

SGA - Tipp 4/04

Herausgegeben von der Schutzgemeinschaft für Ärzte (SGA)

Präsident: Dr. med. Otto Frei, Im Dornacher 13, 8127 Forch, Tel. 01 980 25 89 Fax 01 980 55 45

Redaktion: Dr. iur. Dieter Daubitz, Mühlenplatz 11, 6004 Luzern, Tel. 041 410 35 02 Fax 041 410 38 41

8. Jahrgang, Nr. 4, November 2004, erscheint vierteljährlich

HAFTUNG FÜR VER- ANLASSTE KOSTEN

I. Vorbemerkungen

Das Eidgenössische Versicherungsgericht (EVG) hat in zwei Urteilen (K 150/03 vom 18. Mai 2004 und K 113/03 vom 10. August 2004) entschieden, dass ein Arzt auch unter dem neuen Krankenversicherungsgesetz für die veranlassten Kosten haftbar gemacht werden könne. Die Haftung für veranlasste Kosten erstreckt sich auf die Kosten der Rezeptur, des auswärtigen Labors und der auswärtigen Physiotherapie. Der massgebliche Wortlaut der beiden Urteile ist auf Seite 3 ff. dieses SGA-Tipps wiedergegeben.

Das EVG hat diese Haftung folgendermassen begründet: unter dem alten Gesetz habe sich das Gebot der Wirtschaftlichkeit der Behandlung nach dem altrechtlichen Art. 23 des Gesetzes über die Kranken- und Unfallversicherung (KUVG, welches bis zum 31. Dezember 1995 in Kraft war) auf sämtliche Teile der ärztlichen Betreuung erstreckt. Nach dem Wortlaut dieser Bestimmung habe das Gebot der Wirtschaftlichkeit der Behandlung auch für die Verordnung von Arzneimitteln sowie die Anordnung von Heilwendungen und Analysen gegolten. Das EVG habe die Rückerstattungspflicht bei rezeptierten Medikamenten und angeordneten Massnahmen unter dem alten Recht in einem früheren Urteil ausdrücklich bejaht. Dies gelte auch unter dem neuen Recht, weil sich die Bestimmung in dem neuen Art. 56 des Gesetzes über die Krankenversicherung (KVG; am 1. Januar 1996 in Kraft getreten) inhaltlich mit dem altrechtlichen Art. 23 KUVG decke und weil der Wesensgehalt in dem alten Art. 23 KUVG unverändert in den neuen Art. 56 KVG übernommen worden sei.

Dieser SGA-Tipp dient einzig und allein der Orientierung der Ärzte. Es ist wichtig, dass wegen dieser beiden Urteile keine Panik ausbricht.

Es muss hier mit aller Deutlichkeit darauf hingewiesen werden,

- dass nur diejenigen Ärzte gefährdet sind, welche bei den veranlassten Kosten überdurchschnittliche Werte aufweisen, d.h. Indices über 130 Punkte,
- dass unter den sog. gefährdeten Ärzten nur ein kleiner Teil wegen überdurchschnittlicher Kosten angeschrieben wird, d.h. dass der grösste Teil der Ärzte trotz erhöhten Werten überhaupt nicht gefährdet ist,
- dass dem angeschriebenen Arzt eine sog. Schonfrist bzw. Reaktionszeit eingeräumt wird, bevor er eingeklagt wird,
- dass dem angeschriebenen bzw. eingeklagten Arzt immer noch der Nachweis für sog. Praxisbesonderheiten offen steht, welche seine überdurchschnittlichen Kosten rechtfertigen.

Es sind trotzdem gewissen Vorsichtsmassnahmen zu treffen, um eine Gefährdung zu vermeiden oder mindestens herabzusetzen.

Diese Vorsichtsmassnahmen bestehen insbesondere

- erstens aus einer Beurteilung der sog. Risikofaktoren,
- zweitens aus der Kontrolle der Entwicklung der Durchschnittskosten,
- drittens aus Massnahmen zur Senkung der Durchschnittskosten und
- viertens aus der Vorbereitung des Nachweises von Praxisbesonderheiten.

Diese Vorsichtsmassnahmen werden in einem Referat im nächsten Jahr vorgestellt.

