

Eine Moratoriumsforderung für die ANOVA-Methode

# Krankenkassen, santésuisse und Wirtschaftlichkeitsverfahren, die keine sind ...

Michel Romanens<sup>a</sup>,  
Franz Ackermann<sup>b</sup>,  
Bernhard Hofmeier<sup>b</sup>,  
Christoph Ramstein<sup>c</sup>

a Präsident Physician Profiling,  
Co-Präsident Consano

b Vorstandsmitglied Physician  
Profiling

c Co-Präsident Verband deutsch-  
schweizerischer Ärztesellschaften  
(VEDAG), Past-President Gesell-  
schaft der Ärztinnen und Ärzte des  
Kantons Solothurn (GAESO)

1 [www.physicianprofiling.ch/  
PHYGaeso2003.pdf](http://www.physicianprofiling.ch/PHYGaeso2003.pdf)

2 [www.physicianprofiling.ch/  
PHYFMHMedienmitteilung  
Parlament17102008.pdf](http://www.physicianprofiling.ch/PHYFMHMedienmitteilungParlament17102008.pdf)

3 [www.physicianprofiling.ch/  
PHYSantesuisseBeispielTessin  
Onkologie102008.pdf](http://www.physicianprofiling.ch/PHYSantesuisseBeispielTessinOnkologie102008.pdf)

4 [http://consano.ch/CONVersteckte  
RationierungOnkologie  
SAEZ052008.pdf](http://consano.ch/CONVersteckteRationierungOnkologieSAEZ052008.pdf)

5 [http://consano.ch/CONKVG  
EthikViewpointLuescherKVM  
062008.pdf](http://consano.ch/CONKVGEthikViewpointLuescherKVM062008.pdf)

6 [www.physicianprofiling.ch/  
PHYZuschriftenGrundversorger  
102008.pdf](http://www.physicianprofiling.ch/PHYZuschriftenGrundversorger102008.pdf)

7 [www.admin.ch/ch/d/sr/832\\_10/](http://www.admin.ch/ch/d/sr/832_10/)

8 [www.physicianprofiling.ch/  
PHYAerzteratingReplikRomanens  
SAEZ17082005.pdf](http://www.physicianprofiling.ch/PHYAerzteratingReplikRomanensSAEZ17082005.pdf)

9 [www.santesuisse.ch/datasheets/  
files/200710290913500.PDF](http://www.santesuisse.ch/datasheets/files/200710290913500.PDF)

Korrespondenz:  
Dr. med. Michel Romanens  
Innere Medizin und Kardiologie FMH  
Zieggfeldstrasse 1  
CH-4600 Olten

info@kardiolab.ch

## Einleitung

Seit über 15 Jahren werden die zunehmend ruinösen Wirtschaftlichkeitsverfahren der Krankenkassen von den Ärzten bekämpft [1]. Am 17. Oktober 2008 hat die Gesundheitskommission des Nationalrates drei Motionen überwiesen (14:5 Stimmen, 3 Enthaltungen) und damit santésuisse eine Rüge erteilt [2]. Der folgende Text erlaubt einen vertieften Einblick in die Problematik und diskutiert alternative Aspekte für ein faires und verantwortbares Benchmarking in der Zukunft.

## Praktische Beispiele und Verlautbarungen von Fachgesellschaften

Ein junger Onkologe steigt bei seinem Kollegen in die Praxis ein. Drei Viertel der neuen Patienten werden von ihm übernommen, mit hohen Kostenfolgen für die Krebstherapien. Bald erhält er eine Rückforderung von der santésuisse wegen Überarztung im Betrag von 180 000 Franken. Er weigert sich. santésuisse teilt ihm mit, dass er als Vergleichsvorschlag nur 100 000 Franken zurückzahlen müsse, da «es das erste Mal» sei. Er weigert sich. Daraufhin erfolgt die Klage beim Versicherungsgericht über 680 000 Franken (unter Einschluss veranlasseter Medikamentenkosten in der Apotheke). Der Arzt zahlt daraufhin 100 000 Franken. Damit ist der Fall für santésuisse vorerst erledigt [3]. Zu den ruinösen Rückforderungsklagen der santésuisse in der ambulanten Onkologie siehe auch den Beitrag des Präsidenten der Schweizerischen Gesellschaft für Onkologie [4]. Die ethischen Probleme solcher ruinöser Rückforderungsklagen für den Bereich Kardiologie und kardiovaskuläre Prävention wurden auch von Prof. T. F. Lüscher thematisiert [5] und von uns anhand von zwei Zuschriften exemplifiziert [6].

