

## Statistische Erfassung der Überweisungen

### A) Grundsätzliches

1. Das Eidgenössische Versicherungsgericht (EVG) hat in seinem Urteil vom 9. Oktober 2006 (Wortlaut: siehe Seite 4) entschieden,

- dass im Rahmen der Wirtschaftlichkeitskontrolle grundsätzlich eine Gesamtbetrachtung Platz zu greifen habe,

- dass dementsprechend auf den Arzt-, Medikamenten- und – soweit möglich – die veranlassten Kosten berücksichtigenden Gesamtkostenindex abzustellen sei und

- **dass eine wirkliche Gesamtbetrachtung auch die durch Überweisung an Spezialärzte und Spitäler veranlassten Kosten einbeziehen müsste**, welche Daten nicht erhoben worden sind.

2. Es stellen sich nun die Fragen, wie man diesen Beweis, dass die Zahl der Überweisungen an Spezialärzte und Spitäler unterdurchschnittlich sei, erbringen kann und wer diese Beweise im Voraus, d.h. vorsorglicherweise sammeln sollte.

3. Wenn der Anova-Index totale Kosten unter 120 Punkten liegt, sind noch keine vorsorglichen Massnahmen notwendig.

Wenn der ANOVA-Index hingegen über 120 Punkten liegt oder sogar den Grenzwert von 130 Punkten überschreitet, ist es angebracht, entsprechende vorsorgliche Massnahmen zu treffen.

4. Das Ziel der vorsorglichen Massnahmen besteht darin, die Zahl der Überweisungen an Spezialärzte und Spitäler zu erfassen.

5. Die Überweisungen werden (in Papierform und / oder in elektronischer Form) gesammelt.

Es müssen hier sämtliche Überweisungen gesammelt werden, d.h. nicht nur an Spezialärzte und Spitäler, sondern an jede andere Institution (Spitex, Pflegeheim etc.).

Nicht erfasst werden müssen die veranlassten Physiotherapien und die auswärtigen Laboruntersuchungen.

Es werden von jeder Überweisung zwei Kopien erstellt.

Eine Kopie gehört in die Krankengeschichte.

Die zweite Kopie wird in einem Ordner „Überweisungen“ abgelegt und zwar unter dem Namen des betreffenden Patienten, d.h. es ist ein Ordner mit einem alphabetischen Register notwendig.

Für die Abgrenzung ist das Datum der Überweisung massgebend.

Es wird pro Kalenderjahr ein solcher Ordner geführt.

Sollte man ein Mahnschreiben der santésuisse erhalten oder in ein Rückforderungsverfahren verwickelt werden, so kann man problemlos ein Verzeichnis der Überweisungen erstellen.

Dieses Verzeichnis beinhaltet folgende Angaben:

- Spalte 1: Datum der Überweisung
- Spalte 2: Name und Vorname des Patienten
- Spalte 3: Name des beauftragten Leistungserbringers
- Spalte 4: Fachbereich des beauftragten Leistungserbringers

Dieses Verzeichnis sollte in einer Excel-Tabelle erstellt werden, weil eine solche Tabelle rasch sortiert und berechnet werden kann.

Wer die Überweisungen in elektronischer Form erstellt, kann nur dann auf den Ausdruck bzw. deren Sammlung verzichten, wenn er über ein entsprechendes statistisches Auswertungsprogramm verfügt.

6. Mit dieser Tabelle lässt sich problemlos nachweisen, welche Überweisungen im betreffenden Kalenderjahr stattgefunden haben.

Wenn man die Zahl der in einem Kalenderjahr behandelten Patienten mit derjenigen vergleicht, bei denen eine Überweisung stattgefunden hat, so lässt sich damit die Behauptung verbinden, dass die Zahl der Überweisungen an Spezialärzte und Spitäler unterdurchschnittlich war.

Dieser Nachweis führt zu einer Umkehr der Beweislast. Das EVG hält nämlich fest, **dass für den entsprechenden Nachweis nicht unbedingt eine aufwändige Einzel-fallanalyse notwendig sei, sondern statistische Angaben genügen, welche am ehesten von den Krankenversicherern beschafft werden können**, d.h. es ist dann Sache der Krankenversicherer bzw. der santésuisse nachzuweisen, dass die Zahl der Überweisungen an Spezialärzte und Spitäler nicht unterdurchschnittlich sei.

Das Hauptproblem besteht nun darin, den Rechtfertigungsgrad der unterdurchschnittlichen Überweisungen an Spezialärzte und Spitäler zu beziffern. Es muss hier eine Schätzung vorgenommen werden, d.h. es muss geschätzt werden, welcher Betrag durch die unterdurchschnittliche Zahl der Überweisungen an Spezialärzte und Spitäler eingespart worden ist.

## **B) Urteil vom 9. Oktober 2006**

Das Eidg. Versicherungsgericht zieht in Erwägung:

**5.3.6 Eine wirkliche Gesamtbetrachtung müsste allerdings auch die durch Überweisung an Spezialärzte und Spitäler veranlassten Kosten einbeziehen, welche Daten nicht erhoben worden sind.** Die Beschwerdeführerin hat immerhin in ihrer Klageantwort geltend gemacht, dass bei ihr auch die Zahl der Überweisungen an Spezialisten und Spitäler unterdurchschnittlich sei, und entsprechende Beweisanträge gestellt. Ihr Vorbringen wird untermauert durch die Feststellung der Blauen Kommission im Entscheid vom 11. November 2003, wonach die Beschwerdeführerin wenig Kosten für Zuweisungen an Spezialärzte und Spitäler generiere. Unter diesen Umständen geht es nicht an, auf die Erhebung der beantragten Beweise zu verzichten und der Beschwerdeführerin vorzuwerfen, sie habe ihre Behauptungen nicht bewiesen. **Dies gilt umso mehr, als für den entsprechenden Nachweis nicht unbedingt eine aufwändige Einzelfallanalyse erforderlich wäre, sondern statistische Angaben, welche am ehesten von den Krankenversicherern beschafft werden können, genügen** (vgl. Schürer, a.a.O., S. 85 und 89).

Da nach den Akten keine Hinweise bestehen, dass die Beschwerdeführerin durch die Überweisung an Spezialärzte und Spitäler überdurchschnittliche Kosten verursacht hat, bleibt der Gesamtkostenindex von 119 Punkten im Jahr 2001 bzw. 110 Punkten im Jahr 2002 massgebend, welcher innerhalb des gemäss angefochtenem Entscheid auf 130 Punkte festzusetzenden Toleranzrahmens liegt. Bei dieser Sachlage hat die Vorinstanz die Beschwerdeführerin zu Unrecht zur Rückerstattung von Fr. 93'757.70 für die Jahre 2001 und 2002 verpflichtet.