II. Urteil vom 18. Mai 2004 (K 150/03)

I. Kammer

Präsident Borella, Bundesrichterin Leuzinger, Bundesrichter Ferrari, Ursprung und Kernen; Gerichtsschreiber Schmutz

Sachverhalt:

A.

Dr. med. X. _____, Arzt für Allgemeine Medizin FMH mit Praxis in Y. _____ (nachfolgend: Arzt), ist in der vom Konkordat der Schweizerischen Krankenversicherer (heute: santésuisse) für die Jahre 1998 und 1999 herausgegebenen Behandlungsfallstatistik (nachfolgend: KSK-Statistik [heute: Rechnungsstellerstatistik der santésuisse]) der Arztgruppe 50 (Allgemeinpraktiker mit Röntgen) zugeordnet. Die KSK-Statistik weist für ihn bei den Arztkosten 1998 152 Indexpunkte und 1999 162 Indexpunkte aus, bei den Medikamenten (direkte und veranlasste Kosten) für beide Jahre je 149 Punkte. Gestützt auf die Daten der KSK-Statistik 1998 und 1999 machte der Verband Solothurnischer Krankenversicherer (heute: santésuisse Aargau-Solothurn, nachfolgend: Krankenversicherer) beim Schiedsgericht in der Kranken- und Unfallversicherung des Kantons Solothurn (nachfolgend: Schiedsgericht) in Vertretung der im Rubrum des vorliegenden Urteils aufgeführten Krankenversicherer am 18. September 2000 die folgenden Rückforderungsbegehren gegen den Arzt anhängig: Fr. 205'903.80 wegen Überarzten im Jahre 1998 nebst Zins zu 5 % seit 22. September 1999 und Fr. 242'809.95 wegen Überarzten im Jahre 1999 nebst Zins zu 5 % seit 25. Juli 2000. An der am 8. August 2002 vor dem Obmann des Schiedsgerichtes durchgeführten Vermittlungsverhandlung anerkannte der Arzt die Klage bis zum Betrag von Fr. 50'000.-, die Krankenversicherer gaben die Bereitschaft zu Protokoll, die Rückforderung für den Fall der gütlichen Beilegung vergleichsweise auf Fr. 280'000.- zu reduzieren. Ein Vergleich kam nicht zu Stande.

B.

Am 19. September 2002 reichten die Krankenversicherer beim Schiedsgericht die schriftlich begründete Klage ein mit den bereits in der Eingabe vom 18. September 2000 gestellten Rechtsbegehren. Mit Entscheid vom 25. August 2003 hiess das Schiedsgericht die Klage teilweise gut und verpflichtete den Arzt, den Klägern den Betrag von Fr. 380'941.35 und eine Parteientschädigung von Fr. 15'000.- zu bezahlen. Zudem wurden die Verfahrenskosten mit einer Urteilsgebühr von Fr. 4'000.-, total Fr. 6'300.-, dem Arzt auferlegt.

C.

Der Arzt lässt Verwaltungsgerichtsbeschwerde führen mit dem Begehren, die Forderungsklage der Krankenversicherer sei in Aufhebung des angefochtenen Entscheids abzuweisen, eventualiter sei die Sache zum Neuentscheid in formell zutreffender Weise an die Vorinstanz zurückzuweisen. Vorinstanz und Krankenversicherer schliessen auf Abweisung der Verwaltungsgerichtsbeschwerde. Das Bundesamt für Sozialversicherung, Abteilung Kranken- und Unfallversicherung (seit 1. Januar 2004 im Bundesamt für Gesundheit), verzichtet auf eine Vernehmlassung.

Das Eidg. Versicherungsgericht zieht in Erwägung:

7.

Die Vorinstanz hat bei der Bemessung der rückzuerstattenden Vergütungen auch die veranlassten Medikamentenkosten berücksichtigt. Der Beschwerdeführer wendet sich gegen eine Rückforderung dieser Kosten.

7.1 Unter veranlassten Kosten sind die Kosten für Leistungen der obligatorischen Krankenpflegeversicherung zu verstehen, die von anderen Leistungserbringern auf Anordnung des Arztes oder der Ärztin erbracht werden, und die Kosten für die von diesen verordneten, durch Apotheken abgegebenen Arzneimittel.

