

AUFSICHTSBESCHWERDE FÜR CONSANO-VEREIN FÜR EINE FAIRE UND SOZIALE MEDIZIN IN DER SCHWEIZ UND HERRN DR. MED. CYRILL JEGER, OLTEN UND HERRN DR. MED. ROMANENS MICHEL, OLTEN UND HERRN DR. MED. JOSEF BERGER, WANGEN BEI OLTEN VOM 02. JULI 2004.

Für die Abschrift dieses Textes verantwortlich: Michel Romanens, 03.12.2004

Sehr geehrter Herr Dr. Fischer
Sehr geehrter Herr Clivaz

Die von Ihnen namens des Consano-Vereins für faire und soziale Medizin in der Schweiz ... eingereichte Aufsichtsbeschwerde vom 02. Juli 2004 habe wir erhalten und nehmen dazu wie folgt Stellung:

I Formelles

1. Rechtsgrundlage

Nach Artikel 71 des Bundesgesetzes über das Verwaltungsverfahren vom 20. Dezember 1968 kann jedermann Tatsachen, die im öffentlichen Interesse ein Einschreiten gegen eine Behörde von Amtes wegen erfordern, der Aufsichtsbehörde anzeigen.

2. Begriff, Anwendungsbereich und Wirkung und Adressat der Aufsichtsbeschwerde

2.1. Begriff

Die Aufsichtsbeschwerde ist der formlose Rechtsbehelf, durch den eine Verfügung oder eine andere Handlung einer Verwaltungsbehörde bei deren Aufsichtsbehörde beanstandet und darum ersucht wird, die Verfügung abzuändern oder aufzuheben oder eine andere – zum Beispiel disziplinarische – Massnahme zu treffen. Es handelt sich bei der Aufsichtsbeschwerde nicht um eine Beschwerde im Sinne eines förmlichen Rechtsmittels, sie ist vielmehr bloss formloser Rechtsbehelf und vermittelt keinen Erledigungsanspruch. (...)

2.2 Anwendungsbereich und Wirkung (...)

2.3 Adressat (...)

3. Formelle Voraussetzungen in casu

Die Legitimation ist zu bejahen, da jedermann zur Aufsichtsbeschwerde berechtigt ist. (...). Auf die Aufsichtsbeschwerde kann eingetreten werden.

II Materielles

Die Aufsichtsbeschwerde richtet sich gegen die von santésuisse angewendete Methode der Wirtschaftlichkeitskontrolle (Durchschnittsberechnung), die nicht haltbar sei (...), weswegen das Bundesamt für Gesundheit (BAG) den Krankenversicherern Weisungen erteilen müsse, damit Artikel 56 KVG nicht nur unter dem Aspekt der kurzfristigen Wirtschaftlichkeitsprüfung, sondern auch unter Berücksichtigung der Gesundheit der PatientInnen angewendet werde.

1. Gesetzliche Grundlage (...)

2. Rechtsprechung (...)

3. Zu einzelnen Argumenten der Aufsichtsbeschwerde

Die Aufsichtsbeschwerde wird damit begründet, dass santésuisse eine Kampagne gegen Grundversorger führe, wodurch PatientInnen zu Schaden kämen, auffallend sei sodann, dass sowohl engagierte Ärztinnen und Ärzte, die am wenigsten verdienen, Opfer der Kampagne von santésuisse würden. Zudem missbrauche santésuisse den Missbrauch. Wenn santésuisse jährlich 500 Ärztinnen und Ärzte belange, bedeute dies, dass in den letzten Jahren Tausende von Ärztinnen und Ärzte mit diesem Problem konfrontiert worden seien.

In der Schweiz sind 2001 weniger als 50 Rückforderungsanträge bei den paritätischen Kommissionen und Gerichten eingereicht worden. 2002 waren es rund 80. Von den Krankenversicherern mit Rückforderungen belangt wurden nicht nur AllgemeinmedizinerInnen (...). Dass vor allem Allgemeinmediziner mit Rückforderungen belangt werden, ist sicherlich darauf zurückzuführen, dass sie die grösste Ärzteguppe darstellen und dadurch eine breite Vergleichsgruppe ermöglichen. So lässt sich die Wirtschaftlichkeit ihrer Leistungen anhand einer komparativ-statistischen Methode besser kontrollieren. Dem BAG liegen keine genauen Zahlen zum Gesamtvolumen dieser Rückforderungen in der Schweiz für die einzelnen Ärzteguppen vor. Gleiches gilt für die kantonale Verteilung dieser Rückforderungen. Dies ist hauptsächlich darauf zurückzuführen, dass viele Streitfälle im Rahmen von Verhandlungen zwischen Versicherern und Leistungserbringern aussergerichtlich beigelegt werden. Generell lässt sich aufgrund der letzten Jahre sagen, dass in mehreren Kantonen keine Ärztinnen und Ärzte mit Rückforderungen belangt wurden. (...).

