

# Wissenskompodium Wirtschaftlichkeitsverfahren für Kanzleien und Praxen

**Autoren:**

Dr. med. Michel Romanens  
Flavian Kurth

**Der Vernehmlassung-Text wird nach Finalisierung hier publiziert:**

<https://docfind.ch/KopodiumWZW.pdf>

**Weitere Literatur: Vortrag Medikamente und Wirtschaftlichkeit, November 2023:**

<https://kardiolab.ch/wp-content/uploads/2023/11/MedikamenteUndWirtschaftlichkeitTraining25112023.pdf>

**Korrespondenz Adresse:**

Dr. med. Michel Romanens  
Verein Ethik und Medizin Schweiz, Olten und Interessensgemeinschaft  
Profiling, Olten und Lausanne  
Spitalstrasse 9  
4600 Olten  
michel.romanens@hin.ch

**Olten, 06.12.2023 (Vernehmlassungsversion)**

## Inhaltsverzeichnis

<b>Inhaltsverzeichnis</b> .....	2
<b>Nutzen und Nutzer dieses Kompendiums</b> .....	3
<b>Zusammenfassung</b> .....	5
<b>Bestimmung der Wirtschaftlichkeit</b> .....	6
<b>Richterliche Untersuchungspflicht</b> .....	16
<b>Permanente juristische Zweifel am Screening-Verfahren</b> .....	18
<b>Praxis-zentrierte Verteidigungsstrategie</b> .....	19
<b>Vergleichsgruppen-zentrierte</b> .....	20
<b>Verteidigungsstrategie</b> .....	20
<b>Gegenklagen</b> .....	21
<b>Schlussfolgerungen und Konsequenzen</b> .....	22
<b>Konkrete Forderungen</b> .....	23

## Nutzen und Nutzer dieses Kompendiums

Wenn Kanzleien von Praxen kontaktiert werden, die in einem Wirtschaftlichkeitsverfahren der Versicherer stecken, dann verfügen sie über einen unterschiedlichen Wissensstand bezüglich dieser Verfahren. Gemeinsam ist allen Juristinnen und Juristen, dass sie kaum oder gar nicht von Präzedenzfällen wissen, in welchen diese Verfahren in der Vergangenheit je von den Versicherern sistiert wurden und von der Forderung einer Vergleichssumme abgesehen. Solche Fälle existieren in der Tat auch nur sehr wenige, und so scheint es den verklagten Praxen den besten Dienst zu erweisen, wenn die Kanzlei ihre Verteidigung auf einen möglichst günstigen Vergleich ausrichtet.

Dabei geraten die Kanzleien allerdings unweigerlich in ein Gewissensdilemma: Die Regeln der Rechtsstaatlichkeit gelten bei den Wirtschaftlichkeitsverfahren offenbar nur bedingt. So gelten die als Überarzte identifizierten Praxen in Umkehr des *In dubio pro reo* als schuldig, wenn sie nicht in der Lage sind, ihre Unschuld zu beweisen. Bei dieser Vorverurteilung stützen sich die Versicherungsgerichte überdies auf die Beweismittel der Versicherer als klagender Partei, ohne eigene, neutrale Beweismittel zu erstellen oder erstellen zu lassen, auch dies ein Vorgehen, das einzigartig und in keiner anderen Verfahrensgattung üblich oder nur schon akzeptiert ist. Diese Beweismittel schliesslich erweisen sich bei genauem Besehen als alles andere denn sachdienlich: Man stützt sich auf Abweichungen von Mittelwerten, welche mit die Praxisbesonderheiten begründenden Variablen verfeinert und adjustiert werden, und wer dann noch als Überarztepraxis erscheint, der kann nicht mit Gnade der Richterinnen und Richter rechnen, nur noch mit einem möglichst günstigen Vergleich. Und auch die die höheren Durchschnittskosten angeblich begründenden Variablen tun ihren Dienst nicht nur ungenügend, sie können sogar den gegenteiligen Effekt haben: «begründen», dass eine Praxis, die effektiv nicht überarztet, angeblich überarztet.