## Definition von Wirtschaftlichkeit (nach Wikipedia vom 14.10.2008)

«Wirtschaftlichkeit ist ein allgemeines Mass für die Effizienz bzw. für den rationalen Umgang mit knappen Ressourcen. Die Kostenwirtschaftlichkeit ist allgemein definiert als der Wert der erzeugten Güter (Leistung) im Verhältnis zum Wert der dafür eingesetzten Produktionsfaktoren (Kosten).»

## Zusammenfassung

Die Wirtschaftlichkeitsverfahren von santésuisse sind Durchschnittskostenvergleichsverfahren, die mit einem echten Wirtschaftlichkeitsverfahren nichts gemeinsam haben. Der flächendeckende Einsatz des Durchschnittskostenvergleichsverfahrens in der Schweiz generiert jährlich über 2000 falsch-positive Krankenkassenbetrüger unter den Ärzten und damit ein Klima der Angst (freedom under pressure) mit der Folge versteckter Rationierung sinnvoller Leistungen in der medizinischen Grundversorgung. Die Erkenntnis, dass das Durchschnittskostenvergleichsverfahren weder brauchbar noch sinnvoll ist, musste zwingend in einem Moratorium münden, das am 1. Oktober 2008 von der Taskforce «Appropriate Physician Profiling» gefordert wurde. Alternativen zum heutigen Verfahren, insbesondere der die Krankheit des Patienten berücksichtigende morbiditätsbereinigte Risikoausgleich, werden aufgezeigt.

## Die Vorgaben des Gesetzes für die Prüfverfahren von santésuisse

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.» [7]

## Definition der Wirtschaftlichkeitsverfahren nach santésuisse

Das Wirtschaftlichkeitsverfahren von santésuisse ist kein Wirtschaftlichkeitsverfahren, sondern ein Durchschnittskostenvergleichsverfahren [8, 9]. Werden die Durchschnittskosten einer Vergleichs-

### Propädeutikum für die Statistiker von santésuisse

Untersucht man in der Epidemiologie den Zusammenhang zwischen Alkoholkonsum und Lungenkrebs, verursacht der hohe Alkoholkonsum statistisch betrachtet Lungenkrebs. Warum? Weil man die Confounder-Variable Nikotinkonsum nicht in die Statistik einbezogen hat! Denn viele Trinker sind auch Raucher. Der Nikotinkonsum ist der krankmachende Confounder, der Alkoholkonsum der Indikator für Lungenkrebs.

So sollte in der statistischen Betrachtung der santésuisse der Hausarzt der Indikator für hohe Kosten, der Confounder aber die Krankheit des Patienten sein, denn die Krankheit erklärt über 80 % der Kosten. Damit wäre die richtige Perspektive hergestellt. Denn der Arzt betreibt Verarz tung, nicht Überarz tung, wie die santésuisse meint. Die statistische Methode von santésuisse ist somit inkl. ANOVA-Methode grundsätzlich falsch, da der wichtigste Confounder für Kosten, die Krankheit des Patienten, nicht in der ANOVA-Statistik berücksichtigt wird.

gruppe (um mehr als 30%) überschritten, besteht gemäss santésuisse ein gerichts fähiger «zweifels freier» Beweis für den Tatbestand «zu Unrecht bezahlte Vergütung» gemäss Art. 56 KVG [9]. Zur Beurteilung der Wirtschaftlichkeit ist die Morbiditätsursache entscheidend. Dies muss mittels sogenannter Risikostrukturausgleichsverfahren, die morbiditätsbereinigt sind, erfolgen.

