

Primary Care zwischen Kostennotwendigkeit, Ärzterating und fragwürdiger Rechtspraxis

Michel Romanens

Ein Nachlese zum 1. Consano-Symposium vom 10.03.2005

Die mit dem Untertitel «Die medizinische Grundversorgung im Spannungsfeld zwischen Kostennotwendigkeit, Rechtsunsicherheit und Spardruck» angekündigte Veranstaltung lockte über 100 Personen zum ersten Consano-Symposium nach Olten. Beide erstmals der interessierten Öffentlichkeit vorgestellten Rechtsgutachten zum Ärzterating zeigten übereinstimmend erhebliche Mängel in der heutigen Rechtsprechung auf. Die Annäherung der Versicherer verspricht allerdings eine Entspannung der Lage. Trotzdem ist Umsicht weiterhin angezeigt. Das Thema «Aufhebung des Kontrahierungszwanges» stellt eine ungebrochene Bedrohung dar. Intensivierte Öffentlichkeitsarbeit durch Ärztinnen und Ärzte in der Schweiz ist notwendiger denn je.

Le premier symposium Consano au sous-titre «La médecine de premier recours entre la pression des coûts, les incertitudes juridiques et le souci d'épargne» a attiré plus de cent personnes à Olten. Les deux expertises judiciaires sur le classement des médecins ont montré que des déficits importants existent dans la jurisprudence. L'approche des assureurs promet une certaine détente de la situation. Cependant, la prudence est toujours recommandée. L'abolition de l'obligation de contracter fait peser une menace inchangée. Un travail de communication intensif entre médecins et médias est plus nécessaire que jamais en Suisse.

Rechtspraxis gleich zweimal in Frage gestellt

Gleich zwei Rechtsgutachten zum Ärzterating konnten präsentiert werden. Ueli Kieser¹ gab eine «rechtliche Übersicht zu Fragen von unwirtschaftlichen Behandlungen durch Ärztinnen und Ärzte unter besonderer Berücksichtigung von verfahrensrechtlichen Aspekten» im Auftrag des Vereins Consano [1]. Darin wird bemängelt, dass die statistische Methode² als Beweis anstatt als Indiz für Überarztung angewendet werde, womit aus verfahrensrechtlicher Sicht das Einbringen von «Gegenbeweisen» durch den Arzt zumindest in der heutigen Rechtspraxis nur ungenügend berücksichtigt wird. Kantonale Schiedsgerichte müssten diesem Umstand vermehrt Rechnung tragen, zumal auf bundesrichterlicher Ebene die Verfahrensmängel der kantonalen Rechtsprechung kaum je korrigiert werden.

Frau Monika Gattiker³ ging im Auftrag der Firma MSD der Frage nach der Verfassungsmässigkeit der Forderungen wegen Überarztung nach [2]. Sie kritisierte im wesentlichen das Fehlen einer KVG-Grundlage für die Rückforderungen der Versicherer betreffend die veranlassten Kosten (z.B. Rezepte für in der Apotheke bezogene Medikamente) mit entsprechend erheblichen verfassungsrechtlichen Bedenken.

Der Primary Care unter dem Druck der Rechnungsstellerstatistik

Alex Schwank⁴ kritisierte in seinem Vortrag die ungenügende Berücksichtigung des Patientenmix einer Praxis durch die Rechnungsstellerstatistik: Ein Arzt, der viele teure Fälle (beispielsweise Chronischkranke HIV-Infizierte usw.) be-

handle, gehe mit einem solchen Patientenmix das Risiko ein, der sogenannten Überarztung beschuldigt zu werden – und dies alleine deshalb, weil er aufgrund seiner Klientel höhere Kosten verursacht als ein Durchschnittsarzt in seiner Vergleichsgruppe. Gemäss der von Schwank kritisierten «Mittelwertmethode» gilt eine Kostenüberschreitung von 20% als Indiz für eine Überarztung.

In der Diskussion wurde von verschiedener Seite die Qualität der Rechnungsstellerstatistik kritisiert. In zu häufigen Fällen seien die Daten falsch. Gerade dieser Punkt weist auf die Bedeutung der verfahrensrechtlichen Aspekte hin, sollen in Zukunft Fehlurteilungen vermieden werden. Auch wurde von verschiedener Seite der niedrige diagnostische Wert des Mittelwert-Messinstruments zur Erfassung echter Überarztung hervorgehoben und vom *santésuisse*-Vertreter, Roland Amstutz, auch nicht ganz abgestritten. Er wies hingegen in seinem Vortrag darauf hin, dass die statistische Methode geeignet sei und auch von den Versicherungsgerichten als Beweismittel vollumfänglich anerkannt würde.