7.2 Ziel von Art. 23 KUVG war die Verwirklichung oder Wiederherstellung des gesetzlichen Zustandes (BGE 103 V 152 Erw. 3). Unter der Geltung von Art. 23 KUVG erstreckte sich das Gebot der Wirtschaftlichkeit der Behandlung auf sämtliche Teile der ärztlichen Behandlung (Urteil A. vom 30. Juli 2001, K 50/00, Erw. 6b in initio). Es galt nach dem Wortlaut dieser Bestimmung insbesondere auch in Bezug auf die Verordnung von Arzneimitteln sowie die Anordnung von Heilanwendungen und Analysen. Nach der Rechtsprechung sprach dies dafür, auch die veranlassten Kosten bei der Wirtschaftlichkeitsprüfung zu berücksichtigen, und zwar bei der Bestimmung der Indizes im Rahmen der statistischen Methode ebenso wie bei der Bemessung der Rückerstattungspflicht. Dem stand nicht entgegen, dass die veranlassten Kosten bei einem anderen als dem in Frage stehenden Arzt anfielen, und insofern nicht ein eigentlicher Rückerstattungstatbestand im Sinne des analog anwendbaren Art. 47 AHVG gegeben war. Trotz des insoweit besonderen Charakters der Rückforderung liess sich der Einbezug der veranlassten Kosten in die Wirtschaftlichkeitsprüfung somit nicht beanstanden (RKUV 2003 Nr. KV 250 S. 225). Die vorliegend zu entscheidende Frage, wie es sich mit der Rückerstattungspflicht bei angeordneten Medikamenten und Massnahmen unter der Geltung des neuen Art. 56 KVG verhält, liess das Eidgenössische Versicherungsgericht in RKUV 2003 Nr. KV 250 S. 225 Erw. 6.4, wie auch im späteren Urteil F. vom 15. Juli 2003 (K 108/01, K 118/01), noch offen.

7.3 Wie der Beschwerdeführer richtig darlegt, begründet die Vorinstanz den von ihr als zulässig befundenen Einschluss der veranlassten Kosten in die Rückforderungssumme im Wesentlichen damit, dass die Rückforderung ihren Ursprung im diagnostischen und therapeutischen Handeln des Arztes habe. Der Beschwerdeführer bezeichnet diese Auffassung als verfehlt und bundesrechtswidrig, da sich Art. 56 Abs. 2 KVG ausdrücklich auf die Verweigerung der Vergütung bzw. auf die Rückforderung der zu Unrecht erfolgten Vergütung beziehe. Der Gesetzgeber habe damit klar auf die direkten Kosten Bezug genommen, denn veranlasste Kosten würden gar nicht dem Arzt bzw. der Ärztin vergütet, sondern (beispielsweise) dem Apotheker. Damit stehe eindeutig fest, dass die veranlassten Kosten von der Rückforderung auszuschliessen seien. Er verweist auf im

Ergebnis übereinstimmende Hinweise von Eugster (a.a.O., Nr. 842 f. S. 285) und Schürer (a.a.O., S. 89 f. Ziff. 37).

