverdacht der Unwirtschaftlichkeit weitgehend eliminiert und es ist dann Sache der Versicherer, die Anklage entsprechend mit weiteren Beweismitteln zu versehen. In Ihrem Fall finden wir für den Morbiditäts-bereinigten Index folgende Zahlen:

Tabelle 1: Morbiditäts-bereinigter Index anhand der gesamten Medikamentenkosten für die Jahre 2004-2008:

Behandlungsjahr	2004	2005	2006	2007	2008
RSS Index totale Kosten pro Erkrankten	199	185	171	162	151
RSS Index totale Medikamentenkosten pro Erkrankten	194	175	158	162	144
RSS Index Morbiditäts bereinigt	103	106	108	100	105
ANOVA Index totale Kosten pro Erkrankten	211	210	200	178	174
ANOVA Index totale Medikamentenkosten pro Erkrankten	286	290	270	259	263
ANOVA Index Morbiditäts bereinigt	74	72	74	69	66

Es zeigt sich, dass der Morbiditäts-bereinigte RSS- und ANOVA-Index jeweils deutlich unter der Grenze von 130% liegt. Sie haben ein überdurchschnittlich hohes Morbiditätsproblem bei Ihren Patientinnen und Patienten betreut und sind aufgrund allgemeiner gesundheitsökonomischer Auffassung in keiner Weise unwirtschaftlich.

Santésuisse weiss das auch selber. Aufgrund dieser Berechnungen liegt eine missbräuchliche Klage vor, die involvierten Versicherer haben die Anklage absichtlich falsch erzeugt, indem sie auch noch die falsche Vergleichsgruppe verwendet haben und nach Erkennung dieses Fehlers das Verfahren gegen Sie einfach haben weiter laufen lassen anstatt es sofort zu stierend, ferner sind die

Beweismittel für eine Verletzung des Wirtschaftlichkeitsgebots durch sie von den Versicherern von Anfang an ungenügend substantiiert worden. Dies ergibt sich auch ohne weiteres aus der Überlegung, dass der Regressions-Index ja eine Weiterentwicklung der RSS- und ANOVA-Indices darstellt und dass aufgrund dieser Änderungen Forderungen, welche die Jahre vor der Einführung des Regressions-Indexes betreffen (also vor 2017) automatisch Morbiditäts-bereinigt werden müssen, um überhaupt eine gerichtsfähige Anklage zu erzeugen. Diese Auffassung kann weiter bewiesen werden mit Bekanntgabe des Regressions-Indexes für das Jahr 2017.

Zusammenfassend: aufgrund der weit überdurchschnittlichen gesamten Medikamentenkosten, insbesondere im nationalen Vergleich, existiert hier der Beweis einer hohen Patientenmorbidity. Damit erübrigen sich weitere Abklärungen vollständig und die Anklage ist zurückzuziehen. Ferner ist zu prüfen, ob die Versicherer wegen missbräuchlicher Anklage angezeigt werden sollen. Die Durchführung der analytischen Methode ist dank Klärung der Situation mit dem Medikamentenkosten bereinigten Morbiditätsindex nicht mehr notwendig.

Generelle Überlegungen zu wissenschaftlichen Auditverfahren

Auditverfahren haben verschiedene Grundregeln zu beachten (1,2). Eine medizinische Abklärung oder Therapie ist angemessen, kann angemessen sein oder ist nur sehr selten angemessen. Im Auditverfahren wird also nicht geschaut, ob die Kosten zu hoch waren, sondern ob eine medizinische Behandlung problematisch war.

Ein weiterer Punkt betrifft die Auswahl der Krankengeschichten, diese kann zufällig für verschiedene Tage und Jahre durchgeführt werden (Tageszensus Methode) oder es kann sich um eine vollständige Sichtung der Krankengeschichten handeln. Ohne eine valide Stichprobe – valide bedeutet hier, dass nach dem Zufallsprinzip ausgewählt wird – ist es unmöglich auf ein systematisches Problem zu schliessen. Keinesfalls ist es zulässig, einfach mal ein paar Krankengeschichten anzuschauen und daraus irgendwelche Schlussfolgerungen zu ziehen.

