

**Einschreiben**

Bern, 02. Juli 04 EC/jm

**A u f s i c h t s b e s c h w e r d e**

für

**Consano- Verein für eine faire und soziale Medizin in der Schweiz, handelnd  
durch Herrn Dr. med. Cyrill Jeger**

und

**Herrn Dr. med. Cyrill Jeger**, Allgemeinarzt, Ziegelfeldstrasse 5,  
4600 Olten

und

**Herrn Dr. med. Romanens Michel**, Facharzt für Herzkrankheiten, Belchenstrasse  
18, 4600 Olten

und

**Dr. med. Josef Berger**, Facharzt für Innere Medizin, Präsident des Ärztevereins  
Olten-Gösigen-Gäu, In der Ey 11, 4612 Wangen bei Olten

Vertreten durch Herrn Fürsprecher Daniel Fischer und Herrn Fürsprecher Eric Clivaz,  
Schwarztorstrasse 18, Postfach 6118, 3001 Bern

Bundesamt für Gesundheit

z.Hd. Herrn Thomas Zeltner

Schwarzenburgstrasse 165

3097 Liebefeld

Postadresse 3003 Bern

## **I. Formelles**

1. Laut Artikel 21 KVG überwacht der Bundesrat die Durchführung der obligatorischen Krankenpflegeversicherung. Gemäss Organisationsverordnung für das Eidgenössische Departement des Innern, Artikel 9, ist das Bundesamt für Gesundheit (BAG) die Fachbehörde für die menschliche Gesundheit, für die nationale Gesundheitspolitik, für die Mitarbeit der Schweiz in der internationalen Gesundheitspolitik, für die soziale Sicherheit in den Bereichen Krankheit und Unfall sowie für die ihm übertragenen Bereiche des Konsumentenschutzes.

Das BAG verfolgt insbesondere folgende Ziele:

- Die soziale Sicherheit gegenüber den Folgen von Krankheiten und Unfall gewährleisten und nachhaltig entwickeln;

- Den Zugang der gesamten Bevölkerung zu einer umfassenden medizinischen Betreuung und einer qualitativ guten Pflege bei weiterhin tragbaren Gesundheitskosten sicherstellen.

Zur Verfolgung dieser Ziele nimmt das BAG folgende Funktionen wahr:

- Es ist vorbereitend und mitwirkend tätig bei der Erarbeitung der Erlasse über das öffentliche Gesundheitswesen wie auch über die soziale Sicherheit gegenüber den Folgen von Krankheit und Unfall und beaufsichtigt und koordiniert ihren Vollzug, insbesondere in folgenden Bereichen:

Kranken- und Unfallversicherung.

Gestützt auf diese Bestimmungen und Artikel 21/3 KVG ist das angerufene Bundesamt für Gesundheit zuständig, um über die eingereichte Aufsichtsbeschwerde zu entscheiden. Wenn das Bundesamt für Gesundheit seine Zuständigkeit ablehnen sollte, wäre die vorliegende Aufsichtsbeschwerde gemäss Artikel 8 des Bundesgesetzes über das Verwaltungsverfahren an die zuständige Bundesstelle weiterzuleiten.

2. Die Unterzeichneten legitimieren sich mittels Vollmacht.

3. Laut Artikel 71 des Bundesgesetzes über das Verwaltungsverfahren kann jedermann jederzeit Tatsachen, die im öffentlichen Interesse ein Einschreiten gegen eine Behörde von Amtes wegen erfordern, der Aufsichtsbehörde anzeigen. Sowohl juristische als auch natürliche Personen sind somit legitimiert. Der beschwerdeführende Verein ist Träger einer neuen Bewegung für eine faire und soziale Medizin und unterstützt entsprechende Bestrebungen.

4. Um die Interessen der PatientInnen wahr zu nehmen, haben die Beschwerdeführer keine Möglichkeit, ordentliche oder ausserordentliche Rechtsmittel einzulegen. Ebenso wenig steht eine Aufsichtsbeschwerde an eine andere Instanz zur Verfügung. Den Anzeigenden kommen nicht die gleichen Rechte zu wie einer Partei im Rechtsmittelverfahren (Artikel 71/2 VwVG). Die Beschwerdeführer stellen aus diesen Gründen keine Anträge, sondern ersuchen das Bundesamt für Gesundheit, im gesundheitlichen Interesse und der Würde der den HausärztInnen sich anvertrauenden PatientInnen sofort verschiedene Massnahmen zu ergreifen.

