



Kommentar zu: Urteil: [9C_135/2022](#) vom 12. Dezember 2023 , zur Publikation vorgesehen

Sachgebiet: Krankenversicherung

Gericht: Bundesgericht

Spruchkörper: III. öffentlich-rechtliche Abteilung

dRSK-Rechtsgebiet: Gesundheitsrecht

[De](#) | [Fr](#) | [It](#) |

Zweistufige Wirtschaftlichkeitskontrolle bei Überarztung

Vertrag über die statistische Methode zur Wirtschaftlichkeitskontrolle (Methodenvertrag)

Autor / Autorin

Joel Drittenbass, Barbara Meier, Matthias Neumann

VISCHER

Redaktor / Redaktorin

Michael Waldner

VISCHER

Das Bundesgericht stellte fest, dass mit der Screening-Methode, welche im Vertrag über die statistische Methode zur Wirtschaftlichkeitskontrolle (sog. Methodenvertrag) vorgesehen ist, keine unwirtschaftliche Leistungserbringung i.S.v. Art. 56 Abs. 1 KVG bewiesen werden kann, weshalb deren Ergebnis keine Grundlage für eine Rückforderungsklage bildet. Die Krankenversicherer müssen vielmehr in einem zweiten Schritt eine umfassende Einzelfallanalyse durchführen, auf deren Ergebnissen die beim kantonalen Schiedsgericht einzubringende Rückforderungsklage beruhen muss.

Zusammenfassung des Urteils

[1] Dem vorliegenden Urteil des Bundesgerichts lag eine Klage von verschiedenen Krankenversicherern gegen einen Facharzt für Allgemeine Innere Medizin FMH mit eigener Praxis im Kanton Bern wegen angeblich unwirtschaftlicher Leistungserbringung (sog. Überarztung) zugrunde. Die Krankenversicherer klagten beim kantonalen Schiedsgericht in Sozialversicherungsstreitigkeiten auf *Rückzahlung* von CHF 336'368 gemäss Regressions-Index oder von CHF 790'761 gemäss ANOVA-Index. Die Krankenversicherer stellten sich dabei auf den Standpunkt, dass der Arzt im Jahr 2017 ärztliche Leistungen erbracht habe, die unwirtschaftlich gewesen seien. Sie machten insbesondere geltend, dass die für das Statistikjahr 2017 anzuwendende Screening-Methode einen Regressionsindex von 144 Punkten (totale Kosten) bzw. von 179 Punkten (direkte Arztkosten) ergeben habe. Damit liege – so die Krankenversicherer – der Index des Arztes über dem (Referenz-)Wert von 120 Punkten, weshalb eine *Überarztung* ohne Weiteres ausgewiesen sei. Dem hielt der Arzt entgegen, dass die Überschreitung des Regressionsindex von 120 Punkten lediglich einen Hinweis auf eine mögliche Überarztung liefere. Die tatsächliche Überarztung sei erst noch in einem zweiten Schritt anhand einer *umfassenden Einzelfallanalyse* durch die Krankenversicherer zu ermitteln. Vorliegend seien verschiedene, ihn betreffende Besonderheiten nicht berücksichtigt worden, die zu einer Erhöhung des Referenzindex führen müssen, namentlich die besondere Morbidität und Struktur seines Patientenkollektivs, mehrere Praxisstandorte und die Bewilligung zur selbständigen Abgabe von Medikamenten (sog. Selbstdispensation).

[2] Das kantonale Schiedsgericht hiess die Rückforderungsklage der Krankenversicherer gut und verpflichtete den Arzt zur Rückerstattung von CHF 266'998.40. Es hielt insbesondere fest, dass eine Überarztung auch unter der seit 2017 anzuwendenden Screening-Methode mittels einer statistischen Auswertung und einem Durchschnittskostenvergleich nachgewiesen werden könne. Soweit also ein Index von über 120 Punkten resultiere, sei – so das kantonale Schiedsgericht – eine Überarztung grundsätzlich plausibilisiert. Die Regressionsindizes des Arztes für das

Statistikjahr 2017 würden den massgeblichen Referenzwert von 120 Punkten offensichtlich deutlich überschreiten. Dem Arzt sei es ausserdem nicht gelungen, relevante Praxisbesonderheiten nachzuweisen, die eine Erhöhung der Toleranzmarge rechtfertigen könnten, brachte das kantonale Schiedsgericht weiter vor.