### Risikostrukturausgleichsverfahren (RSA) der Krankenkassen

Der Risikostrukturausgleich ist *das zentrale Problem* jedes Prüfverfahrens von Ärzten (siehe dazu das «educational slide kit» des Vereins Physician Profiling [21]). Seit Jahren kennen die Krankenkassen die Verfahren um die Risikoselektion und den Risikostrukturausgleich [10, 11]\*. Die untauglichste Methode – da nicht auf Morbidität beruhend – wird *demographischer Risikoausgleich* genannt (nur Alter und Geschlecht berücksichtigend). Dieser erklärt lediglich 11 % der Kostenunterschiede [10, 11]. Da der Risikoausgleich unter den Krankenkassen noch auf demographischen Variablen beruht, versuchen die Krankenkassen ungünstige Risiken *wörtlich* «abzustossen» ([10]: Tabelle 2, S. 341). Das «Abstossen» ungünstiger Risiken führt zu Prämienreduktionen bis 32 % ([10]: Tabelle 6, S. 348). Für Ärzte, die dem Benchmark des demographischen Risikoausgleichs ausgeliefert sind (N = 17 229 in der Schweiz), bedeutet dies, dass teure Patienten auch «abgestossen» werden müssen, wenn sich der behandelnde Arzt nicht dem realen Risiko einer ruinösen Rückzahlungsforderung der Krankenkassen aussetzen will.

Dass die im Art. 32 KVG geforderten Angaben zur Überprüfung der Kriterien «Wirksamkeit, Zweckmässigkeit, Wirtschaftlichkeit» (WZW) lückenhaft sind, ist zudem auch dem Bundesamt für Gesundheitswesen bekannt [12]. In dieser

Arbeit schreiben die Autoren Yves Egli, Universität Lausanne (HEC-IEMS), und Mehdi Chikhi, Till Bandi, Herbert Känzig, Bundesamt für Gesundheit, ab S. 239 denn auch wörtlich: «Ausserdem werden Empfehlungen erarbeitet, damit der Kostenvergleich zwischen den Ärzten und Ärztinnen mit eigener Praxis *statistisch fundiert möglich wird.*» [12]. Werden nämlich weitere Variablen unter Einbezug der Morbidität (Hospitalisation im Vorjahr, indirekte Diagnoseinstrumente aus verordneten Medikamenten [pharmaceutical cost groups, PCG]) verwendet, verbessert sich der Erklärungsgehalt des *behandlungszweckbasierten Risikoausgleichs* von 11 % auf 30 % oder um relative 200 %. HMO-Ärzte werden deshalb seit 2005 nicht mit dem demographischen, sondern mit dem morbiditätsbereinigten (basierend auf PCG) Risikoausgleich beurteilt [10]. Mindestens seit 2005 wäre es somit möglich, anhand der veranlassten Medikamentenkosten die Kostennotwendigkeit bei den Hausärzten zu überprüfen [11]. Zudem hat das Ratingverfahren mittels «pharmaceutical cost groups» (PCG) gegenüber den auch in gewissen Ländern (z. B. der Niederlande) im ambulanten Bereich grundsätzlich anwendbaren DRG (diagnosis-related groups) den Vorteil, dass PCG objektiver und reproduzierbarer sind als DRG [10, 11]. Zudem wird mit PCG die Mitteilung der Diagnosen an die Krankenkassen hin fällig. Dies sollte schon aus Datenschutzgründen künftig so gehandhabt werden.

### Mängel des Benchmarkverfahrens von santésuisse

Das Benchmarkverfahren von santésuisse beruht auf einem zweistufigen Prozess. In der *ersten Stufe* wird mit der ANOVA-Methode ein grober Fahn dungs raster der Praxiskosten benutzt, der eine Erzeugung falsch-positiver Ärzte zur Folge hat, wie der Leiter ambulante Versorgung von santésuisse, der die Wirtschaftlichkeitsverfahren kontrolliert, in einem Exposé erläutert [18]. Gemäss jüngsten Zahlen (Sendung «10vor10» vom 13.10.2008 [www.sf.tv]) führt diese erste Stufe zu der in Tabelle 1 abgebildeten Situation.