Die umfassende Abdeckung der direkten und veranlassten Kosten einer Arztpraxis ist dabei ein von *santésuisse* immer wieder benutztes Argument. Wie Ueli Kieser aber richtigerweise bemerkte, ist die Rechnungsstellerstatistik allein schon durch die Tatsache der zunehmend häufigen Bezahlung hoher Selbstbehalte aus «eigener Tasche» in der Grundversicherung anzuzweifeln. Denn die «out of

1 Dr. iur. Ueli Kieser, Ulrichstrasse 14, 8052 Zürich, ukieser@kspartner.ch

2 Gemeint ist der Vergleich der Arztkosten einer Praxis im Vergleich zum von der *santésuisse* generierten Mittelwert der Vergleichsgruppe.

3 Dr. iur. Monika Gattiker, BDP Zürich, Mühlebachstrasse 32, Postfach 769, 8024 Zürich, gattiker@bdp.ch

4 Dr. med. Alex Schwank, Redaktion, Soziale Medizin. www.sozialemedizin.ch

pocket»-Zahlungen von Patientinnen und Patienten erscheinen eben *nicht* in der Rechnungsstellerstatistik der santésuisse. Wenn man sich vor Augen führt, dass gemäss OECD-Daten das Schweizer Volk im Jahre 2002 31,5% oder 15,1 Milliarden Franken (!) der Gesamtausgaben des Gesundheitswesens aus eigener Tasche bezahlt hat, wird man sich des Problems der Rechnungsstellerstatistik und ihrer vor Gericht «beweiskräftigen Methoden» für angebliche Überarztung noch bewusster [3].

Wer kontrolliert die Kassen?

Die Kritik an den santésuisse-Statistiken zeigte auf, dass sich das Vertrauen in die Daten der Versicherer trotz der Behauptung, diese würden nun besser und umfassender erhoben, auf einem Tiefpunkt befindet. Verschiedene Voten wiesen beispielsweise auf erhebliche Diskrepanzen zwischen den Daten der Versicherer betreffend veranlasste Medikamentenkosten und dem Vergleich dieser Daten mit der Datenbank der OFAC hin.⁵ Damit entstand auch zunehmend der Eindruck, dass nicht die Qualität des Ärztteratings im Vordergrund der Versicherer steht, sondern die Verhinderung von Überarztung im Primary Care oder bei Spezialärztinnen und -ärzten; dies wurde auch in einem Arbeitspapier des Observatoriums Sanitaire festgehalten [4].

Entsprechend verteidigte sich Roland Amstutz als Exponent der santésuisse mit dem Argument, dass das Mittelwert-Messinstrument zur Erfassung von Überarztung dem «Verhindern von unwirtschaftlichem Verhalten» diene, um so eine Verhaltensänderung betreffend Effizienz und Kostenbewusstsein bei den Ärztinnen und Ärzten zu bewirken. Mit diesem Argument stossen die Versicherer allerdings auf rechtliche Pro-

bleme: das Krankenversicherungsgesetz fordert nämlich im Artikel 56, Abs. 2: «Eine nach diesem Gesetz dem Leistungserbringer zu Unrecht bezahlte Vergütung kann zurückgefordert werden». Im Gesetz steht aber nicht, dass «zu Unrecht bezahlte Vergütungen präventiv verhindert werden sollen».

Die Versicherer befinden sich hier, gedeckt von den Versicherungsgerichten als Partner, in einer sich gegenseitig bedingenden «folie à deux»: Es fehlt die Glaubwürdigkeit betreffend der Rechnungsstellerstatistik, die Vergleichsgruppen sind häufig inadäquat, Auftrag zur Erfassung von Überarztung wird ausgedehnt zur Prävention von Überarztung ohne Gesetzesauftrag, die Ärztinnen und Ärzte sollen sich zwar mit differenzierenden Argumenten zum Patientenmix verteidigen können, gleichzeitig sagen die Versicherer selbst, dass an ihrem Beweismittel keine Zweifel bestehen: «unwirtschaftliches Verhalten ist aus der Rechnungsstellerstatistik des santésuisse-Datenpools sowie aus dem Tarifpool zweifelsfrei nachweisbar. Die Leistungserbringer können die Resultate von santésuisse allenfalls als Zweitmeinung bestätigen, nicht aber widerlegen.» [5] Solche Aussagen sollten eigentlich für wissenschaftlich nicht validierte Überarztungstests nicht gemacht werden dürfen. Zudem schreibt das KVG nicht vor, dass Überarztung gerade mit der heute von den Versicherern verwendeten Methode durchzuführen sei oder dass Vergleichsdaten, gerade wenn es um Gerichtsfälle geht, von den Versicherern (angeblich aus «Datenschutzgründen») unter Verschluss gehalten werden müssen.