Ein weiteres Problem betrifft die 11-15 Jahre seit der Behandlung der Patientinnen und Patienten, es ist im Nachhinein äusserst schwierig, rechtlich relevante Tatbestände zu eruieren.

Ferner stellt sich die Frage bei welchen Problemen welche Angemessenheits-Kriterien verwendet werden. Dies betrifft das ganze Spektrum der Medizin in Ihrem Fall und ist durch eine einzelne Person kaum glaubhaft abzudecken.

Aus diesem Grund muss zwingend, wie in Audit Verfahren üblich, eine durch einen zweiten Arzt oder Ärztin eine zweite Stichprobe zu erstellen, falls Frau Dr. Zirbs Sie dem ungerechtfertigten Gebrauch der Medizin überhaupt bezichtigen sollte, falls nicht, ist die Sache ohnehin erledigt.

Zur definitiven Klärung bei Anschuldigungen im Divergenzfall ist ein dritter Auditor beizuziehen, welche dann als Schiedsrichter fungiert.

Generelle Überlegungen zu Auditverfahren bei Wirtschaftlichkeitsprüfungen

Im Gegensatz zur Prüfung der Zweckmässigkeit in «random sample audits» geht es bei der Prüfung in Ihrem Fall um eine andere Fragestellung, nämlich um die Prüfung der Wirtschaftlichkeit und nicht um die Prüfung der Zweckmässigkeit oder der Wirksamkeit. Frau Zirbs vermennt hier diese Aspekte und outet sich somit als Nicht-Expertin in WZW Fragen. Gemäss Art. 56 KVG hat der Versicherer die «Wirtschaftlichkeit der Leistungen» darin festzustellen, dass der Leistungserbringer die Leistungen gemäss Art. 56 KVG Absatz 1 «auf das Mass beschränken, das im Interesse der Versicherten liegt und für den Behandlungszweck erforderlich ist». Gemäss Art. 56 KVG Absatz 6 legen die Leistungserbringer und die Versicherer gemeinsam eine Methode zur Kontrolle der Wirtschaftlichkeit fest.

Gemäss Auffassung der Prüferin Zirbs vom 06.05.2019 möchte sie Ihre Praxis dahingehend überprüfen, ob die «Regeln der Wirtschaftlichkeit» verletzt wurden. Für diese Analyse veranschlagt die Prüferin Zirbs Kosten von rund 142'000 Fr (zwischen 82'800 – 205'200 Fr.) oder zwischen 2'070 und 5'130 Fr. pro Patienten.

Folgende Punkte sind nicht nachvollziehbar:

1. Die Auswahlkriterien für 40 Dossiers werden nicht begründet
2. Es wird Zweckmässigkeit mit Wirtschaftlichkeit vermennt, was nicht zulässig ist.
3. Es werden Daten zur Analyse eingefordert, für welche die Prüferin keine Expertin ist, namentlich
 - a. EKG (FMH Kardiologie)
 - b. Röntgenbilder (FMH Radiologie)
 - c. Krebserkrankungen (FMH Onkologie)
 - d. Operationen (FMH Chirurgie)
 - e. Psychotherapie (FMH Psychiatrie)
4. Falls die Zeit für die Prüfung nicht ausreichen würde, würde die Prüfung unterbrochen.

Die Kosten der Prüferin sind nicht nur pro Stunde für eine selbst ernannte Expertin mit einem Wucherpreis vereinbar, die Vielzahl der benötigten Stunden pro Dossier zeigt die fachliche Unsicherheit der Prüferin, welche deswegen die Beurteilungsstunden unnötig aufbläht und Kosten für ein Gutachten addieren, welche jede Schamgrenze übersteigen, wo richtige Experten in 10 Minuten sehen, ob hohe Kosten wegen einer bestimmten Grunderkrankung a priori sofort einleuchten.

Aus diesem Grunde ist die Prüferin nicht tragbar. Sie ist selber aufgrund ungenügender Expertise unwirtschaftlich.

Bei der Überprüfung der Gesamtkosten der Patientinnen und Patienten pro Jahr zeigt sich bei Ihnen eine extrem schiefe Verteilung, wobei nur wenige Patientinnen und Patienten sehr hohe Kosten haben, was den Kostendurchschnitt bei Ihnen enorm in die Höhe treibt (Tabelle 2).

