

Anwendung der „ANOVA Methode“ als Bewertungsmethode zur Ermittlung der Wirtschaftlichkeit von Arztrechnungen durch santésuisse

Eingabe eines Arztes vom 14. Oktober 2008 an den Ethikrat. Diese Eingabe wurde leicht gekürzt, um die Anonymität des Antragstellers zu gewährleisten.

1. Mängel der Anova Methode

KVG Art. 56 lautet: „Der Leistungserbringer muss sich in seinen Leistungen auf das Mass beschränken, das im Interesse der Versicherten liegt und für den Behandlungszweck erforderlich ist. Für Leistungen, die über dieses Mass hinausgehen, kann die Vergütung verweigert werden. Eine nach diesem Gesetz dem Leistungserbringer zu Unrecht bezahlte Vergütung kann zurückgefordert werden.“

Die Versicherer haben darauf hin eine Methode entwickelt, zu Unrecht bezahlte Vergütungen aufzudecken. Diese Methode muss jedoch den Behandlungszweck mit in die Berechnung einbeziehen, so steht es im Gesetz. Die Methode der santésuisse berücksichtigt aber nicht den Behandlungszweck sondern betrachtet nur einseitig die Durchschnittskosten pro Arzt.

Die Versicherer haben dann ihre Methode verfeinert mit der so genannten ANOVA Methode. Die ANOVA Methode basiert jedoch ebenfalls nicht auf dem Behandlungszweck.

Der Behandlungszweck ist durch die Diagnose vorgegeben. Die Diagnose ist verantwortlich für die Kosten. Bestimmte Diagnosen haben hohe Kostenfolgen. Bei entsprechendem Casemix in einer Arztpraxis sind deswegen Überschreitungen des Mittelwertes im Vergleich zu einer Vergleichsgruppe sogar notwendig, wenn nicht eine versteckte Rationierung betrieben werden soll.

Die ANOVA Methode erklärt weniger als 12% der notwendigen Behandlungskosten. Dies ist unmittelbar einleuchtend, kostet ja nicht das Alter des Patienten, sondern seine Krankheit.

Die Versicherer benutzen selber ebenfalls ausgefeilte Risikoausgleichsmethoden. Dies ist für die einzelne Kasse wichtig, um hohe Kostenrisiken ihrer Kunden frühzeitig zu erfassen und um Ausgleichszahlungen zu erhalten. Sie verwenden dabei selbstverständlich weitere Indikatoren wie frühere Hospitalisationen und die indirekten Morbiditätsvariablen, insbesondere die pharmaceutical cost groups (PCG), welche den Versicherern anhand der Angaben über die Rechnungssteller - ohne weiteres - zugänglich ist.

Damit verbessern die Versicherer die Vorhersagekraft ihrer Risikoausgleichsinstrumente von 11% (ANOVA Methode) auf über 40%. Für die Ärztinnen und Ärzte sollen aber die 11% genügen. Nie käme es den Versicherern - realiter - in den Sinn, ein Risikoausgleichsinstrument vom Typ ANOVA Methode unter sich zu verwenden.

Die Verwendung der ANOVA Methode zur Erfüllung des Gesetzesauftrages gemäss Art. 56 KVG stellt eine Pervertierung des Gesetzesauftrags dar, mehr noch dann, wenn mit dieser untauglichen Methode Angst und Panik zwecks präventiver Verhinderung von Überarztung verbreitet werden soll. Es steht nicht im Gesetz, dass die Versicherer Überarztungs-Prävention zu betreiben hätten.

Die Versicherer selbst eliminieren mit ihren verfeinerten nicht-ANOVA-Methoden das Problem der schwarzen Schafe unter den Versicherern, siehe dazu Jahrbuch Risikoausgleich: "Die Diagnosen lassen sich leicht manipulieren. Die Erfahrung der US-amerikanischen Versicherer mit diagnosebezogenen Honorierungsmodellen (Diagnosis Related Group Payment) zeigt, dass die Leistungserbringer rasch Wege finden, um höhere Honorare zu erwirtschaften. Es ist damit zu rechnen, dass auch Krankenversicherer fähig sind, die Diagnoseerstellung so zu beeinflussen, dass sie mehr aus dem RSA erhalten bzw. weniger einzahlen müssen".

Schon lange ist es den Versicherern möglich, anhand der veranlassten Medikamentenkosten die Kostennotwendigkeit bei den Hausärzten zu erfassen. Das weltweit akzeptierte Verfahren (pharmaceutical cost groups, PCG) hat gegenüber den Diagnosis related cost groups DRG den Vorteil, dass PCG objektiver

und reproduzierbarer sind als DRG. Zudem machen die Kosten für Medikamente bis zu 90% der Behandlungskosten in der Grundversorgerpraxis aus.

2. Fazit

Die Versicherer kehren also die wissenschaftliche Evidenz um. Anstelle von akzeptierten Verfahren wie PCG, welche ein Spiegelbild der notwendigen Behandlungskosten und damit des Behandlungszwecks geben, verwenden sie eben diese Kosten als Beweis für die Täterschaft (Versicherungsbetrug gemäss Art. 56 KVG mit entsprechenden Regressforderungen). Damit lassen sich beliebig viele delinquente Ärztinnen und Ärzte in der Schweiz generieren. Der von der santésuisse gewählte cutoff von 130% als Beweis für Überarztung ist nämlich dermassen tief angesetzt, dass bis 30% der Ärztinnen und Ärzte als Versicherungsbetrüger dastehen. Es steht auch nicht im Gesetz, dass dieser Cutoff rechtlich zu fordern wäre. Der Cutoff ist reine Willkür.