Beweismittel:

Vollmacht - **wird nachgereicht** -

## II. Begründung

### Art. 1

#### Kampagne von Santésuisse gegen Grundversorger

Das Konkordat der schweizerischen Krankenversicherer (heute: Santésuisse) hat in den letzten Jahren eine Kampagne gegen Grundversorger eingeleitet, um die angefallenen Honorarkosten (Medikamente und ärztliche Behandlung) zu reduzieren. Santésuisse hat dabei, entgegen dem klaren Wortlaut des Gesetzes, vergessen, zu berücksichtigen, welchen Schaden die PatientInnen durch ihre Massnahmen erleiden.

Santésuisse benützt jene wenigen ÄrztInnen, die das System missbrauchen, als Alibi für das Vorgehen gegen viele ÄrztInnen. Santésuisse missbraucht den Missbrauch.

Santésuisse gibt selbst zu, dass nur wenige ÄrztInnen böswillig handeln. Auffallend ist, dass sozial engagierte ÄrztInnen, die zu den ÄrztInnen gehören, die am wenigsten verdienen, Opfer der Kampagne der Santésuisse werden.

Santésuisse behauptet, dass günstige ÄrztInnen gute ÄrztInnen sind. Diese Aussage ist lebensfremd und bedeutet eine höchst oberflächliche Beurteilung.

Wenn Santésuisse jährlich 500 ÄrztInnen belangt bedeutet dies, dass in den letzten Jahren Tausende von ÄrztInnen mit diesem Problem konfrontiert wurden. Santésuisse blockiert damit auf diese Weise Tausende von ÄrztInnen in ihrer Arbeit.

## **Art. 2**

Laut Artikel 1a des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung regelt dieser Erlass die soziale Krankenversicherung. In Artikel 19 KVG ist festgehalten, dass die Versicherer die Verhütung von Krankheiten fördern müssen. Sie betreiben gemeinsam mit den Kantonen eine Institution, welche Massnahmen zur Förderung der Gesundheit und zur Verhütung von Krankheiten anregt, koordiniert und evaluiert.

Laut Artikel 56 KVG müssen die Leistungserbringer sich in ihren Leistungen auf das Mass beschränken, das im Interesse der Versicherten liegt und für den Behandlungszweck erforderlich sind. Dieser Artikel ist systematisch unter Kapitel 4 (Leistungserbringer), Sechster Abschnitt (Kontrolle der Wirtschaftlichkeit und der Qualität der Leistung), eingeordnet.

## **Art. 3**

### Zweck des KVG

Das KVG soll der Bevölkerung durch entsprechende Ausgestaltung der obligatorischen Krankenpflegerversicherung eine ausreichende medizinische Versorgung zu erträglichen Kosten gewährleisten. Es betont durch verschiedene Bestimmungen den Gedanken der Solidarität zwischen Gesunden und Kranken, zwischen Alten und Jungen, zwischen Männern und Frauen, sowie zwischen =Reichen „ und =Armen,,, indem es letzteren durch Beiträge der öffentlichen Hand Prämienerleichterungen verschafft (Siehe Alfred Maurer, das neue Krankenversicherungsrecht, 1996, Seite 3 und 4).

Ferner ist im erwähnten Kommentar von Alfred Maurer auf Seite 20 zu lesen:

Eine bemerkenswerte Neuerung bringt KVG 19: Die Versicherer haben die Verhütung von Krankheiten zu fördern. Zu diesem Zwecke müssen sie gemeinsam mit den Kantonen eine Institution betreiben, welche Massnahmen zur Förderung der Gesundheit und zur Verhütung von Krankheiten anregt, koordiniert und evaluiert. Wenn die Gründung der Institution nicht zustande kommt, so nimmt der Bund sie vor. Das leitende Organ der Institution besteht aus Vertretern der Versicherer, der Kantone, der SUVA, des Bundes, der Ärzteschaft, der Wissenschaft sowie der auf dem Gebiet der Krankheitsverhütung tätigen Fachverbände; KVG 19 III. Das BSV übt die Aufsicht über die Institution aus; KVG 20 III.

Die Aktionen der Institution zur Förderung der Gesundheit sollen die ganze Bevölkerung einschliessen. So können sie z.B. bewusst machen, dass falsche Ernährung, Überernährung, Bewegungsmangel, Suchtmittelkonsum usw. Krankheiten verschiedenster Art verursachen. Wenn solche Aktionen gut geplant und durchgeführt werden, sind sie geeignet, Krankheiten und dadurch Krankheitskosten zu vermeiden oder doch das entsprechende Risiko zu verringern, sodass auch die Versicherer und die Prämienzahler entlastet werden. Art. 19 KVG will die Gesundheitsförderung als nationale Aufgabe verstehen. Er ist von KVG 26 zu unterscheiden, welcher Leistungen der Versicherer für die medizinische Prävention im konkreten Einzelfall durch ärztliches Handeln, z.B. durch Vorsorgeuntersuchungen und Impfungen, vorschreibt (vgl. Seite 47).