Den Krankenkassen ist nicht bekannt, wie hoch die Zahl echter «schwarzer Schafe» (Prävalenz) ist, noch weiss santésuisse, ob ihr Durch-

Tabelle 1

|   | N (%)        |
|---|--------------|
| ambulant tätige und kontrollierte Ärzte | 17 228 (100) |
| auffällige Ärzte                        | 2599 (15)    |
| Warnbriefe                              | 693 (4)      |
| Gerichtsverfahren                       | 144 (1)      |

10 [www.physicianprofiling.ch/Beck2.pdf](http://www.physicianprofiling.ch/Beck2.pdf)

11 [www.physicianprofiling.ch/PHYRisikoausgleichGutachtenBeckLeu2006.pdf](http://www.physicianprofiling.ch/PHYRisikoausgleichGutachtenBeckLeu2006.pdf)

12 <http://physicianprofiling.ch/PHYSozialeSicherheitStatistikWZWEggl042008.pdf> (239 ff)

13 <http://consano.ch/S8Hurst-implicit%20equity.pdf>

14 <http://physicianprofiling.ch/CONGutachtenANOVADrRoth.pdf>

15 [www.physicianprofiling.ch/roth2.pdf](http://www.physicianprofiling.ch/roth2.pdf)

16 <http://consano.ch/CONJusletterCH082008.pdf>

17 [www.physicianprofiling.ch/PHYStaenderatGegenBilligkassenNZZ03102008.pdf](http://www.physicianprofiling.ch/PHYStaenderatGegenBilligkassenNZZ03102008.pdf)

18 <http://physicianprofiling.ch/PHYWirtschaftlichkeitsverfahrenKonkretDrReust112007.pdf>

\* siehe dazu auch Trottmann M, Beck C. Der Risikostrukturausgleich und die langfristigen Profite der Risikoselektion: Wie erfolgreich sind verschiedene Formeln? In: Göppfarth D, Greß S, Jacobs K, Wasem J. Jahrbuch Risikostrukturausgleich 2007. Sankt Augustin: Asgard; 2007. S. 329-55.

schnittskostenvergleichsverfahren (mit und ohne «ANOVA-Korrektur») die wirklichen «schwarzen Schafe» trifft. Wir gehen aber aufgrund von Modellrechnungen und Erfahrungswerten (Tab. 1) davon aus, dass 2455 Ärzte «falsch-positive Ärzte» sind. Da praktisch jeder ambulant tätige Arzt von diesem Raster erfasst werden kann (santésuisse nennt dies «Prävention von Überarztung»), existiert durch diese «Prävention» eine Angst unter den ambulant tätigen Ärzten. Diese ist *massiv* und *wissenschaftlich nachgewiesen* («freedom under pressure» [13]). Zudem kann kein *Gesetzesauftrag für die präventive Verhinderung von Überarztung aus dem Gesetzestext hergeleitet werden* [9].

Zur Rechtfertigung beruft sich nun santésuisse auf die Praxis des Eidgenössischen Versicherungsgerichtes und das ANOVA-Gutachtens der ETH Zürich [14]. Wir haben den santésuisse-Gutachter Dr. Roth von der ETH Zürich angefragt, ob er die Sensitivität und Spezifität der ANOVA-Methode kennen würde. Dies wurde von ihm verneint. Die wahre Spezifität und der wahre positiv prädiktive Wert des ANOVA-Tests von santésuisse *ist den Gutachtern nicht bekannt* [15]. Im ANOVA-Gutachten schreiben diese aber [14]: «Spezifität: Die Methode soll möglichst selektiv sein und *wenig falsch-positive Fälle liefern* [...]» Auf Deutsch: Die Gutachter fordern, dass die Methode wenig «schwarze Schafe» liefern soll (wenig «falsch-positive»), geben nun aber zu, die Spezifität und die falsch-positive Rate (Zahl der irrtümlich angeschwärmten «schwarzen Schafe») nicht zu kennen.

In der *zweiten Stufe* versucht nun santésuisse, mit eigenen, selbsternannten Experten die Zahl der falsch-positiven Ärzte zu reduzieren. Dabei erfolgt eine «vertiefte Analyse für Einzelfälle ad hoc mittels Datenaufbereitung Tarifpool» [18]. Interessant ist, dass hierzu zum Beispiel ein Element der PCG, nämlich der ATC-Code\*\* [18], zur Anwendung gelangen soll. Genau solche Elemente sind nun aber ein Forschungsgegenstand (Aramis-Projekt) und damit als experimentell zu bezeichnen [19]. Das BAG schreibt dazu: «Im Rahmen der «Machbarkeitsstudie Datenintegration» zur Analyse von Erkrankungsverläufen und zur Darstellung der Diagnose-bezogenen Leistungsangaben der ambulanten Versorgung [...] wurden die methodischen und informatikmässigen Voraussetzungen bereitgestellt, um anhand vorhandener Daten der Krankenversicherer, des BFS und der *abgegebenen Arzneimittel* eine Klassifizierung der Behandlungen vornehmen zu können.» [12]