Mehr noch: das Beweismittel der Überarztung wie es von santésuisse gerichtsfähig gemacht wurde, ist gerade dort, wo Medikamentenkosten generiert werden das Gegenteil davon: es ist der Beweis der Kostennotwendigkeit im Rahmen des Behandlungszwecks und damit das Gegenteil von Überarztung. Dies ist die eigentliche Pervertierung der Wirtschaftlichkeitsverfahren der santésuisse.

Aufgrund der bekannten Risikoausgleichverfahren, ein Kerngeschäft der Versicherer, ist anzunehmen, dass es der santésuisse bekannt ist, dass die ANOVA Methode als Bewertungsmethode des Behandlungszwecks untauglich ist. Die santésuisse ist deswegen laufend bemüht, die ANOVA Methode zu "verbessern" (zahlreiche Verlautbarungen). Dies ist Irreführung und Augenwischerei, letztlich auch gegen die Interessen von Patienten.

Gegenüber beurteilenden Instanzen, vor allem die Richter und das Statistische Seminar der ETH Zürich, verschweigt die santésuisse wahrscheinlich absichtlich die Tatsache, dass die ANOVA Methode weniger als 12% der für den Behandlungszweck notwendigen Kosten erklärt. Mit dieser Strategie hat die santésuisse bisher die beurteilenden Instanzen in die Irre geführt, denn diese gingen in Treu und Glauben davon aus, dass das Beweismittel „ANOVA Methode“ vor Gericht verwendet werden kann, da es wohl über 90% der Kosten erklären würde. Diesem Glauben leistet die santésuisse wahrscheinlich absichtlich Vorschub, indem sie behauptet, einen Abdeckungsgrad von 98% der Rechnungen zu haben. Zudem sind die ANOVA Gutachter der ETH Zürich nicht einmal in der Lage, ihr Instrument betreffend Sensitivität und Spezifität der ANOVA Methode zur Entdeckung von strafrechtlich relevanter Überarztung zu definieren.

Der jüngste Effekt der ANOVA Methode ist zurzeit besonders aggressiv im Kanton Tessin zu beobachten, wo durch Androhung von Rückforderungen, gleichzeitiger Sistierung der Aktivitäten der paritätischen Kommission durch santésuisse und ohne ordentliche Gerichtsverfahren Ärztinnen und Ärzte mehrere Millionen Franken an Rückzahlungen abgezwungen wurden und weiterhin angedroht werden.

Mehrere Indizien weisen darauf hin, dass die santésuisse ihre Methode in der bisherigen Art nicht mehr verwenden wird können. Einerseits sprechen nun Juristen selbst von „ruinösen Unrechtsverfahren“, wie kürzlich in einer umfassenden Arbeit über die Wirtschaftlichkeitsverfahren nach KVG Art. 56 dargelegt wurde. Alt-Bundesrichter Catenazzi wehrt sich zudem vehement gegen die Verfahren der santésuisse. Die Aufsichtspflicht des BAG gegenüber dem Tun der santésuisse wird zwar in Rechtsgutachten gefordert, aber vom BAG weiterhin nicht durchgeführt.

Arbeiten zu versteckter Rationierung und Ethik haben gezeigt, dass 70% der Ärztinnen und Ärzte in der Schweiz Leistungen versteckt rationieren aus Angst vor den Rückforderungen der Versicherer. Bei direkt bedrohten Ärztinnen und Ärzte sind es 94%.

Die Gutachter Stahel / Roth bezeugen selber, dass die ANOVA Methode als Beweismittel nicht brauchbar ist. Sie weisen darauf hin, dass das Problem der Überarztung mit statistischen Methoden allein nicht zweifelsfrei gelöst werden kann. Dazu würden zu viele wichtige Informationen fehlen. Die Verfasser haben die ANOVA-Methode immer nur als ersten Schritt in dem entsprechenden Kontrollprozess betrachtet.

Zudem wissen die Versicherer selber bestens, dass die ANOVA Methode für ein genaues Instrument zur Erfassung von Überarztung untauglich ist: im Positionspapier zu den Wirtschaftlichkeitsverfahren der santésuisse (2007) wird davon gesprochen, dass die ANOVA Methode eine präventive Methode zur Verhinderung von Überarztung sei. Damit wird bewusst gewollt, dass die Unschärfe der Methode Angst vor



den Versicherern erzeugen soll. Diese Angst war gemäss bisherigen Erfahrungen mit den Wirtschaftlichkeitsverfahren weitgehend berechtigt und wurde auch mittlerweile wissenschaftlich erwiesen.

Zusammenfassend missbrauchen die Versicherer den Gesetzauftrag mit einem Instrument zur reinen Kontrolle der Wirtschaftlichkeit eines Arztes (ANOVA Methode), indem wahrscheinlich sogar bewusst die Hauptursache von Kosten, der Behandlungszweck nämlich, ausgeklammert wird. Mit diesem und weiteren Verfahrensmängeln haben es die Versicherer geschafft, die ANOVA und ihre Vorgänger-Methode zum Beweismittel für Überarztung vor Gericht werden zu lassen, um so versteckte Rationierung und unberechtigte Regresszahlungen zu erzwingen.