Vom Gericht ruiniert – WZW in der Kritik*

Simon Haefeli

Ein Gespenst geht um unter Ärzten: das Gespenst des WZW-Verfahrens. Das Bundesgericht verurteilt Ärzte zu Zahlungen in einer Höhe, die eine Praxis leicht in den Ruin treibt. Der Beweis dazu kommt von santésuisse, mittels ANOVA und Rechnungsstellerstatistik. Statistiken, die bekanntermassen von schlechter Qualität sind. Unwirtschaftliche Ärzte entschlüpfen dem Netz, weil sie in der Statistik als wirtschaftlich ausgewiesen werden. Unter dem Betrachtungswinkel der Gesamtkosten wirtschaftlich arbeitende Ärzte hingegen werden verurteilt und sehen sich teilweise gar gezwungen, ihre Praxistätigkeit aufzugeben. Der Artikel beschäftigt sich mit den WZW-Verfahren: Wer wird von santésuisse an den Pranger gestellt, wie viel muss bezahlt werden und weshalb? Und was muss der Arzt im Fall der Fälle unternehmen?

Ratgeber für «Unwirtschaftliche»
- Praxisspiegel konsultieren
- TrustCenter- und Managed-Care-Statistiken zur Unterstützung anfordern
- Praxisbesonderheiten aufführen
- Verifikation des Vergleichskollektivs und der Krankenkassenstatistik verlangen
- Gesamtkostenbetrachtung verlangen
- Legalitätsprinzip für veranlasste Kosten fordern

Das Bundesgericht überprüft nur die Korrektheit des Verfahrens: Alle Argumente gegen die Krankenkassen müssen schon vorher vorgebracht werden.

Wann bin ich unwirtschaftlich?

santésuisse überprüft die Wirtschaftlichkeit von Ärzten. Sie prüft dies basierend auf eigenen Daten mittels Rechnungsstellerstatistik und des ANOVA-Verfahrens: Dieses gleicht zwei Besonderheiten des Patientenguts an die Vergleichsgruppe an: Alter und Geschlecht. Alle anderen Praxisbesonderheiten werden nicht berücksichtigt. Unwirtschaftlichkeit wird mit dem Durchschnittskostenvergleich angenommen, sobald ein Arzt mehr als 20–30% von den Durchschnittswerten seiner Vergleichsgruppe abweicht. Der Vergleich beruht auf drei Annahmen:

1. Medizinische Probleme in der Praxis sind mit beschränkten Mitteln zu lösen.
2. Die Ärzte der Vergleichsgruppe handeln wirtschaftlich.
3. Dem Arzt ist die Einhaltung des Mengenstandards seiner Vergleichsgruppe zumutbar.

Falls nach dieser Prüfung ein Arzt unwirtschaftlich scheint, kommt es zu einem Verfahren vor der Paritätischen Vertrauenskommission (PVK). Die meisten Verfahren können bereits in diesem Stadium beigelegt werden, weshalb es nur vereinzelt zu Gerichtsverfahren kommt.

Dürfen das die Krankenkassen?

Grundsätzlich haben die Krankenkassen den Auftrag, die Wirtschaftlichkeit von Ärzten zu überprüfen. Sie haben diese Aufgabe vom Bund übernommen und handeln somit als Verwaltungsorgan. Untersucht werden von den Krankenkassen die direkten Arztkosten und als veranlasste Kosten nur gerade die Medikamentenkosten. Dabei haben Ärzte mit vielen langjährigen, polymorbiden Patienten ohne Notfalldienst und mit wenigen Überweisungen das Nachsehen und werden von den Kostenträgern als unwirtschaftlich gebrandmarkt. Wenn die Krankenkassen also tatsächlich unwirtschaftliche Ärzte mit ihrer Statistik «erwischen», so ist dies eher Zufall als eine Folge ihrer Suchstrategie.

Was muss ich zurückerstatten?