Je nach dem, wie tief die beauftragte Kanzlei in dieses Wespennest vordringt, gestaltet sich der Gewissenskonflikt der involvierten Juristinnen und Juristen mehr oder weniger tiefgreifend. Denn trotz allem ist es eben doch so, dass dieses Verlassen geltender Regeln der Rechtsstaatlichkeit nicht einmaliger Ausrutscher ist, sondern systematisch, also gängige Rechtspraxis und Usanz. Wie damit leben und sich seinen Berufsstolz, sein Berufsethos bewahren? Es bleibt im Grunde

nur, sich nicht an Gemessenem und Erfahrenem zu orientieren, sondern an Erzähltem: der Narration einer Ärzteschaft, die in der Regel wohl schon eher etwas zu viel abkläre und behandle. Wie man ja allenthalben in den Medien liest ...

Auf die Ärztinnen und Ärzte der beklagten Praxen andererseits kann sich ein solches unfaires Verfahren desaströs auswirken. Sie haben in aller Regel nach bestem Wissen und Gewissen behandelt, sind sich keiner Schuld bewusst und haben auch keine solche begangen, sondern schlicht und einfach ihre Patientinnen und Patienten behandelt, auch jene, die sehr krank waren und deshalb sehr hohe Kosten verursacht haben. Am Ende eines solchen Verfahrens stehen sie nach einem nervenaufreibenden mehrmonatigen Verfahren nichtsdestotrotz mit einer saftigen Busse oder mit einem deftigen Vergleich da, und zu allem müssen sie nun auch noch die Rechnungen der beauftragten Kanzlei begleichen.

Was beiden, Praxen und Kanzleien, gemeinsam ist: Sie können nicht verstehen, wie es zu diesem Unrecht kommen konnte, wie zu derart krassen Fehleinschätzungen der Wirtschaftlichkeit, in einem Verfahren, das offizielles Verfahren ist, entwickelt von Institutionen und Instituten, die, sollte man annehmen dürfen, für Qualität und Professionalität bürgen. Expertinnen und Experten der statistischen Mathematik wissen das seit Jahren, doch Juristinnen und Juristen sind keine Statistiker, und auch Medizinerinnen und Mediziner sind das nicht.

Mit dem vorliegenden Wissenskompendium wollen wir deshalb ein Bindeglied schaffen zwischen den drei Bereichen, welche die Wirtschaftlichkeitsverfahren der Versicherer tangieren: Medizin, Statistik und Recht. Der Text erarbeitet, wie ein Versagen der medizinischen Gremien und juristischen Institutionen aufgrund mangelnder Kenntnisse der statistisch-mathematischen Grundlagen zur Situation heranwachsen konnte, die wir heute vorliegen haben: einem der grössten, wenn nicht dem grössten Justizskandal der Schweiz. Er soll Kanzleien und Praxen Wissen zur Hand geben, worauf sie ihre Argumentation aufbauen können, und eine Wissensquelle, auf welche sie dabei verweisen können.

## Zusammenfassung

Dank der seit 2008 verfügbaren Datenbanken zu den Vergleichsgruppen ist die Inhomogenität der Vergleichsgruppen statistisch und juristisch zweifelsfrei erkennbar.

Der Unwirtschaftlichkeitsbeweis des ANOVA- und des Regressionsindex setzt eine homogene Vergleichsgruppe voraus, weil selbst mit dem Regressionsindex kaum mehr als 20% der Kosten erklärt werden können.

Über 50 Variablen charakterisieren gemäss heutigem Stand diese Vergleichsgruppen. Die Analyse der Vergleichsgruppen-Datenbanken zeigt, dass die Vergleichsgruppen nicht homogen sind. Daraus folgend ist die analytische Methode im Bereich der Praxisbesonderheiten zwingend notwendig, um Unwirtschaftlichkeit festzustellen.

Das Problem: die Praxisbesonderheiten der Vergleichsgruppen sind nicht bekannt. Wenn die Praxisbesonderheiten in der Vergleichsgruppe von der richterlichen Untersuchungspflicht – wie heute üblich – ausgeschlossen werden, besteht ein Verfahrensfehler. Dieser führt regelmässig zur Verletzung von verfassungsmässig garantierten Grundrechten. Dies muss zu Gegenklagen führen.

Die Untersuchungspflicht betreffend der Homogenität der Vergleichsgruppe ist eine Vorbedingung für die Beachtung rechtsstaatlicher Grundsätze. Eine gerichtliche Praxisänderung mit Berücksichtigung und Gewichtung der Inhomogenität der Vergleichsgruppe ist seit 2008 unumgänglich.