Es bestehen zahlreiche Organisationen, die sich mit der Förderung der Gesundheit befassen, so die 1989 gegründete Stiftung für Gesundheitsförderung, Krebs-, Rheuma- und Gesundheitsligen u.a.m. Die neue Institution soll versuchen, die verschiedenen Bestrebungen zu koordinieren, um dadurch die Effizienz zu steigern.,

#### **Art. 4**

#### Prävention ist die beste Sparmassnahme

a) Die präventiv-medizinischen Erkenntnisse der letzten Jahrzehnte sind beeindruckend. In weniger als 50 Jahren ist es insbesondere gelungen, die wichtigsten Risikofaktoren für das Auftreten von Herzschlag, Hirnschlag, Krebs und

Demenz zu erkennen. Obwohl das Auftreten dieser hauptsächlich Volkskrankheiten teils auch genetisch bedingt ist, sind die meisten Risikofaktoren glücklicherweise mit vergleichsweise geringen Kosten (gegenüber krankheitsbedingten Therapiekosten) behandelbar: effiziente Risikotherapie senkt Risiken bis 80 %. Der Nutzen einer möglichst frühzeitigen Behandlung auch betreffend Kostensenkung ist selbstverständlich in einer Vielzahl von Studien erwiesen worden: niemand zweifelt mehr daran, dass bei PatientInnen mit Bluthochdruck die Blutdrucksenkung zur Vermeidung von Hirnschlag führt, oder dass bei deutlich erhöhten Cholesterinwerten, vor allem in Kombination mit anderen kardiovaskulären Risikofaktoren der Herzinfarkt verhindert werden kann, und dies unter Vermeidung erheblicher Folgekosten (Erwerbsausfall, Versicherungskosten). Doch das ist noch nicht alles: die Behandlung kardiovaskulärer Risikofaktoren senkt auch die Gefahr für Krebs (z.B. als Folge von Adipositas, Bewegungsmangel oder Nikotinabusus) und neuere Studien konnten zeigen, dass das Auftreten von Demenz (vaskulärer Genese oder Alzheimer) durch eine Blutdrucksenkung verhindert werden kann (Honig, L, New York Alzheimer Research Center, Arch Neurol 2003;60:1707 oder Forette F et al. Arch Intern Med. 2002;14:2046, Resultate der grossen europäischen Syst-Eur Studie). Aber auch die Bildgebung hat Fortschritte gemacht: so kann heute mit der Messung der Arterienverkalkung in den Herzkranzgefässen das biologische Alter und damit das globale Sterberisiko besser erfasst und mit konventionellen Risikofaktoren wie Rauchen, Diabetes oder hohem Blutdruck kombiniert werden (siehe dazu auch Radiology 2003; 228:826-833). Dies gestattet eine bessere (=frühere,,) Erfassung von Risikopatienten und damit eine effiziente präventive medizinische Therapie.

b) Die Prioritätensetzung der PolitikerInnen in der Schweiz spart keine Kosten, sondern wird im Gegenteil einen dramatischen Anstieg der Spitalmedizin zur Folge haben. Mit intensivierter, präventiver Medizin lassen sich jedoch viel eher Kosten kontrollieren, wie in einer Vielzahl von Studien belegt wurde. In der Schweiz herrscht z. B. weiterhin eine Unterversorgung betreffend Risikoreduktion in der Sekundärprävention (Muntwyler J et al. National survey on prescription of cardiovascular drugs among outpatients with coronary artery disease in Switzerland. SWISS MED WKLY, 2003;133:88-92). Der Effekt einer intensiven Prävention belegt z.B. die Greece Studie: in dieser Studie wurde gezeigt, dass in einem mediterranen Land wie Griechenland das Risiko zu sterben (Gesamtmortalität) durch eine intensive Betreuung von PatientInnen und kompromissloser Behandlung des Risikofaktors LDL ^ Cholesterin gesenkt werden kann (Athyros V et al. Treatment with atorvastatin to the National Cholesterol Educational Program Goal Versus "Usual" Care in Secondary Coronary Heart Disease Prevention. Current Medical Research and Opinion 2002; 18: 4: 220-228). Diese Studie ist deshalb besonders auch für die Schweiz wichtig, weil gemäss MONICA Daten das kardiovaskuläre Risiko ähnlich tief ist wie in mediterranen Ländern wie Griechenland, Italien, Frankreich oder Spanien und trotzdem durch intensive medizinische Prävention die Gesamtmortalität und die kardiovaskuläre Morbidität signifikant gesenkt werden konnte.

c) Es sei auch auf die Bemühungen der Weltgesundheitsorganisation (WHO) hingewiesen, um die direkt oder indirekt durch das Rauchen verursachten

Gesundheitsschäden einzudämmen. Diese sind laut Richard Garnona, Ranghöchster Gesundheitsberater der USA, schlimmer als bisher angenommen wurde. Zu den neuesten Ergänzungen auf der Liste der durch Rauchen bedingten Krankheiten stehen Grauer Star, Lungenentzündung, Leukämie, Krebs an Niere, Bauchspeicheldrüse, Magen und Gebärmutter Schleimhaut.

