

Praxisänderung des Bundesgerichts bei Wirtschaftlichkeitsverfahren

Es gilt (endlich) die Gesamtkostenbetrachtung*

Hanspeter Kuhn, Fürsprecher,
stv. Generalsekretär der FMH

Das Eidgenössische Versicherungsgericht hat am 9. Oktober 2006 den Fall einer Bündner Ärztin entschieden, die bezüglich Arztkosten deutlich über dem Schnitt lag, nicht aber bezüglich verordneter Kosten. Das kantonale Schiedsgericht hatte entschieden, die Ärztin müsse rund Fr. 94 000.– auf den direkten Arztkosten zurückbezahlen.

Das Eidgenössische Versicherungsgericht hat nun – endlich – seine Praxis geändert und stellt neu eine Gesamtbetrachtung an. Das Urteil weist gleich in zwei wichtigen Punkten in die aus meiner Sicht richtige Richtung:

1. Eine Änderung der Rechtsprechung drängt sich auf

«Eine Änderung der [...] 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. [...] Wenn beispielsweise eine Ärztin oder ein Arzt zwar selber überdurchschnittlich viele Leistungen erbringt, dies aber mit unterdurchschnittlichen veranlassten Kosten kompensiert, ist das von Art. 56 KVG anvisierte Ziel ebenfalls erreicht» (Erwägung 5.3.3.).

Kommentar

Wer als Ärztin oder Arzt einen Patienten sorgfältig abklärt und damit beispielsweise Medikamentenkosten spart, wird nun (endlich) nicht mehr bestraft. Diesen neuen Grundsatz hat das EVG im zu beurteilenden Fall umgesetzt und damit die Ärztin vom Vorwurf der zu teuren Behandlungen freigesprochen.

2. Eine wirkliche Gesamtbetrachtung

«Eine wirkliche Gesamtbetrachtung müsste allerdings auch die durch Überweisung an Spezialärzte und Spitäler veranlassten Kosten einbeziehen, welche Daten nicht erhoben worden sind. Die Beschwerdeführerin hat immerhin in ihrer Klageantwort geltend gemacht, dass bei ihr auch die Zahl der Überweisungen an Spezialisten und Spitäler unterdurchschnittlich sei, und entsprechende Beweisanträge gestellt. Ihr Vorbrin-

gen wird untermauert durch die Feststellung der Blauen Kommission im Entscheid vom 11. November 2003, wonach die Beschwerdeführerin wenig Kosten für Zuweisungen an Spezialärzte und Spitäler generiere. Unter diesen Umständen geht es nicht an, auf die Erhebung der beantragten Beweise zu verzichten und der Beschwerdeführerin vorzuwerfen, sie habe ihre Behauptungen nicht bewiesen. Dies gilt umso mehr, als für den entsprechenden Nachweis nicht unbedingt eine aufwändige Einzelfallanalyse erforderlich wäre, sondern statistische Angaben, welche am ehesten von den Krankenversicherern beschafft werden können, genügen (vgl. Schürer, a. a. O., S. 85 und 89)» (E. 5.3.6.).

Kommentar

Diese Passage zur wirklichen Gesamtbetrachtung blieb im konkreten Fall eine blosser Absichtserklärung, weil die Ärztin schon ohne Prüfung dieser Fragen nicht mehr signifikant aus dem statistischen Rahmen fiel. Aber auch als sogenanntes Obiter Dictum (als nicht für den konkreten Entscheid relevante Überlegung) ist diese Trendwende des EVG zu begrüssen.

Dieser Abschnitt aus dem Urteil des EVG zeigt zudem auch, wie wichtig die Arbeit der Paritätischen Kommission (bzw. hier der Blauen Kommission) als Schlichtungsorgan ist: Die PVK kennt die Situation vor Ort, und die staatlichen Gerichte verlassen sich weitgehend auf ihre Analyse für die Frage, ob die zu beurteilende Arztpraxis statistisch mit den Praxen der Fachkollegen vergleichbar ist oder ob relevante Unterschiede vorliegen, beispielsweise beim Erkrankungsgrad der versorgten Patienten (gemäss US-Literatur: case-mix/severity of illness [1]) und/oder beim Tätigkeitsspektrum der Praxis (specialty definition [2]).