Unsere Analysen können a priori und a posteriori Konsequenzen für Klagen wegen falscher Beweismittel zur Folge haben.

## Bestimmung der Wirtschaftlichkeit

Bei der Beurteilung der Wirtschaftlichkeit werden anstelle von niedrigeren Kosten bei gleichen medizinischen Effekten behelfsmässig Ersatzmodelle verwendet, um die Wirtschaftlichkeit einer Arztpraxis feststellen zu können. Diese setzen überhöhte Kosten der Unwirtschaftlichkeit gleich.

Santésuisse hat zusammen mit der FMH Verträge unterzeichnet, wonach die Beurteilung der Wirtschaftlichkeit bis 2008 mit dem RSS-Index, von 2008-2017 mit dem ANOVA-Index und seit 2017 mit dem REGRESSIONS-Index erfolgt.

Der Index wird gebildet, indem sämtliche Arztpraxen einer Facharztgruppe in einer Vergleichsgruppe zusammengefasst werden. Dabei wird vorausgesetzt, dass die Kosten pro Patient in der jeweiligen Facharztgruppe, allenfalls korrigiert für Alter, Geschlecht, Wohnkanton, Hospitalisation im Vorjahr, Physiotherapie, Labor, pharmazeutische Kostengruppen, einen Index von 130% nicht überschreiten dürfen. Beispiel: wenn die durchschnittlichen Gesamtkosten pro Patient 1'000 Fr. betragen, sind Kosten von 1'300 Fr. oder mehr unwirtschaftlich und müssen, sofern diese nicht veranlasst wurden, zurückbezahlt werden.

Die Vergleichsgruppe wird von santésuisse anhand der Facharztgruppe erstellt. Die Variablen, welche die Vergleichsgruppe beschreiben, können für jede einzelne Praxis aus der Vergleichsgruppe eingefordert werden. Diese Tabelle mit den anonymisierten Arztpraxen enthält Angaben zum Kanton der Arztpraxis, zur Zahl der Erkrankten, zur durchschnittlichen Zahl der Erkrankten, dem Durchschnittsalter, der Anzahl Hausbesuche, der Anzahl Konsultationen sowie wie folgt zu den totalen Kosten: direkt und veranlasst, Regressionsindex totale, direkte und indirekte Kosten, Medikamentenkosten direkt und veranlasst, Regressionsindex Medikamente direkt und veranlasst. Die gleichen Zahlen enthält sie zu Labor, MiGel, Physiotherapie, zum Anteil Erkrankter mit hoher Franchise, zum Anteil Erkrankter mit Spitalaufenthalt Vorjahr sowie die DDD pro pharmazeutische Kostengruppe:

ABH=Sucht ohne Nikotin, ADH=ADHS, AKK=Autoimmunkrankheiten, ALZ=Alzheimer, AST=Asthma, BSR=Bipolare Störung regulär, CAR=Herzkrankungen, COP=COPD/schweres Asthma, DEP=Depression, DM1=Diabetes Typ 1, DM2=Diabetes Typ 2, EPI=Epilepsie,

GLA=Glaukom, HCH= hohes Cholesterin, HIV= HIV AIDS, HYP=Hypertonie, KHO= Hormon-sensitive Tumore, KRE=Krebs, KRK=Krebs komplex, MCR= Morbus Crohn, MSK= Multiple Sklerose, NIE= Nierenerkrankung, PAH= Pulmonale Hypertonie, PAR=Parkinson, PSO=Psoriasis, PSY=Psychose, RHE= Rheuma, SMC= chronische Schmerzen ohne Opiode, SMC= Neuropathischer Schmerz, THY= Schilddrüse, TRA= Transplantationen, WAS=Wachstumsstörung, ZFP= Zystische Fibrose / Pankreasenzyme, ZNS= Krankheiten des zentr. Nervensystems ohne MS.

Der Kostenvergleich misst also nicht die Wirtschaftlichkeit, sondern die Kosten pro Patient, es handelt sich hier nicht um Wirtschaftlichkeitsverfahren, sondern um Kostenvergleichsverfahren<sup>1</sup>.