Zurückerstatten muss der verurteilte Arzt nach Bundesgericht die Differenz zwischen seinen Gesamtkosten und den Durchschnittskosten plus eines gewährten Toleranzbereichs (zusammen etwa 120–130% der Durchschnittskosten des Vergleichskollektivs). Dabei sind als Gesamtkosten zu betrachten: alle direkten und veranlassten Kosten des Arztes. Die Krankenkassen können aufgrund ihrer Daten aber nur die direkten Kosten und die veranlassten Medikamentenkosten prüfen. Nur durch komplementäre, ärzteeigene Zahlen ist eine objektivere Betrachtungsweise möglich.

Die Rückzahlung umfasst ebenfalls die Gesamtkosten, also auch veranlasste Kosten, die andere (z. B. Apotheker) verdient haben. Diese Auffassung des Bundesgerichtes wurde aber kritisiert, weil sie gegen das Verfassungsrecht verstösst. Es bleibt zu hoffen, dass die Kritik bald vom Bundesgericht anerkannt wird.

* Für eine ausführliche Diskussion siehe den Artikel in Heft 41/2008.

Korrespondenz:
cand. iur. Simon Haefeli
NewIndex AG
Pflanzschulstrasse 3
CH-8400 Winterthur

simon.haefeli@bluecare.ch

Warum werden die mangelhaften Statistiken der Krankenkassen beigezogen?
Die Krankenkassen haben die Aufgabe, unwirtschaftliches Verhalten von Ärzten zu suchen und nachzuweisen. Lange gab es Daten und Statistiken nur von den Krankenkassen. Der ärzteeigene Datenpool entstand erst vor wenigen Jahren. Da nur vereinzelte WZW-Verfahren vor das Bundesgericht gelangen, verändert sich die Rechtsprechung entsprechend nur langsam.

Die Statistik muss gemäss Bundesgericht unwirtschaftliches Verhalten mit «überwiegender Wahrscheinlichkeit» nachweisen. Diese juristische Formulierung ist im Sozialversicherungsrecht üblich, um dem Interesse der Patienten am Nachweis von Fehlverhalten gerecht zu werden. Aber anders als überall sonst bildet beim WZW-Verfahren ein statistischer Beweis die Grundlage jedes Urteils. Durch die Zulassung dieses statistischen Beweises ist dem Interesse der Öffentlichkeit Genüge geleistet. Deshalb müsste der normale Standard der «an Sicherheit grenzenden Wahrscheinlichkeit» in die Rechtsprechung bei WZW-Verfahren Einzug erhalten.

Umstrittene Bundesgerichtspraxis
- Verstoss gegen das Legalitätsprinzip durch die Rückforderung veranlasster Kosten
- Zu tiefer Beweisgrad
- Fokus auf die qualitativ schlechten Krankenkassenstatistiken

Wie beweise ich das Gegenteil?
Der betroffene Arzt muss alle Beweise spätestens vor dem kantonalen Schiedsgericht vorbringen: Das Bundesgericht darf von Gesetzes wegen keine neuen Beweise prüfen, sondern nur die Rechtmässigkeit des Verfahrens.

Als Beweise können in erster Linie Praxisbesonderheiten angeführt werden. Diese umfassen etwa eine überdurchschnittliche Zahl von Hausbesuchen, ein grosses Einzugsgebiet, einen sehr hohen Anteil ausländischer Patienten, keine Notfallpatienten, sehr viele langjährige und ältere Patienten, kurze Praxistätigkeit sowie in seltenen Fällen eine überdurchschnittliche Zahl behandlungsintensiver Patienten. Durch die Zahlen der TrustCenter lassen sich diese Praxisbesonderheiten auch statistisch belegen.

Weiter hilft eine Übersicht über veranlasste Kosten die Forderungen der Krankenkassen zu entkräften. Mitglieder von Managed-Care-Modellen können von ihren eigenen Statistiken profitieren, sofern in diesen auch Überweisungen ausgewiesen werden.