[3] Gegen dieses Urteil des kantonalen Schiedsgerichts erhob der Arzt *Beschwerde in öffentlich-rechtlichen Angelegenheiten*. Vor Bundesgericht rügte der Arzt insbesondere, dass der Rückforderungsanspruch der Krankenversicherer ohnehin verwirkt sei und dass die Krankenversicherer – entgegen des Methodenvertrages – keine umfassende Einzelfallanalyse vor Einreichung der Rückforderungsklage durchgeführt hätten.

Kommentar: Erwägungen des Bundesgerichts

[4] Der Arzt brachte zunächst vor, dass die Krankenversicherer die relative einjährige Verwirkungsfrist gemäss Art. 25 Abs. 2 [ATSG](#) (in der bis Ende 2020 geltenden Fassung) nicht eingehalten hätten, weshalb deren Rückforderungsanspruch bei Klageeinreichung bereits erloschen gewesen sei (E. 2.). Das Bundesgericht hält diesen Verwirkungseinwand – in Übereinstimmung mit der Vorinstanz – allerdings für unbegründet, weil die Rückforderungsklage der Krankenversicherer innerhalb eines Jahres nach Kenntnis der SASIS-Statistik beim kantonalen Schiedsgericht eingereicht wurde (E. 2.1.). Damit bestätigte das Bundesgericht die bisherige Rechtsprechung, wonach die relative (damals noch einjährige) Verwirkungsfrist von Art. 25 Abs. 2 ATSG mit dem *Datum* der *Erstellung* der *SASIS-Statistik* zu laufen beginnt. Das Bundesgericht liess daher insbesondere den Einwand des Arztes, wonach die Krankenversicherer aufgrund der vergleichsweise erledigten, hier jedoch nicht streitgegenständlichen Jahre 2013–2015 schon vor Erstellung der SASIS-Statistik von einer allfälligen Überarztung hätten Kenntnis erlangen können, nicht gelten (E. 2.2.).

[5] Zwischen den Verfahrensparteien war im zu beurteilenden Sachverhalt insbesondere strittig, auf welche methodische Grundlage sich die Rückforderungsklage der Krankenversicherer stützen muss, damit der *Beweis* für eine *unwirtschaftliche ambulante ärztliche Praxistätigkeit i.S.v. Art. 56 Abs. 1 KVG* («Überarztung») als erbracht gilt. Zur Beantwortung dieser strittigen Frage umschrieb das Bundesgericht zunächst den auf die Verfahrensparteien anwendbaren Vertrag nach Art. 56 Abs. 6 KVG über die statistische Methode zur Wirtschaftlichkeitskontrolle (sog. Methodenvertrag). Diesbezüglich hielt das Bundesgericht fest, dass sich die im Methodenvertrag ab dem Statistikjahr 2017 anwendbare *Screening-Methode* von der vorher gültigen Varianzanalyse (ANOVA-Methode) durch eine explizite **Zweiteilung** der **Wirtschaftlichkeitskontrolle** unterscheidet (E. 4.4.1.). Nach dem ab dem Jahr 2017 gültigen Methodenvertrag ist in einem ersten Schritt eine *zweistufige Regressionsanalyse* durchzuführen, die als Screening-Methode zur «Detektion von Ärzten mit auffälligen Kosten» dient (E. 4.4.1.). Da das Ergebnis dieser zweistufigen Regressionsanalyse keinen Nachweis für eine unwirtschaftliche Leistungserbringung liefert, sondern – so das Bundesgericht zutreffend – nur eine «auffällige Kostenstruktur» aufzeigt (E. 5.2.1. und E. 5.2.3.), ist in einem zweiten Schritt vor Einreichung einer Rückforderungsklage zwingend eine *Einzelfallanalyse* durchzuführen, d.h. die Leistungserbringung des statistisch auffälligen Arztes muss in einem zweiten Prüfschritt individuell beurteilt werden (E. 5.2.4.), wobei für die Prüfung der Wirtschaftlichkeit nicht zwingend eine herkömmliche analytische Methode durchzuführen ist. Damit gab das Bundesgericht dem Arzt insoweit recht, als dass mit der Screening-Methode selbst keine unwirtschaftliche Behandlung festgestellt wird, weshalb deren Ergebnis keine Grundlage für eine Rückforderungsklage bilden kann. Denn der im Screening-Verfahren ermittelte auffällige Indexwert entspricht einer *red flag*, also einem Warnsignal hinsichtlich einer möglicherweise unwirtschaftlichen Behandlungsweise (E. 5.3.1. und E. 5.3.2.). Daraus folgerte das Bundesgericht, dass die statistische Methode seit Abschluss des neuen Methodenvertrags im Jahr 2018 bzw. seit dem Ersatz der ANOVA-Methode mit der Screening-Methode *keine Beweismethode* mehr darstellt (E. 5.3.2.), weshalb die *Krankenversicherer* nach Feststellung einer auffälligen Kostenstruktur im Rahmen einer Einzelfallanalyse *beweisbelastet* (Art. 8 [ZGB](#)) sind (E. 5.3.2.). Der Leistungserbringer ist allerdings im Zusammenhang mit geltend gemachten Praxisbesonderheiten insoweit zur Mitwirkung verpflichtet, als dass dieser zumindest *glaubhaft* machen muss, inwiefern die im Rahmen des Screenings erkannte Auffälligkeit einer Praxisbesonderheit zuzuschreiben und damit gerechtfertigt ist (E. 5.3.2.).