Die zweite Stufe der Wirtschaftlichkeitsprüfung von santésuisse ist somit im besten Fall experimentell, im schlimmsten Fall absurd. Keinesfalls kann aber dieses im besten Fall experimen-

telles Verfahren als Beweismittel vor Gericht für den Tatbestand «Überarztung» akzeptiert werden. Da dieses Verfahren jedoch aus nicht nachvollziehbaren Gründen vom Versicherungsgericht als Beweismittel für Überarztung ohne eingehende Prüfung akzeptiert wurde und wird [20], ist die kategorische Forderung nach einer Prüfung dieses Verfahrens durch die Ärzteschaft unumgänglich geworden.

In einem solchen Prüfprozess, den der Verein Physician Profiling zurzeit organisiert, werden unter Verwendung konkreter, bereits abgeurteilter Kolleginnen und Kollegen als Beispiele von santésuisse z. B. folgende Fragen gestellt und der Prozessablauf der selbsternannten Experten von santésuisse geprüft werden:

- a. Wie erfolgt die genaue Beurteilung der Basiskennzahlen? Welche Basiskennzahlen werden verwendet? Werden bei allen Ärzten Basiskennzahlen geprüft? Wie häufig erscheinen Probleme aufgrund der Basiskennzahlen?
- b. ATC-Codierung: Wie häufig werden Falsch-positive anhand der ATC-Codierung erfasst? Wie wird die ATC-Codierung gewertet bzw. als Risikominderungsvariable eingesetzt? Erfolgen hier systematische Kontrollen für alle Mittelwertüberschreiter? Welche ATC-Codes werden überhaupt als Filter eingesetzt?
- c. TARMED-Tarifpositionen: Welche Positionen werden durchsucht? Wie ist der Filter genau aufgebaut? Wie werden Auffälligkeiten gewertet (Kriterien)? Wie werden die Auffälligkeiten in den Mittelwert integriert?
- d. Gleiche Fragen wie unter c) für den «Dummy-Tarif».

### Irreführung ist, wenn man ...

Es erstaunt nachgerade, dass die Krankenkassen die Akzeptanz ihrer Durchschnittskostenvergleichsverfahren immer noch durchsetzen können. Hierfür sind mehrere Faktoren verantwortlich, unter anderem:

1. Abdeckungsgrad von 98% der Rechnungstellerstatistik. Dies ist doppelte Irreführung:
  - a. Es zählt die Qualität des Messinstruments und nicht der Abdeckungsgrad;
  - b. Rechnungen im Umfang von 13% des Rechnungsvolumens eines Arztes werden von den Patienten selbst bezahlt (vor allem betreffend Rechnungen, die niedriger sind als die Franchise!) und erscheinen daher nicht in der Rechnungstellerstatistik (Quelle: persönliche Mitteilung Trustcenters).
2. Den Versicherungsgerichten wurde beliebt gemacht, dass das Durchschnittskostenvergleichsverfahren ein validiertes, *beweisfähiges* Instrument sei.

19 [www.aramis.admin.ch/Default.aspx?page=Texte&projectid=20046](http://www.aramis.admin.ch/Default.aspx?page=Texte&projectid=20046)

20 <http://physicianprofiling.ch/PHYJusletterCH082008.pdf>

21 <http://physicianprofiling.ch/PHYVomRisikoausgleich02122008.pdf>

\*\* Das anatomisch-therapeutisch-chemische Klassifikationssystem ATC, offiziell Anatomical Therapeutic Chemical / Defined Daily Dose Classification, ist eine 1976 von der European Pharmaceutical Market Research Association (EPHRA) entwickelte, 1990 dann vom Collaborating Centre for Drug Statistics der Weltgesundheitsorganisation adaptierte und offiziell herausgegebene internationale Klassifikation für Arzneistoffe.

