

Wie nicht anders zu erwarten war, hat der Artikel von Hanspeter Kuhn über den Entscheid des Eidg. Versicherungsgerichtes santésuisse zu einer Reaktion veranlasst. Selbstverständlich publizieren wir diesen Text und hoffen, dass die Diskussion weitergeht: Hanspeter Kuhn nimmt seinerseits Stellung zu den von santésuisse geäußerten Kritiken. Schliesslich lässt uns Jürg Pellaton, Präsident der Kantonalen Paritätischen Kommission (KPK) Kanton Zürich, an seinen Überlegungen teilhaben.

Replik auf den Artikel von Hanspeter Kuhn in der Ärztezeitung 50/2006

## EVG bestätigt Kurs von santésuisse

In seinem Artikel in der Schweizerischen Ärztezeitung Nr. 50/2006 suggeriert Hanspeter Kuhn, das Eidgenössische Versicherungsgericht habe santésuisse entgegen der bisherigen Praxis die Gesamtkostenbetrachtung in den Wirtschaftlichkeitsverfahren aufgezwungen. Bewusst oder unbewusst unterschlägt Herr Kuhn, dass santésuisse jene Gesamtkostenbetrachtung längst anwendet. Darüber hinaus verbreitet er einige Unwahrheiten, die nicht unwidersprochen bleiben dürfen.

Roland Amstutz  
(lic. rer. pol. und Fürsprecher)  
und Mirjam D'Angelo  
(lic. rer. pol.) für das Kompetenzzentrum santésuisse  
Wirtschaftlichkeitsverfahren

Richtig ist, dass das Eidgenössische Versicherungsgericht am 6. Oktober nicht zugunsten von santésuisse entschieden hat. Ebenso richtig ist aber, dass dies eine grosse Ausnahme ist und dass die Rechtssprechung die Praxis von santésuisse bei den Wirtschaftlichkeitsverfahren stützt.

### santésuisse setzt schon lange auf Gesamtkostenbetrachtung

Hanspeter Kuhn erweckt in seinem Artikel den Eindruck, santésuisse habe bis anhin die Gesamtkostenbetrachtung vernachlässigt und sei nun vom Bundesgericht zurückgepfiffen worden. Dem ist nicht so – santésuisse trägt längst allen Kostenarten in der Arztpraxis Rechnung. Der erste statistische Filter ist die sogenannte ANOVA (Varianz-Analyse): Hier werden nicht nur Vergleichsgruppen nach Facharztgruppe gebildet, sondern auch Alter und Geschlecht der Patientinnen und Patienten mit einbezogen und der Kantonseffekt berücksichtigt. Kein Arzt erhält also Warnbriefe von santésuisse, weil er viele ältere Patientinnen und Patienten betreut. Hinzu kommt: Kein Arzt wird aufgrund der nackten Statistik zu Rückzahlungen aufgefordert. Zuvor erhält er in aufwendigen Einzelfallabklärungen die Möglichkeit, Praxisbesonderheiten – darunter tiefe Medikamentenabgaben oder anderweitig niedrige veranlasste Kosten – darzulegen. Sind diese Begründungen plausibel, stellt santésuisse keinerlei Forderungen. Wenn Herr

Kuhn unterstellt, dass Ärztinnen und Ärzte bestraft werden, die viele Leistungen selber erbringen und dafür weniger Massnahmen veranlassen, so ist das schlichtweg falsch.

Hanspeter Kuhn begrüsst auch die Aufforderung des EVG, künftig die Überweisungen an Spezialärzte und Spitäler in die Betrachtung mit einzubeziehen. santésuisse begrüsst diese Aufforderung ebenfalls. Nur: Auf den Rechnungen der Spezialärzte und der Spitäler finden sich in aller Regel keine Hinweise, von welchem Grundversorger die Patientinnen und Patienten zugewiesen werden. Wie also sollen die Krankenversicherer entsprechende Daten beschaffen?