Deshalb sollte in diesem Jahr noch eine internationale Konvention in Kraft gesetzt werden, um die Zahl der Todesfälle, die direkt oder indirekt durch das Rauchen verursacht werden, drastisch zu senken. Laut Schätzung der WHO belasten durch das Rauchen verursachte Kosten das Gesundheitswesen von Industrienationen um 6 % - 15 %. Umgerechnet auf die Schweiz könnten rund CHF 5.7 Milliarden gespart werden. Nicht einberechnet ist hier der Schaden als Folge von Passivrauchen. Zu beachten ist auch, dass laut Bundesamt für Gesundheit 71 % der Schweizer Bevölkerung nicht raucht.

Ebenso kann auch auf die zur Zeit in der Schweiz vom Bundesamt für Gesundheit durchgeführte Kampagne hingewiesen werden, die auch dazu beitragen soll, das Rauchen einzudämmen.

Ferner empfiehlt das Bundesamt für Gesundheit im Bericht Gesundheitsschutz und Gesundheitsförderung in den Jahren 2000 bis 2003 die Präventivmedizin in der Schweiz massiv auszubauen.

d) Auch ist besonders zu betonen, dass eine effiziente Präventivmedizin von den HausärztInnen getragen und umgesetzt werden muss.

## **Art. 5**

### Explodierende Spitalkosten

Die Spitäler haben in der Schweiz in den letzten Jahren den höchsten Zuwachs an Ausgaben verursacht. Die Kostenzunahme im ambulanten Sektor erscheint flacher als diejenige im Spitalsektor. So betrug im Jahre 2003 bei den Spitälern die

Kostenzunahme CHF 588 Mio. Grundsätzlich sollten Kosten durch verbesserte Prävention vermieden werden. In diesem Zusammenhang sei festgehalten, dass eine Politik, welche den Zigarettenqu沿海 in der Schweiz eindämmen würde, mehr Krankheitskosten pro Jahr vermeiden würde als alle Sparbemühungen der Santésuisse in den letzten 15 Jahren.

## **Art. 6**

### Rationalisierung auf Kosten der Patienten

Seit Jahren verlangen die Krankenkassen, vertreten durch die Santésuisse, von ÄrztInnen bereits erbrachte Leistungen zurück. Es stellt sich nun die Frage, ob die Krankenkassen Artikel 56 KVG respektieren oder nicht. Es geht darum, grundsätzlich zu entscheiden, ob die PatientInnen das Recht darauf haben, dass sämtliche Leistungen erbracht werden, die ihrer Gesundheit dienen, oder ob diese Leistungen, wegen kurzfristigen Wirtschaftlichkeitsüberlegungen eingeschränkt werden müssen. Die Beschwerdeführer sind jedoch der Auffassung, es könne nicht Aufgabe der Krankenkassen sein, ärztliche Leistungen, welche im Interesse der PatientInnen liegen, einzuschränken, weil die Rationalisierung auf Kosten der PatientInnen erfolgt und, langfristig betrachtet, zu höheren Gesamtkosten im Gesundheitswesen führt. Gestützt auf den heutigen Wortlaut von Artikel 56 KVG, der folgenden Inhalt hat, ist eine Praxisänderung der Krankenversicherungen dringend angezeigt:

### Artikel 56 KVG:

=Der Leistungserbringer muss sich in seinen Leistungen auf das Mass beschränken, das im Interesse der Versicherten liegt und für den Behandlungszweck erforderlich ist.,,

Die von Santésuisse angewendete Methode (Durchschnittswertberechnung) ist nicht haltbar. Die Basler HMO z.B. haben für die Wirtschaftlichkeitsprüfung ihrer ÄrztInnen andere Instrumente entwickelt. Die von Santésuisse angewendete Methode führt insbesondere dazu, dass ÄrztInnen, die Medikamente verschreiben und an diesen keinen Rappen verdienen, trotzdem hunderttausende von Franken den Krankenkassen zurückbezahlen müssen.

Das Bundesamt für Gesundheit wird den Krankenversicherern Weisungen erteilen müssen, damit dieses Artikel 56 KVG nicht nur unter dem Aspekt der kurzfristigen Wirtschaftlichkeitsprüfung, sondern auch unter der Berücksichtigung der Gesundheit der PatientInnen angewendet.