3.1. Prävention

Der Aussage in Artikel 4 und 5 der Beschwerde, wonach Prävention die beste Sparmassnahme sei, ist zuzustimmen. Allerdings ist im Zusammenhang mit dem KVG selbstverständlich dessen gesetzlicher Rahmen zu beachten.

Es ist darauf hinzuweisen, dass gemäss KVG zu den allgemeinen Leistungen bei Krankheit zu Lasten der oblig. Krankenpflegeversicherung grundsätzlich nur Leistungen gehören, die der Diagnose oder Behandlung von Krankheit und ihrer Folgen dienen (Art. 25 KVG). Allerdings wurde, damit alle Versicherten in den Genuss der gleichen Leistungen kommen, die Prävention mit der Botschaft vom 8. November 1991 (siehe Interpellation Teuscher und Antwort vom BR vom 1. Oktober 2004) in den Leistungskatalog der obligatorischen Versicherung aufgenommen. Damit obliegt es dem BR, diese Leistungen in den Vollzugsbestimmungen im einzelnen festzulegen. In der Botschaft wird ferner präzisiert, dass die Prävention im engen Sinn gemeint sei, nämlich die individuelle, von einem Arzt zu einem bestimmten Zeitpunkt oder in regelmässigen Abständen ohne Vorliegen konkreter Symptome durchgeführte oder verordnete Massnahmen (...).

3.2. Politik

Zur Aussage, wonach die Prioritätensetzung der PolitikerInnen in der Schweiz keine Kosten spare, sondern im Gegenteil einen dramatischen Anstieg der Kosten in der Spitalmedizin zur Folge habe (...), können wir lediglich festhalten, dass die im Gesetzgebungsverfahren erarbeiteten Bestimmungen anzuwenden sind und nicht auf dem Weg der vorliegenden Beschwerde ungestossen werden können. Zudem ist festzustellen, dass die Wirtschaftlichkeitsprüfungen durch die Krankenversicherer eben eine der gesetzlichen Massnahmen darstellt, welche die Kosteneindämmung zum Ziel hat.

3.3 Vertrauensärzte

(...)

3.4. Misstrauen gegenüber Krankenversicherern

(...)

3.5. Einbezug Arzneimittel

In der Beschwerde wird festgehalten, dass die von santésuisse angewendete Methode insbesondere dazu führe, dass Ärztinnen und Ärzte, die Medikamente verschreiben und an diesen keinen Rappen verdienen, trotzdem hunderttausende von Franken den Krankenkassen zurückzahlen müssen.

Das EVG hat zu dieser Fragestellung in seinem Entscheid vom 18. Mai 2004 (EVG K 150/03) Stellung genommen und dazu festgehalten, unter veranlassten Kosten seien die Kosten für die Leistungen der obligatorischen Krankenpflegeversicherung zu verstehen, die von anderen Leistungserbringern auf Anordnung der Ärztinnen und Ärzte erbracht werden und die Kosten für die von diesen verordneten, durch ApothekerInnen abgegebenen Arzneimittel (Erw. 7.1.). Das Gericht kam daher zum Schluss, dass der Wesensgehalt des Artikels 56 KVG von Artikel 23 KUVG unverändert übernommen sei und es daher auch dessen Ziel sei, die Verwirklichung oder Wiederherstellung des gesetzlichen Zustandes bei Verletzung des Gebots der Wirtschaftlichkeit der Behandlung sicherzustellen. Das Wirtschaftlichkeitsgebot erstreckte sich weiterhin auf sämtliche Teile der ärztlichen Behandlung und finde für alle gesetzlichen Leistungen (Art. 25 Abs 2 KVG) und damit insbesondere auch in Bezug auf die Verordnung von Arzneimitteln, Analysen sowie Mitteln und Gegenständen oder die Anordnung von Leistungen anderer Leistungserbringer Anwendung. Dies spreche dafür, dass bei der Wirtschaftlichkeitsprüfung wie unter dem früheren Recht auch die veranlassten Kosten zu berücksichtigen seien und zwar bei der Bestimmung der Indizes im Rahmen der statistischen Methode ebenso wie bei der Bemessung der Rückerstattungspflicht, daher lasse sich der Einbezug der veranlassten Medikamentenkosten in die Wirtschaftlichkeitsprüfung und die Rückforderungssumme nicht beanstanden (Erw 7.5.).

Jedoch ist es auch hier in diesem Punkt für die Ärztinnen und Ärzte möglich, dem Krankenversicherer darzulegen, dass zum Beispiel ein hoher Anteil chronisch kranker PatientInnen vorliege resp. Viele besonders schwere Krankheitsbilder zu behandeln waren, was auch die verordneten Arzneimittel beeinflusst hat.