### Unwahrheiten aus dem Jahr 1998 neu aufbereitet

Schliesslich gibt Hanspeter Kuhn eine Eingabe der FMH an die Wettbewerbskommission aus dem Jahr 1998 (!) wieder und stellt die darin aufgestellten Thesen als weiterhin aktuell dar. Er unterstellt damit, santésuisse hätte ihre Wirtschaftlichkeitsverfahren in den letzten zehn Jahren nicht weiterentwickelt. Abgesehen von dieser grundsätzlichen Fehlinformation verbreitet Hanspeter Kuhn einige weitere Unwahrheiten: – Herr Kuhn behauptet, die Wirtschaftlichkeitsverfahren würden veranlasste Leistungen nicht berücksichtigen. Die Wahrheit ist: santésuisse bezieht sowohl in den Statistiken wie auch im Rahmen der Einzelfallabklärungen

Korrespondenz:  
santésuisse  
lic. phil. Peter Kraft  
Römerstrasse 20  
CH-4502 Solothurn  
Tel. 032 625 42 71  
Fax 032 625 42 70  
peter.kraft@santesuisse.ch

alle Informationen zu veranlassten Leistungen mit ein, die von den Leistungserbringern zur Verfügung gestellt werden. Gerade was die Überweisungen betrifft, würde santésuisse mehr und bessere Angaben der Leistungserbringer sehr begrüßen.

- Herr Kuhn behauptet, die Wirtschaftlichkeitsverfahren würden Alter und Geschlecht der Patientinnen und Patienten nicht mit einbeziehen. Die Wahrheit ist: Bereits der erste statistische Filter, die ANOVA, berücksichtigt diese Faktoren.
- Herr Kuhn wirft santésuisse vor, dass die Behandlungsergebnisse in die Wirtschaftlichkeitsprüfungen nicht mit einfließen. Er unterschlägt aber, dass der Widerstand gegen die Messung der Ergebnisqualität gerade bei der Ärzteschaft gross ist. Würde die Ärzteschaft Hand bieten zu einer einheitlichen Messung der Ergebnisqualität (wie dies in anderen Ländern längst der Fall ist), wäre santésuisse sofort bereit, auch diesen Aspekt in die Wirtschaftlichkeitsprüfungen mit einzubeziehen.

#### Das Arztbild von santésuisse

Schliesslich unterstellt Hanspeter Kuhn santésuisse folgendes Bild des idealen Arztes, der idealen Ärztin: Er verweist seine Patientinnen und Patienten möglichst rasch an spezialisierte oder stationäre Leistungserbringer weiter. Insbesondere älteren Personen widerfährt dieses

Schicksal. Auch begnügt er sich mit einer suboptimalen Behandlungsqualität.

Es ist selbstverständlich, dass kein verantwortungsvoller Akteur im Gesundheitswesen, dem das Wohl der Patientinnen und Patienten wichtig ist, solche Vorstellungen hegt. santésuisse distanziert sich deshalb in aller Form von einem derart negativen Bild der Leistungserbringer.

Hinzu kommt, dass ein Arzt, der schlecht arbeitet und seine Patienten schnellstmöglich weiter verweist, sowohl seinen eigenen als auch den Interessen der Krankenversicherer zuwiderläuft: Ein solcher Leistungserbringer verursacht nämlich massive Mehrkosten und erarbeitet für sich selber ein geringeres Einkommen. Die Krankenversicherer würden sich tief ins eigene Fleisch schneiden, wollten sie mit den Wirtschaftlichkeitsprüfungen Ärzte hervorbringen, wie Hanspeter Kuhn sie skizziert. Im Dialog mit betroffenen Ärzten oder Ärztinnen wird dieses Thema stets angesprochen, und es werden geeignete Lösungen gesucht.

Herr Kuhn muss sich auch fragen lassen: Denken Sie wirklich so schlecht über die Ärztinnen und Ärzte? Glauben Sie wirklich, insbesondere die Grundversorger würden wegen der Wirtschaftlichkeitsprüfungen den Dienst am Patienten vernachlässigen? santésuisse glaubt das nicht. Auch wenn immer wieder anderes unterstellt wird: Die Krankenversicherer haben ein wesentlich positiveres Bild von unseren Ärztinnen und Ärzten.