Um zu entscheiden, ob die erbrachten Leistungen der ÄrztInnen die Wirtschaftlichkeitskriterien erfüllen oder nicht, muss eine Arztpraxis mit neuen Methoden, welche nicht nur die Kosten beurteilt und von einer Instanz, welche nicht gleichzeitig Begutachterin und Klägerin ist, untersucht werden, ansonsten unmöglich korrekt geprüft werden kann, ob die Wirtschaftlichkeit einer Arztpraxis, wie es in Artikel 56 KVG definiert ist, eingehalten wird oder nicht.

## **Art. 7**

### Hippokratischer Eid in Frage gestellt

In den letzten Jahren hat Santésuisse die Wirtschaftlichkeitsprüfung von ÄrztInnen vorgenommen und dabei ÄrztInnen massiv unter Druck gesetzt bzw. gegen Ärzte und Ärztinnen Rückforderungsklagen eingereicht. In einzelnen Fällen wurden Grundversorger verpflichtet, rückwirkend mehr als CHF 1 Mio. zu bezahlen. Die Santésuisse geht systematisch gegen Grundversorger vor, die aufgrund des Gesamtumsatzes gar nicht Grossverdiener sein können. Opfer dieser Praxis sind insbesondere chronisch Kranke. Die im KVG postulierten Kriterien der Wirtschaftlichkeit, der Zweckmässigkeit und der Wirksamkeit (Artikel 32 KVG) sind durch die Praxis der Santésuisse auf die Wirtschaftlichkeit reduziert worden, was die ärztliche Grundversorgung ernsthaft in Frage stellt. Die Folge dieses weltweit einzigartigen Systems ist die Reduktion von medizinischen Leistungen (Medikamente, Abklärungen) bei PatientInnen. Dadurch können die Grundversorger ihren Auftrag, für die PatientInnen alle notwendigen Massnahmen zu ergreifen, nicht mehr erfüllen, was langfristig zu höheren Gesamtkosten im Gesundheitswesen führt. Die HausärztInnen riskieren zudem von den PatientInnen zivil- oder strafrechtlich belangt zu werden, weil sie nicht alle notwendigen medizinischen Massnahmen ergriffen haben.

Grundsätzlich sei hier auf die Charta zur ärztlichen Berufsethik erwiesen, welche von drei interinistischen Organisatoren publiziert wurde: European Federation of Internal

medicine, das American college of physicians und den American Board of Internal Medicine. Die Schweizerische Gesellschaft für Innere Medizin (SGIM) ist Mitglied der europäischen Internistenföderation und hat bei der Formulierung mitwirken können. Diese Charta hat grosse Beachtung gefunden. In Ziffer 1 der grundlegenden Prinzipien ist das Primat des Patientenwohls festgehalten, wonach eine grundsätzliche Verpflichtung besteht, den Interessen des Patienten zu dienen. Zudem dürfen ökonomische Interessen, gesellschaftlicher Druck und administrative Anforderungen dieses Prinzip nicht unterlaufen. Viele ÄrztInnen geraten in einen Gewissenskonflikt, der sehr belastend ist, weil nicht mehr die Erhaltung der Gesundheit bzw. die Suche nach allfälliger Krankheit eines Patienten oder einer Patientin entscheidend ist, sondern die allfällige Kostenüberschreitung.

## **Art. 8**

### Wessen VertrauensärztInnen?

Die heute bestehende Kontrolle durch die VertrauensärztInnen im Sinne von Artikel 57 KVG ist unbefriedigend. Es sei auf Alfred Maurer, Das neue Krankenversicherungsrecht, 1996, Seite 101 verwiesen, wo ausgeführt wird, die Kontrollfunktion der VertrauensärztInnen seien naturgemäss heikel und konfliktträchtig. Gemäss Artikel 57 KVG bestellen die Versicherer oder ihre Verbände VertrauensärztInnen. Diese sind in administrativer Hinsicht in die Hierarchie der Versicherer eingegliedert (siehe Alfred Maurer, Das neue Krankenversicherungsrecht, 1996, Seite 102). Mit ihm schliesst der Vertrauensarzt den Anstellungsvertrag ab, regelt darin Salär-, Infrastruktur-, Arbeitszeit-, Ferien- und Versicherungsfragen (berufliche Vorsorge) usw. Somit besteht unbestreitbar ein Abhängigkeitsverhältnis des Vertrauensarztes zu den Krankenkassen.