[6] Strittig war weiter die Frage, wie praxisspezifische Faktoren, die die Kostenstruktur des Arztes beeinflussen, im Rahmen einer Wirtschaftlichkeitskontrolle zu berücksichtigen sind, da solche den Verdacht einer unwirtschaftlichen Behandlungsweise widerlegen können (E. 5.5.). Als Grundsatz hält das Bundesgericht fest, dass **praxistypologische Merkmale** – z.B. die Führung einer

Praxisapotheke oder die fachliche Spezialisierung, welche sich auf die Zusammensetzung des Patientengutes auswirkt – bereits im Rahmen des Screenings (erster Schritt der Wirtschaftlichkeitskontrolle) zu berücksichtigen sind, um falsch positive (auffällige) Befunde von Anfang an zu verhindern. Die Berücksichtigung solcher Merkmale im Rahmen der Screening-Methode setzt allerdings nach Auffassung des Bundesgerichts die Bildung einer entsprechenden *Referenzgruppe* voraus. Kann eine solche Vergleichsgruppe nicht gebildet werden, so müssen praxistypologische Merkmale Eingang in die Einzelfallanalyse finden (E. 5.5.2.). Interessanterweise hielt das Bundesgericht in diesem Zusammenhang fest, dass die Auseinandersetzung mit solchen kostenwirksamen Praxismerkmalen *nicht* im *Klageverfahren* vor dem kantonalen Schiedsgericht, sondern bereits in der Phase der Einzelfallanalyse zu erfolgen hat (E. 5.6.). Daraus folgerte das Bundesgericht, dass die Rückforderungsklage auf den Ergebnissen einer umfassenden Einzelfallanalyse beruhen muss (E. 5.6. und E. 5.8.1.).

[7] Vorliegend wurde zwecks Fristwahrung vor Einreichung der Rückforderungsklage keine umfassende Einzelfallanalyse durch die Krankenversicherer vorgenommen. Darin erblickte das Bundesgericht (zu Recht) eine *Verletzung* von Art. 56 KVG, weil die Einzelfallanalyse als zweiter Teil der Wirtschaftlichkeitskontrolle vor Einreichung der Rückforderungsklage hätte durchgeführt werden müssen (E. 5.8.3.). Aus diesem Grund **wies** das Bundesgericht die Sache im Sinne der Erwägungen an die Vorinstanz **zurück**, damit diese auf der Grundlage einer *ergänzten Klage* neu entscheidet (E. 7.2.).

Würdigung und Schlussfolgerungen

[8] Zusammengefasst stellte das Bundesgericht im vorliegenden Urteil fest, dass für die Wirtschaftlichkeitskontrolle von Ärztinnen und Ärzten mit der Screening-Methode (Regressionsanalyse) eine vertragliche Vereinbarung i.S.v. Art. 56 Abs. 6 KVG vorliegt, die nur die Detektion von Ärzten bzw. Arztpraxen mit auffälligen Kosten (erster Schritt der Wirtschaftlichkeitskontrolle), nicht aber die Beurteilung der Wirtschaftlichkeit derselben regelt (zweiter Schritt der Wirtschaftlichkeitskontrolle). Das Bundesgericht betonte, dass die Krankenversicherer in einem zweiten Schritt eine **umfassende Einzelfallanalyse** durchführen müssen, auf deren Ergebnissen die beim kantonalen Schiedsgericht einzubringende Rückforderungsklage beruhen muss. In dieser Einzelfallanalyse ist die Wirtschaftlichkeit des Leistungserbringers individuell zu beurteilen, wobei auch Praxisbesonderheiten zu berücksichtigen sind, wenn diese nicht bereits im Rahmen der Regressionsanalyse (erster Schritt der Wirtschaftlichkeitskontrolle) berücksichtigt wurden.