## Duplik

# Die santésuisse-Statistik und die Praxisänderung des EVG

*Hanspeter Kuhn, Fürsprecher,  
stv. Generalsekretär*

Die Replik von santésuisse bezeichnet das Urteil als «grosse Ausnahme» und behauptet, dass die Rechtsprechung «die Praxis von santésuisse bei den Wirtschaftlichkeitsverfahren stützt».

Ich stelle fest: Das EVG hat den Entscheid in Fünferbesetzung gefällt, und es hat ihn als Praxisänderung deklariert: «Eine Änderung der in Erw. 5.3.2 dargestellten Rechtsprechung drängt sich in dem Sinne auf, dass im Rahmen der Wirtschaftlichkeitskontrolle grundsätzlich eine Gesamtbetrachtung Platz zu greifen hat und dementsprechend auf den die Arzt-, die Medikamenten- und – soweit möglich – die veranlassten Kosten berücksichtigenden Gesamtkostenindex

abzustellen ist.» Und weiter: «5.3.6 Eine wirkliche Gesamtbetrachtung müsste allerdings auch die durch Überweisung an Spezialärzte und Spitäler veranlassten Kosten einbeziehen, welche Daten nicht erhoben worden sind.» Ein Hinweis: In den Netzwerken werden die Gesamtkosten der Managed-Care-Patienten inklusive Überweisungen an Spezialisten und Spitäler seit Jahren erhoben und ausgewiesen.

Die Replik kritisiert, dass ich eine Analyse des FMH-Zentralvorstands aus dem Jahr 1998 erwähnte. In diesem Punkt war mein Beitrag in der SÄZ 50/2006 tatsächlich missverständlich. Ich wollte mit dem Zitat aufzeigen, welche Anforde-

Korrespondenz:  
Rechtsdienst FMH  
Postfach 170  
CH-3015 Bern  
Tel. 031 359 11 11  
Fax 031 359 11 12  
lex@fmh.ch

rungen der internationale Stand der Wissenschaft schon 1998 an korrekte Verfahren zur Prüfung der Kosteneffektivität stellte. Es ist richtig, dass santésuisse die Statistik in der Zwischenzeit weiterentwickelt hat: Die von Arzt und Ärztin direkt veranlassten Kosten (von ihnen verschriebene Medikamente, Physiotherapie etc.) werden heute soweit möglich erfasst, und Alter und Geschlecht werden als Korrekturfaktor einbezogen.

Die weiteren in der SÄZ 50/2006 erwähnten Grenzen der Statistik gelten hingegen auch heute: Wer die Patienten stationär ins Spital einweist, statt die Untersuchungen und Behandlungen ambulant durchzuführen, erscheint billig; wer seine Patienten nicht kontinuierlich betreut, sondern eine «Laufkundschaft» fördert, erscheint billig; wer in einer Gruppenpraxis den Patienten abwechselnd durch mehrere Ärzte betreut, erscheint billig; wer den Patienten dem Spezialisten zur Weiterbehandlung schickt, statt ein Konsilium einzuholen, erscheint billig; wer ältere polymorbide Patienten unauffällig abwimmelt – «Ihr Leiden kann nur der Spezialist kompetent behandeln» –, erscheint billig.

Was bedeutet das? Die heutige Statistik kann sinnvollerweise als erste *Screening*-Methode verwendet werden (wer könnte auffällig sein?) – auch wenn aufgrund ihrer systematischen Limiten klar ist, dass es auch teure Ärzte gibt, die billig erscheinen. Es wäre hingegen nicht zulässig, allein mit der Statistik die *Diagnose* «teurer Arzt» zu stellen. Um im Jargon der Epidemiologie zu bleiben: Die Statistik produziert richtig positive Testergebnisse, deutet also auf Ärzte, die teuer scheinen und auch teuer sind – aber sie produziert ebenso auch falsch positive (Ärzte, die zu Unrecht teuer erscheinen) und falsch negative Testergebnisse (Ärzte, die zu Unrecht nicht teuer erscheinen). Darin liegt die Bedeutung der Praxisänderung des EVG: Es kommt auf die Gesamtkosten an, mit der (heutigen) Statistik allein darf der Beweis nicht geführt werden. Wie eine Paritätische Kommission eine sorgfältige Wirtschaftlichkeitsanalyse durchführt, zeigt der nachfolgende Beitrag von Jürg Pellaton, Präsident der Zürcher Kantonalen Paritätischen Kommission (KPK).