3. Das von santésuisse beauftragte Seminar der ETH Zürich kam zum Schluss, dass die ANOVA-Methode *in sich* statistisch korrekt sei. Dabei wurde davon ausgegangen, dass die Zahl der falsch-positiven Resultate gering sei: «Die Methode soll möglichst selektiv sein und wenig ‚falsch-positive‘ Fälle liefern.» [14]
4. Das Durchschnittskostenvergleichsverfahren taugt *prima vista* scheinbar. Dabei wird jedoch die niedrige diagnostische Genauigkeit verschwiegen und insinuiert, dass das Durchschnittskostenvergleichsverfahren die «echten Krankenkassenbetrüger» korrekt erfasst und dass das Problem «häufig» auftritt: eine zusätzliche Legitimierung für die *notwendige Härte in diesen Verfahren* und deshalb eine geeignete Methode, *um die Aufhebung des Kontrahierungszwanges beliebter zu machen*.
5. Korrekte Prüfverfahren (PCG) sind *a priori* schwieriger zu begründen, so dass auch die Presse vor der angeblichen Komplexität der Situation kapituliert und santésuisse mit ihrem ruinösen Durchschnittskostenvergleichsverfahren zu sehr vertraut hat.
6. Die Haltung des BAG in diesen Fragen hat die Situation nochmals verschärft. Das BAG hält sich nicht für zuständig, die Validität der santésuisse-Methode als unparteiische Instanz zu überprüfen. Es geht davon aus, dass santésuisse ein privater Verein sei und das Verfahren richtig und gesetzeskonform angewendet werde. Trotz mehrerer gegenteiliger Rechtsgutachten und Aufsichtsbeschwerden ist das BAG in dieser Sache unbeweglich geblieben (Übersicht dazu: [www.consano.ch/memo1206.htm](http://www.consano.ch/memo1206.htm)).

### Zusammenfassung und Moratoriumsforderung

Das Durchschnittskostenvergleichsverfahren von santésuisse ist ruinös [4, 16, 20], beinhaltet offensichtlich einen zweistufigen nichttransparenten, nichtvalidierten und bisher von niemandem konsequent in Frage gestellten, im besten Fall experimentellen Beurteilungsprozess mit niedriger

diagnostischer Genauigkeit. Dieses Verfahren pervertiert zudem den Auftrag gemäss Art. 56 KVG. Es handelt sich um eine «präventive», *pauschalisierende Vorverurteilungspraxis*, ist ethisch nicht vertretbar, verletzt die Persönlichkeitsrechte der Ärzte, führt zu versteckter Rationierung und erhöht dadurch mit sehr hoher Wahrscheinlichkeit die Morbidität und Mortalität der unterversorgten Patienten in der ambulanten Grundversorgung in der Schweiz.

Faire, aber für die Schweiz noch experimentelle Verfahren des Risikostrukturausgleichs benutzen Medikamentenkosten als Input-Variable. Medikamentenkosten sind andererseits die häufigste Ursache für Überarztung gemäss santésuisse. Damit sind die Durchschnittskostenvergleichsverfahren de facto das Gegenteil des behandlungs- und zweckbasierten Risikoausgleichsmodells.

Das «Wirtschaftlichkeitsverfahren» von santésuisse ist als Benchmark für die Beurteilung echter Überarztung nach Art. 56 KVG und Art. 32 Abs. 1 KVG konsequent abzulehnen. Die Forderung nach einem Moratorium betreffend die Durchschnittskostenvergleichsverfahren von santésuisse ist zum Schutz unserer Patienten notwendig geworden.

Der Ständerat unterstützt eine Motion von CVP-Ständerat Bruno Frick zur verbesserten Durchführung des Risikoausgleichs ab dem Jahr 2012 [17]. Herr Bundesrat Couchepin, der sich öffentlich gegen den Risikostrukturausgleich ausspricht [17], und das Bundesamt für Gesundheit sind jetzt aufgefordert zu handeln:

1. das bisherige Durchschnittskostenvergleichsverfahren von santésuisse ist durch eine Taskforce zu überprüfen und bis dahin vollständig zu sistieren;
2. adäquate Benchmarkverfahren unter Einschluss von PCG und Trustcenterdaten sind zu vernehmlassen;
3. künftige Benchmarkverfahren sollen im Sinne der Qualitätssicherung die ambulant tätigen Ärzte in ihrer Arbeit unterstützen und nicht wie bisher behindern oder gar mittels dubioser Verfahren abstrafen.