## **Art. 9**

### Misstrauen der Versicherten gegenüber den Krankenkassen

In der Studie „Was leistet unser Gesundheitswesen“, (Plaut-Economics), Seite 7, ist nachzulesen, dass eine Selektion der ÄrztInnen nach Kostenkriterien von beinahe 50 % der Befragten befürwortet wird und die Listenerstellung zwar den Krankenversicherern zugestanden wird, diese aber nachträglich durch den Kanton geprüft und genehmigt werden müssen. Hier zeigt sich ein klares Misstrauen der Versicherten gegenüber den Krankenkassen.

Auf Seite 10 dieser Studie ist festgehalten, dass die Leistungserbringer (ÄrztInnen und Spitäler) sowohl bezüglich der Kompetenz als auch der sozialen Verantwortung besser beurteilt werden als die Krankenversicherer. Offensichtlich haben also die Versicherten mehr Vertrauen in die ÄrztInnen als in die Krankenkassen.

Auf Seite 64 der Studie ist ausgeführt, dass Einschränkungen der Leistungen volkswirtschaftlich nur dann Sinn machen, wenn diese Kosteneinsparungen grösser sind als der Nutzenverlust, der aus den Massnahmen bei der Bevölkerung durch die Einschränkung entsteht.

## **Art. 10**

Herr Bundesrat Pascal Couchepin hat anlässlich einer Nationalratsdebatte zur Teilrevision des KVG sinngemäss Folgendes ausgeführt:

Um die Wirtschaftlichkeitsprüfung durchzuführen, gibt es grundsätzlich zwei Varianten: Die statistische Methode und die analytische Methode. Die statistische Methode hat den Nachteil, dass Sie eine repräsentative Auswahl von ÄrztInnen haben muss, damit man überhaupt eine statistische Form ableiten kann.

Genau hier liegt die Schwierigkeit. Die Wirtschaftlichkeitsprüfung, welche von der Santésuisse in den letzten Jahren durchgeführt wurde, wird der komplexen Tätigkeit von ÄrztInnen nicht gerecht, da die Mittelwertberechnungen kein taugliches Mittel sind.

Laut Artikel 8 BV sind alle Menschen vor dem Gesetze gleich. Dieses selbständige, verfassungsmässige Recht garantiert in allgemeiner Weise die Gleichbehandlung der Menschen durch alle staatlichen Organe. Gefordert ist, Gleiches gleich (Gleichheitsgebot) und Ungleiches ungleich (Differenzierungsgebot) zu behandeln, (siehe Jörg Paul Müller, Grundrechte in der Schweiz, im Rahmen der Bundesverfassung von 1999, der UNO Pakte und der EMRK, dritte Auflage, Seite 396 und 397). Dies bedeutet konkret, dass die vorzunehmende Wirtschaftlichkeitsprüfung diesem elementaren Grundsatz gerecht werden muss, was zurzeit auf Grund der von der Santésuisse durchgeführten Kampagne gegen Grundversorger nicht der Fall ist.

## **Art. 11**

Für eine gerechte Wirtschaftlichkeitsprüfung, die der Gesundheit der PatientInnen dient und Kosten spart.

a) Gemäss Urteil vom 15.07.2003 (K, 108/1) des Eidgenössischen Versicherungsgerichtes sind die kantonalen Schiedsgerichte in der Wahl der Prüfmethode grundsätzlich frei. Sowohl die statistische Methode (Durchschnittskostenvergleich) als auch die analytische Methode (Einzelfallprüfung) sind zulässig (Ziffer 6.2).

Laut Ziffer 6.3 geht die Rechtsprechung zur =auf Artikel 23 KUVG gestützten Rückforderungen wegen Missachtung des Gebots der Wirtschaftlichkeit der Behandlung durch ÄrztInnen davon aus, dass da, wo die Wirtschaftlichkeit in Anwendung der statistischen Methode überprüft wird, eine Unwirtschaftlichkeit nicht schon bei Überschreitung des statistischen Mittelwertes (100 Indexpunkte) vermutet werden darf. Vielmehr ist den ÄrztInnen einerseits ein Toleranzbereich (BGE 119 V 454 Erw. 4c in fine) und zudem allenfalls ein Zuschlag zum Toleranzwert (zum den Toleranzbereich begrenzenden Indexwert) zuzugestehen, um spezifischen Praxisbesonderheiten Rechnung zu tragen (RKUV 1988 Nr. K 761 Seite 92 Erw. 4c; SVR 2001 KV Nr. 19 Seite 52 Erw. 4b). Das Eidgenössische Versicherungsgericht hat im in SVR 1995 KV Nr. 40 Seite 125 veröffentlichten Urteil E. vom 12. September 1994 (K 44/94) in Erw. 4b ausgeführt, dass bei der Festlegung des Toleranzwertes über den Index 130 nicht hinausgegangen werden sollte, um die statistische Falldurchschnittsmethode nicht ihres Sinns zu entleeren. Nach der Rechtsprechung liegt der Toleranzbereich vielmehr zwischen 120 und 130 Indexpunkten. So hat das Eidgenössische Versicherungsgericht etwa Entscheide von Schiedsgerichten bestätigt, welche für eine Praxis insoweit eine Überarztung annahmen, als 120