Zur Erinnerung: Der FMH-Zentralvorstand hatte unter anderem schon 1998 (in einer Eingabe an die Wettbewerbskommission) kritisiert, dass die bisherige Krankenversichererstatistik die falschen Ärzte teuer – und auch die falschen Ärzte billig! – erscheinen lässt; Auszug [3]:

«Zusammenfassender Kommentar

Aufgrund der diskutierten Kriterien lässt sich ohne weiteres das Roboterbild des aus Sicht der

* Kommentar zum EVG-Urteil vom 6. Oktober 2006 K 6/06.

KSK-Behandlungsfallstatistik ›billigen‹ Arztes konstruieren:

- Er weist seine Patienten rascher als seine Kollegen in die stationäre Spitalbehandlung bzw. ins Pflegeheim ein, bzw. er verschreibt rascher und umfangreicher Spitexleistungen, um eigene Behandlungen damit reduzieren zu können (in der KSK-Behandlungsfallstatistik nicht erfasste stationäre Behandlungen, Spitex-Kosten und Heimeinweisungen).
- Er betreut seine Patienten möglichst nicht über das ganze Jahr, sondern fördert eine eigentliche ›Laufkundschaft‹ (Falldefinition pro Jahr und nicht pro Krankheitsfall in der KSK-Behandlungsfallstatistik).
- Er behandelt vorzugsweise junge Gesunde und wendet alle Kniffe und Tricks an, um polymorbide ältere Patienten möglichst abzuwimmeln (keine Berücksichtigung von Alter und Geschlecht in der KSK-Behandlungsfallstatistik).
- Liegen komplexere Situationen vor, überweist er sofort an den Organspezialisten und lässt diesen die Weiterbehandlung übernehmen; in keinem Fall holt er beim Spezialisten lediglich ein Konsilium ein und führt die Weiterbehandlung selbst durch (unterschiedliche statistische Erfassung der konsiliarischen Tätigkeit durch den Spezialisten versus Weiterbehandlung durch Spezialist in der KSK-Behandlungsfallstatistik).
- Bei geringsten auftauchenden seelischen Unstimmigkeiten des Patienten verweist er diesen zum Psychiater, statt selbst eine ganzheitliche Behandlung im Rahmen seiner Möglichkeiten sicherzustellen (Weiter- bzw. Parallelbehandlung durch Psychiater wird dem zuweisenden Arzt in der KSK-Behandlungsfallstatistik nicht zugeordnet).
- Da Behandlungsergebnisse auch nicht ansatzweise gemessen werden, begnügt er sich mit einer suboptimalen Behandlungsqualität bei

denjenigen Patienten, die mangels genügender Informationen nicht dagegen aufbegehren. Zum Beispiel werden Wahloperationen (Hüftprothesen etc.) hinausgeschoben, was nur kurzfristig Kosten spart (kein Einbezug der Behandlungsergebnisse in die KSK-Behandlungsfallstatistik).

Noch ohne detaillierte Auseinandersetzung mit der wissenschaftlichen Literatur springt auch dem Laien ins Auge, dass das Erfassungs- und Auswertungskonzept der KSK-Behandlungsfallstatistik offensichtlich nicht sachgerecht ist, egal ob es um Rückforderungsklagen wegen Überarzter geht oder ob der Ausschluss von sogenannten teuren Ärzten aus Managed-Care-Systemen zur Debatte steht. Die KSK-Behandlungsfallstatistik produziert ein eigentliches Zerrbild eines Arztes, der – um in der Statistik billig zu sein bzw. nicht aufzufallen – gezwungen wird, den Patienten gleichzeitig durch möglichst viele andere Ärzte bzw. durch das Spital behandeln zu lassen, wobei kein Arzt die Patientenbetreuung koordiniert, weil ihm genau durch die Übernahme dieser Koordination mehr Kosten zugeordnet würden. Dies ist offensichtlich nicht die Medizin, die vom Gesetz und von den Politikern gefordert und von den Patienten gewünscht wird!»

- 1 Kongstvedt PR. Essentials of Managed Health Care. 4th edition. Gaithersburg, MD: Aspen Publication; 2001. S. 400: Peer group, adjusted for age, sex and case-mix/severity of illness – «the issue of severity must be addressed».
- 2 Kongstvedt PR. [1]. S. 398 zur «specialty definition». Beispiel: Arbeitet der Kardiologe vor allem in seiner Spezialisierung auf Zuweisung, oder ist er wesentlich auch hausärztlich tätig? In der Schweiz wird in der Statistik nur der Titel erfasst, nicht das tatsächliche Tätigkeitsprofil.
- 3 Stellungnahme FMH an die Wettbewerbskommission, 1. September 1998.