## Wirtschaftlichkeitsverfahren im Kanton Zürich

Dr. med. Jürg Pellaton,  
Präsident KPK Kanton Zürich

Seit vielen Jahren wurden Wirtschaftlichkeitsverfahren im Kanton Zürich von der Blauen Kommission, seit Einführung des TARMED von der Kantonalen Paritätischen Kommission (KPK) als erste Instanz bearbeitet. Das Verfahren lief bisher folgendermassen ab:

1. Screening durch die santésuisse aufgrund der santésuisse-Statistik.
2. Werden von der santésuisse bei einem Arzt Kostenüberschreitungen (über Index 130) bei den Gesamtkosten pro Erkrankten oder in Teilbereichen festgestellt, so wird der Arzt aufgefordert, eine Begründung für diese Überschreitungen einzusenden. Bei den meisten Ärzten ist damit die Angelegenheit erledigt.
3. Leuchtet der santésuisse die Begründung nicht ein, so wird der Arzt verwarnt.
4. Im Wiederholungsfall reicht die santésuisse eine Klage bei der KPK ein. Ausser der santésuisse-Statistik werden 100 anonymisierte, nummerierte Honorarrechnungen aus den beanstandeten Rechnungsperioden eingereicht.
5. Die KPK prüft die Unterlagen und teilt dem Arzt mit, dass gegen ihn ein Pauschalbeurteilungsverfahren angestrebt wurde. Sie

fordert ihn zur Stellungnahme und zur Einreichung von Gegenbeweisen auf.

6. Die KPK beschliesst ein Referentenverfahren. Sie wählt zwei ärztliche Referenten, wovon mindestens einer die gleiche Fachrichtung wie der beklagte Arzt haben soll. Sie kann zusätzlich einen Vertrauensarzt der Versicherer als Referenten wählen.
7. Die Referenten beurteilen die Praxisführung anhand der santésuisse-Statistik, der eingereichten Honorarrechnungen, evtl. weiterer Beweismittel sowie der vom Arzt eingereichten Beweismittel (z.B. eigene Statistik seines Trust-Centers). Sie besuchen den beklagten Arzt in seiner Praxis, um herauszufinden, ob Praxisbesonderheiten vorliegen, die die erhöhten Kosten rechtfertigen. Sie verfassen einen Bericht mit ihren Feststellungen und ihrer Beurteilung zuhanden der KPK.
8. Die KPK setzt eine Hauptverhandlung an, an welcher der beklagte Arzt (heute meist mit Rechtsvertreter) sowie ein Kläger der santésuisse und die Referenten teilnehmen müssen. Nach mündlicher Replik und Duplik fällt die KPK ihren (einstimmigen) Entscheid. Der

Korrespondenz:  
Dr. med. Jürg Pellaton  
Lebernstrasse 11  
Postfach 179  
CH-8309 Nürensdorf  
Tel. 044 836 56 56  
Fax 044 837 04 66

Entscheid wird den Parteien mit Begründung schriftlich mitgeteilt.

9. Innert 30 Tagen können die Parteien den KPK-Entscheid ablehnen, worauf das Verfahren ans kantonale Schiedsgericht weitergezogen werden kann.

Die Blaue Kommission hatte etwa 10 Pauschalbeanstandungsverfahren pro Jahr zu beurteilen. Die KPK hat in den vergangenen zwei Jahren nur Fälle aus der Vor-TARMED-Zeit bearbeitet. Klagen aufgrund der Abrechnungen nach TARMED sind bisher noch keine eingegangen. Das Verfahren wurde sowohl von der *santésuisse* Zürich wie von der AGZ äusserst positiv beurteilt. Die KPK wird von den Vertragsparteien als ausgesprochen vertrauensbildendes Organ wahrgenommen.