Tabelle 2: Anzahl Patientinnen und Patienten mit Jahreskosten über 10'000 Fr.

Behandlungsjahr	2004	2005	2006	2007	2008
Jahreskosten in Fr.	10480.45			10769.05	
Jahreskosten in Fr.	11692.95	11265.00	11261.65	10899.05	10769.05
Jahreskosten in Fr.	13953.55	13689.65	13268.25	12464.35	10899.05
Jahreskosten in Fr.	30057.20	29874.05	34936.25	28650.00	12464.35

Gemäss heutiger Rechtspflege sind Leistungserbringer verpflichtet, gemäss Art. 59 a KVG (Daten der Leistungserbringer) «Daten bekannt zu geben, die benötigt werden, um die Anwendung der Bestimmungen dieses Gesetzes über die Wirtschaftlichkeit und Qualität der Leistungen zu überwachen». Demnach sind Sie verpflichtet, gegenüber den Behörden gemäss Art. 59 a KVG, 1d «Art, Umfang und Kosten der erbrachten Leistungen» zu übermitteln.

Im Falle einer analytischen Methode besteht somit eine behördliche Aufgabe gemäss KVG. Es kann überhaupt nicht angehen, eine analytische Methode ausserhalb dieses gesetzlich geregelten Rahmens durchzuführen, weil dazu auch noch keine ausreichende Rechtsprechung existiert.

Im konkreten Fall können Sie sich aber bereit erklären, die Wirtschaftlichkeit der hohen Kosten bei den Patientinnen und Patienten in Tabelle 2 durch eine Fachgesellschaft überprüfen zu lassen. Diese kann dann einen unabhängigen Experten bestimmen. Da es sich bei den Patientinnen und Patienten in Tabelle 2 wohl teils um die gleichen Patientinnen und Patienten handelt, sind ca 5 Dossiers zu bearbeiten. Die Unterlagen können den Experten eingereicht werden, welche dann innerhalb einer Stunde Aktenstudium die Wirtschaftlichkeit zu beurteilen haben. Damit ergeben sich Gesamtkosten von 5x400 Fr. oder 2'000 Fr.

Konkretes Vorgehen:

1. Beantragen Sie die RSS- und ANOVA-Index und den Regressions-Index für das Jahr 2017. Falls dieser unterhalb von 130% liegt, beantragen Sie, dass die gesamte Klage gegen Sie fallen gelassen wird.
 - a. Aufgrund der bisherigen Datenlage *muss* der Regressions-Index bei Ihren Patientinnen und Patienten deutlich unter 130% liegen, da er für die hohen Medikamentenkosten eine mathematische Adjustierung durchführt.
 - b. Falls der Regressions-Index über 130% liegt, besteht aufgrund der bisherigen Datenlage der Verdacht auf einen Betrugsversuch seitens santésuisse / SASIS.
 - c. In diesem Fall müssen Sie die Staatsanwaltschaft informieren, welche den Betrugsversuch abzuklären hat.
2. Verlangen Sie, falls dann noch nötig, eine Expertise durch Fachgesellschaften, welche die Dossiers jener Patientinnen und Patienten auswerten, welche mehr als 10'000 Fr. pro Jahr gekostet haben.
 - a. Verlangen Sie, dass die Gesamtkosten der Audit-Prüfung 2'000 Fr. nicht übersteigen, was anhand einer intelligenten Auswahl der Dossiers problemlos möglich sein sollte.
 - b. Verlangen Sie, dass die Prüferin Zirbs für die analytische Methode nicht zugelassen wird.

Wenn Patientinnen und Patienten mit Kosten über 10'000 ohne Auffälligkeit betreffend Wirtschaftlichkeit geprüft wurden, ist ein weiteres gewichtiges Indiz erbracht, dass die Versicherer eine missbräuchliche Klage erstellt haben.

Falls die Versicherer trotz den Daten der Tabelle 1 auf einer analytischen Methode beharren, müssen die Versicherer ex ante selber mehr Beweismittel hervorbringen. Tun sie dies nicht und bestehen Sie die analytische Prüfung, sollten Sie eine Anklage gegen die Versicherer wegen Irreführung der Rechtspflege anstrengen.

Mit freundlichen Grüssen

Michel Romanens