Es besteht für den Beklagten die Möglichkeit, dass Kosten über dem Index von 130% erklärt werden können. Hierfür wird die Praxis aufgefordert, ihre Praxisbesonderheiten darzulegen. Praxisbesonderheiten können als zusätzlicher Kostenfaktor bei den Kostenvergleichsverfahren Berücksichtigung finden, ob dies geschieht, basiert nicht auf objektiven Kriterien, da die Praxisbesonderheiten der Vergleichsgruppe nicht bekannt sind.

Daneben besteht die theoretische Möglichkeit, dass der Benchmark von 130% genügend hoch ist, um Praxisbesonderheiten ohnehin in praktisch jedem Fall abzudecken. Kostenüberschreitungen wären in diesem Fall mit Unwirtschaftlichkeit gleichzusetzen und damit ein Beweis für Unwirtschaftlichkeit. Dies entspricht in etwa der heutigen Gerichtspraxis betreffend Wahrnehmung des statistischen Beweismittels von *santésuisse*.

In der Regel geht man davon aus, dass rund 2% der Ärztinnen und Ärzte unwirtschaftlich sind. In der Facharztgruppe praktischer Arzt (FAG53) sind im Jahr 2019 insgesamt 1'089 Arztpraxen zusammengefasst. Die Gesamtkosten pro Patient betragen 1'056 Fr. Bei einer Toleranzgrenze von 1'373 Fr (=130% von 1'089 Fr) überschreiten 222 oder 20% der Arztpraxen den unkorrigierten Index von 130%. Die Streubreite der Gesamtkosten pro Patient beträgt zwischen 157 Fr. bis 10'347 Fr.; 272 Arztpraxen unterschreiten den unkorrigierten Index von 70% mit Gesamtkosten pro Patient von höchstens 739 Fr. Die Homogenität der

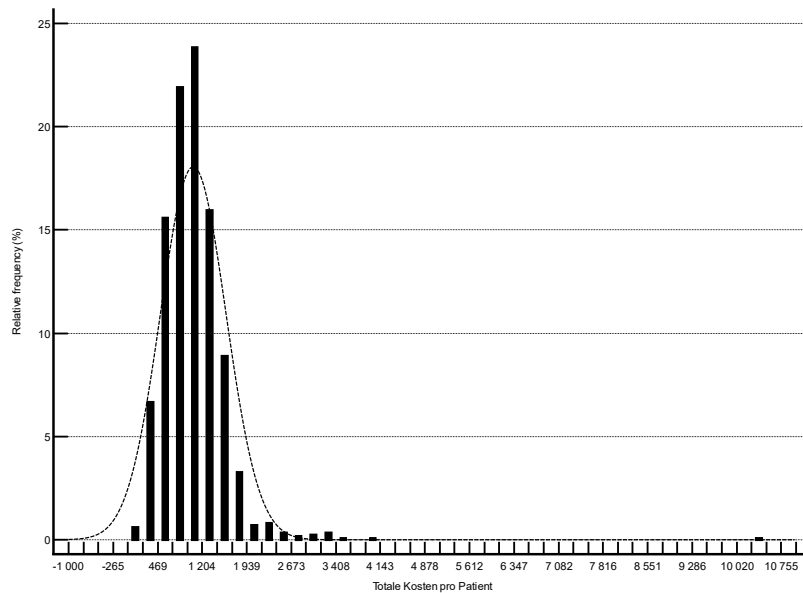
---

<sup>1</sup> Wenn der Gesetzgeber und die Krankenversicherer von Wirtschaftlichkeitsverfahren sprechen, meinen sie Kostenvergleichsverfahren, welche primär nicht mit Wirtschaftlichkeit zu tun haben. Es stellt sich deshalb die Frage, ob der Sprachgebrauch hier missbräuchlich erfolgt.

Vergleichsgruppe betreffend der Gesamtkosten pro Patient ist somit inexistent: 45% der Praxen liegen ausserhalb der Toleranzbereiche von <70% bzw. > 130%. Entsprechend hoch ist die Standardabweichung der Gesamtkosten pro Patient von 540 Fr. mit einer relativen Standardabweichung von 51%.

Die Korrektur des Indexes mit der Regressions-Analyse erhöht die Zahl der Arztpraxen mit einem Regressions-Index von > 130% von 222 auf 232, während die Zahl der Arztpraxen mit einem Regressionsindex von <70% von 272 auf 94 reduziert wird. Dies bedeutet, dass auch mit dem Regressions-Index eine relevante Inhomogenität in der Vergleichsgruppe persistiert.