7.4 Die Beschwerdegegner halten dagegen, in Art. 23 KUVG sei unter der Marginalie "Wirtschaftlichkeit der Behandlung" noch ausdrücklich ausgeführt gewesen, dass die Leistungserbringer (und damit die Ärzte) sich auch beim Verordnen von Arzneimitteln auf das durch das Interesse des Versicherten und den Behandlungszweck erforderliche Mass zu beschränken haben. Sie weisen zu Recht darauf hin, dass der Wesensgehalt von Art. 23 KUVG unverändert in den neuen Art. 56 KVG übernommen worden ist. Nach RKUV 2002 Nr. KV 230 S. 471 Erw. 2.2.2 (mit Hinweis auf BGE 126 V 23 Erw. 4a) wird die Rückerstattungsordnung des KVG weiterhin durch den sinngemäss anwendbaren Art. 47 AHVG ergänzt, und auch eine unwirtschaftliche Behandlung nach Art. 56 Abs. 2 KVG kann somit Rechtsgrund bilden, um bereits erfolgte Zahlungen von der versicherten Person zurückzufordern. Daran ändert nichts, dass der Versicherer gegenüber dem Leistungserbringer einen eigenen Rückerstattungsanspruch hat, dies unabhängig von der Person des Schuldners der Vergütung der Leistung (vgl. BGE 127 V 283 f. Erw. 4). Auch Eugster hält bezüglich Art. 56 KVG fest, dass die Bestimmung sich inhaltlich mit dem altrechtlichen Art. 23 KUVG deckt (a.a.O., Nr. 86 S. 40 mit Hinweisen). Nicht nur die vom Arzt persönlich erbrachten Leistungen müssen wirtschaftlich sein, sondern auch seine Anordnungen, mit welchen er Leistungen Dritter veranlasst (Derselbe, a.a.O., Nr. 101 S. 46 und Nr. 587 S. 204). Maurer (Das neue Krankenversicherungsrecht, Basel/Frankfurt am Main 1996, S. 53) führt ebenfalls aus, dass das in Art. 32 Abs. 1 KVG umschriebene, das Wirtschaftlichkeitsgebot umfassende Effizienzprinzip vom Arzt beispielsweise dann verletzt wird, wenn er unnötig viele oder zu teure Heilmittel abgibt oder verordnet. Wenn er in dieser Weise mehr tut als medizinisch geboten, liegt Überarztung vor und der Versicherer darf die Übernahme der Kosten ablehnen oder Zahlungen zurückfordern.

7.5 Da Art. 56 KVG den Wesensgehalt von Art. 23 KUVG unverändert übernommen hat, ist auch dessen Ziel die Verwirklichung oder Wiederherstellung des gesetzlichen Zustandes bei Verletzung des Gebots der Wirtschaftlichkeit der Behandlung. Das Wirt-

schaftlichkeitsgebot erstreckt sich weiterhin auf sämtliche Teile der ärztlichen Behandlung und findet für alle gesetzlichen Leistungen (Art. 25 Abs. 2 KVG) und damit insbesondere auch in Bezug auf die Verordnung von Arzneimitteln, Analysen sowie Mitteln und Gegenständen oder die Anordnung von Leistungen anderer Leistungserbringer gemäss Art. 35 Abs. 2 lit. e - g KVG Anwendung. Dies spricht dafür, bei der Wirtschaftlichkeitsprüfung wie unter dem früheren Recht auch die veranlassten Kosten zu berücksichtigen, und zwar bei der Bestimmung der Indizes im Rahmen der statistischen Methode ebenso wie bei der Bemessung der Rückerstattungspflicht. Der Einbezug der veranlassten Medikamentenkosten in die Wirtschaftlichkeitsprüfung und die Rückforderungssumme lassen sich somit nicht beanstanden.

III. Urteil vom 10. August 2004 (K 113/03)

IV. Kammer

Präsident Ferrari, Bundesrichterin Widmer und Ursprung; Gerichtsschreiberin Hofer

Sachverhalt:

A.

Dr. med. J. _____, Arzt für Allgemeine Medizin FMH mit Praxis in X. _____ (nachfolgend: Arzt), war in der vom Konkordat der Schweizerischen Krankenversicherer (heute: santésuisse) für die Jahre 1998 und 1999 herausgegebenen Behandlungsfallstatistik (nachfolgend: KSK-Statistik [heute: Rechnungsstellerstatistik der santésuisse] der Arztgruppe 00 (Allgemeinpraktiker ohne Röntgen) zugeordnet. Die KSK-Statistik weist für ihn bei den Arztkosten 1998 151 Indexpunkte aus, bei den Medikamenten (direkte und veranlasste Kosten) 195 Punkte. Gestützt auf die Daten der KSK-Statistik 1998 machte der Verband Solothurnischer Krankenversicherer (heute: santésuisse Aargau-Solothurn, nachfolgend: Krankenversicherer) beim Schiedsgericht in der Kranken- und Unfallversicherung des Kantons Solothurn (nachfolgend: Schiedsgericht) in Vertretung der im Rubrum des vorliegenden Urteils aufgeführten Krankenversicherer am 5. April 2000 ein Rückforderungsbegehren gegen den Arzt anhängig lautend auf Fr. 133'757.55 wegen Überarzten im Jahre 1998 nebst Zins von 5 % seit 22. September 1999. An der am 28. September 2000 vor dem Obmann des Schiedsgerichtes durchgeführten Vermittlungsverhandlung erklärte sich der Arzt bereit, vergleichsweise Fr. 20'000.- zu bezahlen. Ein Vergleich kam nicht zu Stande.