Indexpunkte (RSKV 1978 Nr. 315 Seite 50 Erw. 6b; nicht veröffentlichtes Urteil H. vom 18. September 1992, K 11/92), 125 Indexpunkte (RSKV 1982 Nr. 489 Seite 124 Erw. 4a; nicht veröffentlichtes Urteil W. vom 14. Dezember 1995, K 45/95) oder 130 Indexpunkte (SVR 1995 KV Nr. 40 Seite 125 Erw. 4; RKUV 1986 Nr. K 654 Seite 5 Erw. 5a) überschritten wurden.,,

Weiter wurde unter Ziffer 8 ausgeführt:

=Es gibt denn keine gesetzlichen Regelung darüber, wie im Verfahren wegen Missachtung des Wirtschaftlichkeitsgebots die Grenze zur rückerstattungspflichtigen Unwirtschaftlichkeit, also der Kürzungsindex, zu fixieren ist (vergleiche dazu Schürer, a.a.O, Seite 94). In jedem Streitfall ist aufgrund der konkreten Verhältnisse zu entscheiden....,,

b) =Dans un pays pratiquant le libre choix de médecin, et donc la possibilité pour un patient de consulter plusieurs praticiens pour une même pathologie, les difficultés de définir et de gérer un tel système en sont encore multipliées. Dans un tel contexte, il semblerait évident que l'analyse statistique ne peut être qu'une phase préliminaire permettant l'identification des médecins susceptibles de dépasser la mesure exigée. Elle devrait déboucher sur une enquête spécifique des cas identifiés, seule une telle enquête permettant de s'assurer que les conditions de dépassement de la mesure exigée sont bien remplies.,,

Dieses Zitat stammt aus der Etude du contrôle du caractère économique des traitements basé sur les statistiques du Concordat des assureurs maladie suisses, von Prof. André Dubey und Prof. François Dufresne, HEC-Lausanne, Februar 2000, Seite 7.

Auf Seite 18 dieser Studie ist zudem noch zu lesen, dass folgende Massnahmen empfohlen werden:

- Eine statistische Methode muss insbesondere ÄrztInnen miteinander vergleichen, die tatsächlich in identischen Situationen bezüglich PatientInnen und durchgeführte Behandlungen identisch sind.

- Ferner wurde festgehalten, dass die zur Zeit von der Santéuisse angewendete Mittelwertberechnung untauglich ist. Diese Berechnungsmethode könne auf keinen

Fall weiterhin angewendet werden, um Rückforderungen durchzusetzen. Es wird dringend empfohlen, die Wirtschaftlichkeitsprüfung müsse unter Aufsicht des Bundesamtes für Gesundheit durchgeführt werden. Dieses habe ein neues Kontrollsystem zu entwickeln, unter Beachtung der Erfahrungen, die in andern Ländern im Bereich der physician profiling gemacht wurden.

c) Die heutige Praxis von Santésuisse führt zu absurden Fällen: Herr Dr. med. Cyrill Jeger soll mehrere hunderttausend Franken den Krankenkassen zurückbezahlen. Dies betrifft die überdurchschnittliche Rezeptierung von Medikamenten. Der Beschwerdeführer hat selber an diesen Medikamenten nichts verdient, da er die Rezepte ausgestellt hat. Er soll also die Einnahmen der ApothekerInnen aus eigener Tasche zurückbezahlen. Im Zusammenhang mit dieser Auseinandersetzung hat Santésuisse ihn erstaunlicherweise im Jahre 2000 in eine andere Ärztevergleichsgruppe aufgenommen. Seither ist Dr. med. Cyrill Jeger mit allen Mittelwerten im Durchschnitt. Dies spricht für eine trotz Drangsalierung durch Santésuisse unbeeindruckt gebliebene, konstante Behandlungspraxis durch Dr. Jeger und der sich ihm anvertrauenden Patientinnen und Patienten: die Kosten pro Patient/-in und Jahr zwischen 1996-2002 blieb mit 756 Sfr (indexiert: zwischen +14% und +7%) konstant, was hingegen erheblich schwankte, was die im gleichen Zeitraum erfolgte Beurteilung durch Santésuisse gemessen an der Mittelwert-Indexierung zwischen 1996-2002: zwischen + 66% und +12% ! Dieses Beispiel zeigt, wie willkürlich und absurd, das von Santésuisse zur Zeit angewendete Berechnungssystem ist. Zudem hat Santésuisse in keiner Art und Weise berücksichtigt, dass Herr Dr. med. Cyrill Jeger sich in verschiedenen Bereichen weitergebildet hat und entsprechende Fähigkeitsausweise vorweisen kann ( psychosomatische und psychosoziale Medizin FA APPM, Manuelle Medizin FA SAMM, Akupunktur ^ Tuina FA TCM ASA und Medizinische Hypnose SMSH). Diese Unterlassung ist nicht nachvollziehbar. Beim Vergleich verschiedener Arztpraxen sind nämlich die zusätzlichen Weiterbildungen der jeweiligen ÄrztInnen mit einzubeziehen.