Leider weht dem Zürcher Modell ein steifer Wind aus Richtung Solothurn entgegen. Die Idee, dass wir Ärzte nicht daran interessiert sind, schwarze Schafe zu schützen, scheint nicht überall geläufig zu sein.

#### Die *santésuisse*-Statistik

Als langjähriges Mitglied der Blauen Kommission und jetzt der KPK habe ich mit der *santésuisse*-Statistik wenig Probleme gehabt – wenn man sie korrekt als Screening- und nicht als Diagnoseinstrument benützt. Sie ist die einzige Statistik, welche (fast) alle bei den Kassen eingereichten Honorarrechnungen eines Arztes sowie gewisse von ihm veranlasste Kosten (rezeptierte Medikamente, auswärtige Laborkosten, Physiotherapie) umfasst. Sie wurde in den letzten Jahren verfeinert, indem das Durchschnittsalter und die Geschlechtsverteilung der Patienten mit einbezogen wurden.

Die Statistik erfasst aber zur Zeit verschiedene kostenrelevante Faktoren noch nicht, wie z. B. Anteil von Süchtigen, Sozialfällen, psychosomatischen Fällen, Ausländern, Altersheimpatienten, Schwerstkranken etc. Sie erfasst auch verschiedene veranlasste Kosten wie Spitex, auswärtige Röntgenabklärungen, Weiterweisungen an Spezialisten oder Ambulatorien sowie Hospitalisationen nicht. Ebenso kann sie die durch-

schnittliche Franchise des Patientengutes nicht ausweisen. Kleine Rechnungen, die von den Patienten gar nicht eingereicht werden, werden nicht erfasst (diese erscheinen aber in der Statistik der Trust-Center). Einige dieser Faktoren lassen sich mit vernünftigem Aufwand auch nicht zuverlässig statistisch erfassen. Sicher kann die Statistik weiter verfeinert werden. Vielleicht bringt auch ein Morbiditätsindex eine Verbesserung (er beruht allerdings auf den Angaben des behandelnden Arztes). Es ist aber eine Illusion, zu glauben, die Wirtschaftlichkeit könne allein aufgrund irgendeiner einzelnen Statistik zuverlässig beurteilt werden. Und: Nur weil «billigere», aber trotzdem unwirtschaftliche Kollegen in der *santésuisse*-Statistik nicht erfasst werden, soll man die teuren und unwirtschaftlichen nicht durch die Maschen schlüpfen lassen.

Die *santésuisse*-Statistik ist für mich ein (gewichtiges) Indiz für die Unwirtschaftlichkeit einer Praxisführung, aber noch kein Beweis. Sie ist geeignet, ein Verfahren auszulösen. Die Unwirtschaftlichkeit kann durch den Einbezug von ärztlichen Experten (Referenten) viel zuverlässiger festgestellt werden. Schon die Durchsicht einer grösseren Anzahl von Honorarrechnungen gibt oft rasch Aufschluss darüber, wie in einer Praxis gewirtschaftet wird. Ich habe in den vielen Jahren noch nie erlebt, dass die ärztlichen Referenten einen unwirtschaftlichen «Kollegen» geschützt hätten.

Der Vorwurf, mit den Kosten allein könne die Wirtschaftlichkeit nicht beurteilt werden, stimmt sicher. Keine Statistik kann die Qualität der erbrachten und verrechneten Leistungen messen. Man darf aber davon ausgehen, dass die Mehrzahl der Ärzte eines vergleichbaren Ärztekollektivs wirtschaftlich arbeiten und ihre erbrachten Leistungen abrechnen. Das bedeutet: Wenn die Prüfung von 100 anonymisierten Rechnungen und die Analyse der Praxis den Verdacht der unwirtschaftlichen Behandlung bestätigt haben, kann nach Auffassung der KPK die Statistik zu Recht dafür verwendet werden, die Rückzahlungssumme festzulegen.