Auch Behauptungen in der Presse, wonach die Rechnungssteller falsche Rechnungen in Milliardenhöhe generieren, müssen unter dem Aspekt des völligen Fehlens einer Kontrolle der Rechnungsstellerstatistiken durch übergeordnete Organe (z.B. Bundesamt für Sozialversicherungen) mit äusserster Vorsicht aufgenommen werden. Insgesamt besteht die Gefahr der Instrumentalisierung der teils falschen und nicht kontrollierbaren Versichererdaten im Kampf zur Aufhebung des Kontrahierungszwanges.

Weitere Aspekte

Prof. Thomas Szucs diskutierte das Problem der Rechnungsstellerstatistik aus gesundheitsökonomischer Sicht [6]. Er bemängelte die einseitige Betrachtung der Kosten (Input), welche den Nutzen dieser verursachten Kosten (Output) zu wenig berücksichtige, und wies auf ein typisches Fehltrium hin, dass «teurere Leistungen nicht kosten-effektiv» seien. Ferner wies er in der Diskussion darauf hin, dass gewisse statistische Verbesserungen der Versicherer betreffend Überarztung, z.B. den Ersatz des Mittelwertes durch eine «Varianzanalyse mit unteren Vertrauensintervallen» (gem. Amstutz), nicht validiert sind.

Von seiten der Patientenorganisationen sprach sich Frau Pia Ernst⁶ gegen die Aufhebung des Kontrahierungszwanges aus, sofern keine verbindlichen Kriterien für das Ärztterating vorliegen. Thomas Borer von der MSD gab sich überzeugt, dass mit der Rechnungsstellerstatistik keine schwarzen Schafe erfasst werden können, er könne aus dem Stegreif 8 Kniffe aufzählen, wie Ärztinnen und Ärzte rasch unter den Mittelwert zur Vergleichsgruppe gelangen könnten. Michel Romanens⁷ verwies auf die Unvereinbarkeit von «managed care mit Kapitationsmodellen» mit den hohen, auch finanziellen Ansprüchen an ein letztlich kosteneffizientes «Disease Management».

Forderungen

Das Symposium wurde von 15 Consano-Forderungen, welche von Cyrill Jeger⁸ präsentiert wurden, abgerundet, unter anderem: 1. Hans Heinrich Brunner dient jetzt im Bundesamt für Gesundheit nicht der konstruktiven Lösungsfindung. Er soll z.B. ins Militärdepartement befördert werden. 2. Sparen und Kostenkontrolle kann nicht der gleichen Institution übertragen werden. 3. Neben der Überarztung muss auch die Unterarztung angegangen werden. Unterversorgte Patienten haben «unnötig» Schmerzen und Komplikationen, mit entsprechender Kostenfolge. 4. Zwischen allen Partnern müssen endlich

5 www.ofac.ch

6 Pia Ernst. Schweizerische Patientenorganisation.

7 Dr. med. Michel Romanens, Kardiologie FMH, Vizepräsident Verein Consano, info@kardiolo-lab.ch

8 Dr. med. Cyrill Jeger, Präsident Verein Consano, jegerolten@bluewin.ch

Richtlinien der «good practice» und einer fairen und sinnvollen Beurteilung der Wirtschaftlichkeit, Zweckmässigkeit und Wirksamkeit erarbeitet werden. 5. Bis die Daten der Rechnungsstellerstatistik durch ein Gremium aller Partner (Patienten, Leistungserbringer, Versicherer, Kantone, Bund) plausibel und auf den neuesten Stand gebracht und mit parallelen Daten abgeglichen worden sind, gehören alle laufenden Verfahren betreffend Überarztung sistiert. 6. Tatbeweis, dass die santésuisse zu einer fairen Beurteilung bereit sei, und noch dringender, dass santésuisse den angerichteten Schaden in der Grundversorgung – dass viele Ärztinnen und Ärzte komplexe Patienten nicht mehr zu betreuen wagen – schnellstmöglich korrigieren wird.