3.6. Nachteil der statistischen Methode

In Artikel 10 der Beschwerde weisen Sie darauf hin, dass die Schwierigkeit bei der statistischen Methode den Nachteil habe, dass eine repräsentative Auswahl von Ärztinnen und Ärzte bestehen müsse, damit überhaupt eine statistische Form ableitbar sei. Die durch santésuisse in den letzten Jahren durchgeführte Wirtschaftlichkeitsprüfung werde der komplexen Tätigkeit von Ärztinnen und Ärzte nicht gerecht, da die Mittelwertberechnungen kein taugliches Mittel seien. Diese Wirtschaftlichkeitsprüfung entspreche auch nicht dem Gleichbehandlungsgrundsatz von Artikel 8 BV.

Hierzu ist auf die geltende Rechtsprechung des EVG zu verweisen, die vorstehend unter Ziffer II. 2 resümiert wurde.

3.7. Fazit

Es kann zweifellos Fallkonstellationen geben, die aufgrund der „Kontrollmethodik“ zu Schwierigkeiten oder allenfalls einer – im Quervergleich – unfairen Schlussfolgerung führen könnten. Jedoch birgt jede Kontrolle, die einen ganzen Markt mit sehr unterschiedlichen Akteuren erfassen soll, immer auch ein gewisses Risiko, im Einzelfall zu einem unbefriedigenden Resultat zu führen.

Es ist hier letztendlich eine Interessensabwägung vorzunehmen. Für den gesamten Gesundheitsmarkt ist es von zentraler Bedeutung, mit einem standardisierten Vergleich alle Leistungserbringer abzudecken. Dabei besteht das Risiko, dass in einem ersten Schritt aufgrund von Durchschnittszahlen dabei wie erwähnt – einmal eine

„stossende“ Beurteilung erfolgen kann. Hingegen wird in einem ersten Schritt noch kein „Urteil“ gefällt. Vielmehr haben die Leistungserbringer selbstverständlich die Möglichkeit, santésuisse darzulegen, warum sie über dem statistischen Mittelwert liegen und Ihnen daher ein unbegründeter Vorwurf gemacht wird.

Im Tarmed-Rahmenvertrag wurde eine überkantonale, kantonale oder regionale paritätische Vertrauenskommission (PVK) durch die Aerzteschaft und die Versicherten eingerichtet. Dieser Kommission können verschiedene Aufgaben übertragen werden, dazu gehört etwa die Kontrolle umstrittener Arztrechnungen oder deren Beurteilungen bezüglich Wirksamkeit, Zweckmässigkeit und Wirtschaftlichkeit. Erst wenn auch dort kein Konsens gefunden werden kann, entscheidet ein Schiedsgericht über Streitigkeiten zwischen Versicherern und Leistungserbringern.

Insofern haben die betroffenen Leistungserbringer Möglichkeiten – auch vor Fachleuten – die Spezialitäten ihres Patientengutes, die zu einem über dem statistischen Mittelwert liegenden Wert führen kann, vorzubringen.

III. Zusammenfassung und Schlussfolgerungen

Zusammenfassend ist auf die Antwort des BR vom 1. Oktober 2004 auf die Interpellation Teuscher zu verweisen. Darin hält der BR fest, dass sich der Datenpool von santésuisse noch in der Testphase befinde, wodurch sich gewisse Systemmängel erklären liessen, santésuisse sollte allerdings in der Lage sein, dank der Mitarbeit und den konstruktiven Bemerkungen der Leistungserbringer, für Abhilfe zu sorgen.

Der BR hält jedoch fest, dass trotz allem die statische Methode von santésuisse den klaren Vorteil eines standardisierten breit angelegten Vergleichs habe, mit dem sich die Wirtschaftlichkeit rasch und laufend überprüfen lasse. Zudem müsse festgehalten werden, dass die Krankenversicherer die statistische Methode in der Praxis relativ nuanciert anwenden und dass sie sich den Kriterien der EVG Rechtssprechung unterwerfen, um eben genau diesen etwas rigiden Charakter dieser hauptsächlich kostenorientierten Methode zu eliminieren.

Dabei finden die Informationen, die sie von Ärztinnen und Ärzten erhalten ebenfalls Berücksichtigung.

Daher kommt der BR zum Schluss, dass er keine Veranlassung sehe, das heutige, vom Gesetzgeber gewollte System der Wirtschaftlichkeitsprüfung von Leistungen in Frage zu stellen. Diese Kontrolle könne vor allem nicht dem BAG übertragen werden, welches weder über die erforderlichen Informationen und das Personal noch über die erforderliche Kompetenz verfüge, diese Aufgabe wahrzunehmen.

In diesem Sinn ist der Aufsichtsbeschwerde keine Folge zu geben.

Mit freundlichen Grüßen

Dr. H.H. Brunner, MPH, Vizedirektor.