B.

Am 27. Juni 2001 reichten die Krankenversicherer beim Schiedsgericht die schriftlich begründete Klage ein mit dem bereits in der Eingabe vom 5. April 2000 gestellten Rechtsbegehren. Anlässlich der am 8. Mai 2003 durchgeführten Hauptverhandlung eröffnete das Schiedsgericht den Parteien, dass der Antrag des Arztes auf Einholung ei-

nes Gutachtens über die Vergleichbarkeit der Ärzte in der Gruppe 11 ([recte: 00] Allgemeinpraktiker mit Röntgen) abgewiesen werde. Mit Entscheid vom 14. Juli 2003 hiess das Schiedsgericht die Klage teilweise gut und verpflichtete den Arzt, den Klägern den Betrag von Fr. 133'757.55 und eine Parteientschädigung von Fr. 18'000.- zu bezahlen. Zudem wurden die Verfahrenskosten mit einer Urteilsgebühr von Fr. 4000.-, total Fr. 6800.-, dem Arzt auferlegt.

C.

Der Arzt lässt Verwaltungsgerichtsbeschwerde führen mit dem Begehren, die Forderungsklage der Krankenversicherer sei in Aufhebung des angefochtenen Entscheids abzuweisen. Eventuell sei die Sache an die Vorinstanz zurückzuweisen, insbesondere zur Neubeurteilung folgender Fragen: a) der Vergleichbarkeit bzw. Unvergleichbarkeit der Arztpraxis des Beschwerdeführers mit den Arztpraxen der 1998 noch in der Spezialarztgruppe 00 eingeteilten Allgemeinpraktiker ohne Röntgen; b) Mitberücksichtigung der veranlassten Kosten (Medikamente vom Apotheker); c) Quantifizierung der Praxisbesonderheit Anteil fremdsprachiger Patienten und Patientinnen mit entsprechendem kulturellem Hintergrund; d) Quantifizierung der Praxisbesonderheiten Methadon-Drogen-Patienten, psychosozial und psychosomatisch Erkrankte; e) Festsetzung eines Toleranzzuschlages von generell 20 Indexpunkten als Ausgleich statistischer Ungenauigkeiten; f) Anordnung eines analytischen Gutachtens. Zudem seien die Krankenversicherer zu verpflichten, die gesamten Gerichtskosten sowohl des schiedsgerichtlichen als auch des bundesgerichtlichen Verfahrens unter solidarischer Haftung zur Bezahlung zu übernehmen, ihm für das schiedsgerichtliche Verfahren die ausgewiesenen Kosten von Fr. 26'188.60 zu bezahlen und eine angemessene Parteientschädigung auszurichten. Vorinstanz und Krankenversicherer schliessen auf Abweisung der Verwaltungsgerichtsbeschwerde. Das Bundesamt für Sozialversicherung, Abteilung Kranken- und Unfallversicherung (seit 1. Januar 2004 im Bundesamt für Gesundheit), verzichtet auf eine Vernehmlassung.

Das Eidg. Versicherungsgericht zieht in Erwägung:

8.

8.1 Die Vorinstanz hat sowohl die direkten wie auch die veranlassten Medikamentenkosten als zurückzuerstattende Vergütungen berücksichtigt. Der Beschwerdeführer wendet dagegen ein, die Rückforderung von veranlassten oder verordneten Leistungen sei bundesrechtswidrig. Während nach dem Wortlaut von Art. 23 KUVG und der zu dieser Bestimmung ergangenen Rechtsprechung eine Rückforderung von veranlassten Medikamentenkosten zulässig gewesen sei, treffe dies unter der Herrschaft von Art. 56 KVG nicht mehr zu. Diese Bestimmung beziehe sich auf die Rückforderung von dem Leistungserbringer zu Unrecht bezahlte Vergütungen, während es an einer Rechtsgrundlage für die Rückforderung von veranlassten Leistungen beim Leistungserbringer fehle.