Bea Heim verlangt differenzierte Kriterien

An der Tagung wurde auch ein neues Postulat von Nationalrätin Bea Heim⁹ diskutiert. Darin verlangt die Sozialdemokratin andere Kriterien für die Beurteilung der Wirtschaftlichkeit im Rahmen des KVG. Sie möchte dem Bundesrat konkret den Auftrag erteilen, «für die im Krankenversicherungsgesetz (KVG Artikel 32 und 56) postulierte und in den Artikeln 76 und 77 der Krankenversicherungsverordnung präzisierte Kontrolle der Wirtschaftlichkeit der Leistungen zusammen mit den Leistungserbringern und den Versicherern differenzierte Kriterien zu definieren». Insbesondere wären Kriterien, die den Casemix einer Praxis oder eines Ärztenetzwerks berücksichtigen, beziehungsweise morbiditätskorrelierte (an den Krankheitsstand gebundene) Kri-

9 Bea Heim, Nationalrätin SP, www.bea-heim.ch

terien zu prüfen und rechtlich zu verankern. In der Begründung kritisiert die Postulantin die undifferenzierte Mittelwertlimite, welche keine überzeugende Beurteilung der Angemessenheit einer medizinischen Behandlung erlaube. Deren Überschreitung werde aber von santésuisse und dem Eidgenössischen Versicherungsgericht als Beweis einer Überarztung betrachtet.

Zusammenfassung und Ausblick

Am ersten Consano-Symposium wurden erstmals für die Schweiz auch rechtliche Aspekte des Ärztteratings durch die Krankenversicherer betreffend Überarztung in der Grundversorgung vorgelegt.

Die Rechtsgutachten sehen in der heutigen Praxis der Versicherungsgerichte Mängel in der Beweisführung gegen Ärztinnen und Ärzte (Ueli Kieser) oder orten sogar einen Verstoß gegen die Verfassungsmässigkeit von Rückforderungen betreffend veranlasste Kosten (Monika Gattiker). Unter dem Aspekt der selbst von den Versicherern nicht klar demontierten Schwäche der Qualität der Rechnungsstellerstatistik steht die heutige Praxis des Ärztteratings betreffend Überarztung auf wackligen Beinen. Für den Anspruch der Versicherer, präventiv Überarztung zu verhindern, fehlt ferner ein Gesetzauftrag und letztlich ja auch eine Qualitätskontrolle betreffend dem, was denn eigentlich verhindert wurde (versteckte Rationierung). Die Benutzung falscher oder ansuldigender Daten der Versicherer auf dem Gebiet des Ärztteratings und angeblich falscher Rechnungsstellungen durch die Ärztinnen und Ärzte könnte dem Zweck dienen, die Akzeptanz für die Aufhebung des Kontrahierungszwang in der Bevölkerung zu erhöhen.

Das völlige Fehlen einer oberinstanzlichen Kontrolle der Versicherer-Statistiken öffnet Raum für deren Missbrauch. Ein Missbrauch, der notabene die Grundversorgung der schweizerischen Bevölkerung betrifft. Äusserungen wie jene von Hans Heinrich Brunner stimmen bedenklich: «Die Ärzte müssen umdenken. Wenn die Ärztezeitung über die fast mythische Bedeutung des Arzt-Patienten-Verhältnisses schreibt, dann ist das eine pseudoreligiös verbrämte Ausrede, um keine Fakten liefern zu müssen» [7]. Und wie steht es mit den von den Versicherern gelieferten «Fakten»? Eher hier sollte das Bundesamt für Sozialversicherungen seine Aufsichtspflicht wahrnehmen.

Für die Zukunft werden wir Ärztinnen und Ärzte in der Schweiz unsere Stimme etwas lauter zu erheben haben, um dem frontalen Angriff auf das Arzt-Patienten-Verhältnis im Interesse unserer Patientinnen und Patienten entschiedener, oder besser, «mobilisierter» entgegenzutreten.

Literatur

- 1 Internet: <http://www.consano.ch/ConsanoSympKieserGutachten.pdf>
- 2 Internet: <http://www.consano.ch/gattiker.htm>
- 3 Kocher G. Zweitteuerstes Gesundheitswesen der Welt. Schweiz. Ärztezeitung 2004;85:2142-3.
- 4 Internet: <http://www.consano.ch/Obsan102004.pdf>
- 5 Internet: <http://www.consano.ch/Aerzterating-Santesuisse012005.pdf>
- 6 Internet: <http://www.consano.ch/szucs.htm>
- 7 Internet: <http://www.consano.ch/BrunnerInterviewCSS012005.pdf>

Dr. med. Michel Romanens
Belchenstrasse 18
CH-4600 Olten
info@kardiolab.ch