[9] Das vorliegende Urteil erfolgte zwar in Bezug auf den Methodenvertrag aus dem Jahr 2018, der erneuerte Methodenvertrag zwischen FMH und santésuisse/curafutura aus dem Jahr 2023 sieht aber weiterhin *ausschliesslich* eine Regressionsanalyse zur Detektion von statistischen Auffälligkeiten vor, weshalb das Urteil des Bundesgerichts auch unter Sachverhalten des neuen Methodenvertrages weiterhin gilt. Auch für Sachverhalte ab dem Statistikjahr 2022 genügt daher das Ergebnis der Regressionsanalyse nicht, um eine Rückforderung des Krankenversicherers begründen zu können, sondern es ist in der Regel eine umfassende Einzelfallanalyse vor Einreichung der Rückforderungsklage erforderlich.

[10] Für Leistungserbringerkategorien, für die noch keine vertragliche Vereinbarung betreffend Methode zur Kontrolle der Wirtschaftlichkeit vorliegt (beispielsweise Spitäler), sind zwar die Erwägungen des Bundesgerichts zur Auslegung des Methodenvertrages aus dem Jahr 2018 nicht direkt anwendbar. Dennoch enthält der bundegerichtliche Entscheid **verallgemeinerungsfähige Vorgaben**, welche unabhängig vom Vorliegen eines Methodenvertrags bei Verfahren der Wirtschaftlichkeitskontrolle zu beachten sind. Mithin gelten folgende Grundsätze sowohl für die Wirtschaftlichkeitskontrolle von Ärztinnen und Ärzten, als auch sinngemäss für die Wirtschaftlichkeitskontrollen bei anderen Leistungserbringern:

(1) Die Verwirkungsfrist von Art. 25 Abs. 2 ATSG beginnt mit dem *Datum* der *Erstellung* der *SASIS-Statistik* zu laufen (E. 2.2.).

(2) Statistische Auffälligkeiten können selbst im Falle ausgeklügelter statistische Modelle kaum je für sich den Beweis für eine unwirtschaftliche Leistungserbringung i.S.v. Art. 56 Abs. 1 KVG erbringen (E. 5.2.4.).

(3) In der individuellen Einzelfallanalyse müssen (*Praxis-*)*Besonderheiten des Leistungserbringers* berücksichtigt werden, auch solche, die bei statistischen Auffälligkeitsanalysen nicht berücksichtigt werden (E. 5.5.2.); eine blosse

Hochrechnung statistischer Auffälligkeiten genügt mithin nicht.

(4) (Praxis-)Besonderheiten müssen von den Krankenversicherern bereits in der Phase der Einzelfallanalyse abgeklärt werden und nicht erst im Klageverfahren vor dem kantonalen Schiedsgericht (E. 5.6.).

(5) Die *Beweislast* für den Nachweis der Unwirtschaftlichkeit tragen die auf Rückforderung klagenden *Krankenversicherer* (E. 5.3.2.).

[11] Angesichts dessen, dass gerade bei Fehlen eines Methodenvertrages sowohl die Auskunftspflichten des Leistungserbringers beschränkt als auch die Methodik zur Beurteilung der Wirtschaftlichkeit nicht normiert und daher die Zulässigkeit einer (retrospektiven) Wirtschaftlichkeitsprüfung je nach Methodik ohnehin fraglich ist (vgl. Urteil [SR.2016.00007](#) des Schiedsgerichts in Sozialversicherungssachen des Kantons Zürich vom 19. Mai 2021), ist der Nachweis der Unwirtschaftlichkeit in diesen Konstellationen umso schwieriger zu erbringen.

Zitiervorschlag: Joel Drittenbass / Barbara Meier / Matthias Neumann, Zweistufige Wirtschaftlichkeitskontrolle bei Überarztung, in: dRSK, publiziert am 07. Mai 2024

ISSN 1663-9995. Editions Weblaw

EDITIONS WEBLAW

Weblaw AG | Schwarztorstrasse 22 | 3007 Bern
T +41 31 380 57 77 info@weblaw.ch

weblaw.ch