8.2 Im noch nicht in der Amtlichen Sammlung veröffentlichten Urteil S. vom 18. Mai 2004 (K 150/03) hat das Eidgenössische Versicherungsgericht erwogen, der Wesensgehalt von Art. 23 KUVG sei unverändert in den neuen Art. 56 KVG übernommen worden. Nach RKUV 2002 Nr. KV 230 S. 471 Erw. 2.2.2 (mit Hinweis auf BGE 126 V 23 Erw. 4a) werde die Rückerstattungsordnung des KVG weiterhin durch den sinngemäss anwendbaren Art. 47 AHVG ergänzt, und auch eine unwirtschaftliche Behandlung nach Art. 56 Abs. 2 KVG könne somit Rechtsgrund bilden, um bereits erfolgte Zahlungen von der versicherten Person zurückzufordern. Daran ändere nichts, dass der Versicherer gegenüber dem Leistungserbringer einen eigenen Rückerstattungsanspruch habe, dies unabhängig von der Person des Schuldners der Vergütung der Leistung (vgl. BGE 127 V 283 f. Erw. 4). Auch Eugster halte bezüglich Art. 56 KVG fest, dass die Bestimmung sich inhaltlich mit dem altrechtlichen Art. 23 KUVG deckt (a.a.O., Nr. 86 S. 40 mit Hinweisen). Nicht nur die vom Arzt persönlich erbrachten Leistungen müssten wirtschaftlich sein, sondern auch seine Anordnungen, mit welchen er Leistungen Dritter veranlasse (Derselbe, a.a.O., Nr. 101 S. 46 und Nr. 587 S. 204). Maurer (Das neue Krankenversicherungsrecht, Basel/Frankfurt am Main 1996, S. 53) führe ebenfalls aus, dass das in Art. 32 Abs. 1 KVG umschriebene, das Wirtschaftlichkeitsgebot umfassen-

de Effizienzprinzip vom Arzt beispielsweise dann verletzt werde, wenn er unnötig viele oder zu teure Heilmittel abgebe oder verordne. Wenn er in dieser Weise mehr tue als medizinisch geboten, liege Überarztung vor und der Versicherer dürfe die Übernahme der Kosten ablehnen oder Zahlungen zurückfordern.

8.3 Da Art. 56 KVG den Wesensgehalt von Art. 23 KUVG unverändert übernommen habe, sei - so das Eidgenössische Versicherungsgericht im bereits erwähnten Urteil S. vom 18. Mai 2004 (K 150/03) weiter - auch dessen Ziel die Verwirklichung oder Wiederherstellung des gesetzlichen Zustandes bei Verletzung des Gebots der Wirtschaftlichkeit der Behandlung. Das Wirtschaftlichkeitsgebot erstreckte sich weiterhin auf sämtliche Teile der ärztlichen Behandlung und finde für alle gesetzlichen Leistungen (Art. 25 Abs. 2 KVG) und damit insbesondere auch in Bezug auf die Verordnung von Arzneimitteln, Analysen sowie Mitteln und Gegenständen oder die Anordnung von Leistungen anderer Leistungserbringer gemäss Art. 35 Abs. 2 lit. e-g KVG Anwendung. Dies spreche dafür, bei der Wirtschaftlichkeitsprüfung wie unter dem früheren Recht auch die veranlassten Kosten zu berücksichtigen, und zwar bei der Bestimmung der Indizes im Rahmen der statistischen Methode ebenso wie bei der Bemessung der Rückerstattungspflicht. Der Einbezug der veranlassten Medikamentenkosten in die Wirtschaftlichkeitsprüfung und die Rückforderungssumme lasse sich somit nicht beanstanden. Dies hat auch im vorliegenden Fall mit Bezug auf die von den Krankenkassen geltend gemachten Medikamentenkosten zu gelten.

8.4 Was schliesslich den Einwand betrifft, bei den Apothekerrechnungen würden offenbar auch Kosten für Nicht-Pflichtmedikamente zurückgefordert, weisen die Krankenkassen darauf hin, dass die vom Beschwerdeführer ins Recht gelegten Richtlinien vom Februar 1989 im Jahre 1998 nicht mehr gültig gewesen seien. Sie verneinen, dass gestützt auf die im Jahre 1998 gültig gewesenen Richtlinien vom November 1996 Nichtpflichtmedikamente erfasst worden seien.