Die Praxis der Santésuisse führt dazu, dass viele ÄrztInnen nicht medizinisch korrekt, sondern statistisch vertretbar handeln (siehe dazu als pars pro toto das Rundschreiben vom 26.05.2004 des Bündner Ärztevereins an seine Mitglieder). Wie auch aus anderen Kantonen bekannt ist, lauten Empfehlungen an die grundversorgende Ärzteschaft so, dass im Einzelfall Mittelwerte nicht überschritten werden dürfen, dies mit der Empfehlung, insbesondere verursachte Medikamentenkosten laufend zu monitorisieren und gegebenenfalls teure Medikamente (nicht explizit, aber implizit: welche z.B. Herzinfarkt oder Hirnschlag verhindern könnten oder für AIDS-Kranke Verwendung finden), nicht mehr zu rezeptieren oder abzugeben. Praktizierende ÄrztInnen berichten zudem, dass diese teuren PatientInnen von der Praxis weggewiesen werden, in der Regel an ein medizinisches Ambulatorium, um zu vermeiden, wegen Überarztung angeklagt zu werden. Dies könnte mit ein Grund sein, warum die Spital-Ambulatorien einen überdurchschnittlichen Kostenzuwachs generieren (zwischen 1996-2001 nahmen die durch medizinische Leistung verursachten Kosten in medizinischen Ambulatorien von Spitälern in der Schweiz um 71% zu, während die stationären Spitalleistungen um

24% und die ambulanten Leistungen in der medizinischen Grundversorgung (Hausarzt-Praxis) um 21% zugenommen haben).

d) Weil also gemäss Bundesgerichtspraxis bei der Wirtschaftlichkeitsprüfung der ärztlichen Tätigkeit sowohl die statistische Methode (Durchschnittskostenvergleich) als auch die analytische Methode (Einzelfallprüfung) oder eine Kombination beider Methoden zulässig ist, und aufgrund der jeweiligen, konkreten Verhältnisse zu entscheiden ist, werden verschiedene Massnahmen vorgeschlagen, damit die Wirtschaftlichkeitsprüfung der ärztlichen Tätigkeit nach Artikel 56 KVG im Interesse der Gesundheit der PatientInnen und einer kostengünstigen Gesundheitspolitik durchgeführt wird. Es wird auf Art. 11 b) verwiesen.

### **III. Massnahmen, die sofort umzusetzen sind**

Die Unterzeichneten schlagen aufgrund der bisherigen Ausführungen Folgendes vor:

**a) Es sei sämtlichen Krankenkassen die Weisung zu erteilen, alle Rückforderungen gegen ÄrztInnen wegen Überarztung sofort einzustellen.**

b) Das Bundesamt für Gesundheit habe, um die Wirtschaftlichkeit der Leistungen gemäss Artikel 56 KVG zu überprüfen, ein neues Berechnungssystem auszuarbeiten.

c) Es sei, nachdem das unter b) erwähnte Berechnungssystem ausgearbeitet wurde, allen Krankenkassen die Weisung zu erteilen, dieses anzuwenden und, wenn der Verdacht besteht, das gemäss Artikel 56 KVG vorgesehene Mass sei überschritten, eine Einzelfallprüfung anzuordnen, welche aufgrund einer detaillierten Chart-Review durch eine von Santésuisse unabhängigen, von der FMH benannten, ärztlichen Untersuchungskommission durchzuführen ist.

Die Unterzeichneten ersuchen, im Interesse der Gesundheit der PatientInnen und um, langfristig betrachtet, Kosten im Gesundheitswesen zu sparen, das Bundesamt für Gesundheit die vorgeschlagenen Massnahmen möglichst rasch umzusetzen.

Mit vorzüglicher Hochachtung

Dr. oec. Daniel Fischer

Fürsprecher, CFE

Eric Clivaz, Fürsprecher

**Im Doppel**

Kopie z.K. an Klientschaft

Beilage:

- Vollmacht, wird nachgereicht

- Kopie der Studie Etude du contrôle du caractère économique des traitements basé sur les statistiques du Concordat des assureurs maladie suisses.

- Rundschreiben 3 / 2004 des Bündner Ärztevereins