**Abbildung 1: Verteilung der Gesamtkosten pro Patient bei 1'089 Arztpraxen der Facharztgruppe 53 (praktischer Arzt) im Jahre 2019, unkorrigierte Kosten**



Die Ursache der Grössenunterschiede der Gesamtkosten pro Patient in der Facharztgruppe 53 im Jahr 2019 ist nicht erforscht. Es ist jedoch kaum plausibel, dass fast 50% der Arztpraxen ihre Patientinnen und Patienten medizinisch unter- bzw. üerversorgen. Viel plausibler ist, dass die Morbiditäten der Erkrankten zu unterschiedlich sind, um unnötige Kosten mit dem erwähnten Benchmark von 130% zu erkennen. Das 98. Perzentil der Gesamtkosten pro Patient beträgt 2'101 Fr., hier wären



dann nur 28 Arztpraxen auffällig oder die vermuteten 2%. Dieser Benchmark wäre in jeder Hinsicht hilfreicher, um tatsächliche Überarztzung anhand des analytischen Verfahrens zu suchen.

Die Homogenität der Vergleichsgruppen-Statistik muss richterlich beurteilt werden (Untersuchungspflicht des Beweismittels von *santésuisse* durch das Gericht). Ein Blick auf die Datenbanken zeigt, dass je nach Vergleichsgruppe sehr hohe Inhomogenitäten bestehen. Dies kann statistisch erfasst werden mit der Berechnung der Gruppengrösse, der Perzentilen-Verteilung der totalen Kosten (auf Praxisebene) oder der Perzentilen-Verteilung des Regressions-Indexes sowie der Prüfung der Normalverteilung der Daten und die Berechnung der Standardabweichung (sofern die Zahlen pro Variable normal verteilt sind). Diese Tests müssen pro Jahr und Facharztgruppe erstellt werden. Häufig wird, wie bereits erwähnt, ein sehr niedriger Regressions-Index (<70%) gefunden.

Die Inhomogenität der Vergleichsgruppe kann mit praktisch allen verfügbaren Variablen für die Facharztgruppe 53 im Jahr 2019 festgestellt werden.

**Anzahl Arztpraxen = 1'089 und Anzahl Erkrankte.** Niedrigster Wert 101, höchster Wert 32'755, Mittelwert 787, Standardabweichung 1'112, relative Standardabweichung 141%.

**Anzahl Arztpraxen = 1'089 und Anzahl Konsultationen.** Niedrigster Wert 5, höchster Wert 16'592, Mittelwert 2'23, Standardabweichung 2'159, relative Standardabweichung 71%.

**Anzahl Arztpraxen = 1'089 und Regressionsindex Medikamente.** Niedrigster Wert 1, höchster Wert 1'081, Mittelwert 110, Standardabweichung 64, relative Standardabweichung 58%.

**Anzahl Arztpraxen = 1'089 und Hospitalisationen im Vorjahr.** Niedrigster Wert 1, höchster Wert 92, Mittelwert 11.2, Standardabweichung 7.6, relative Standardabweichung 68%.

**Fazit 1: der unkorrigierte Benchmark von 130% ist weder für die Feststellung zu hoher bzw. unnötiger Versorgungskosten geeignet. Die Datenbanken sind nicht bereinigt (Ausreisserpraxen) und nicht von unabhängigen Statistikern überprüft.**

Der reine kantonale Kostenvergleich ohne relevante Korrektur des Kostenindex (RSS-Index) wurde seit 2008 korrigiert durch die Variablen Alter, Geschlecht und Wohnkanton auf gesamtschweizerischer Ebene (ANOVA-Index) und seit 2017 erfolgt eine Korrektur für die Kosten durch Variablen wie Hospitalisation im Vorjahr, gewählte Franchise und pharmazeutische Kostengruppen (REGRESSIONS-Index). Mit diesen Modellen wird versucht, die Gesamtkosten pro Patient («capitation») zu erklären. Die durch den ANOVA-Index und den REGRESSIONS-Index erklärten Kosten betragen in den Facharztgruppen für demographische +Regressionsvariablen gemäss Polynomics-Bericht 2017, Tabelle 31<sup>2</sup>:

**Tabelle 1: Erklärungsgehalt der Gesamtkosten pro Patient im Regressionsmodell ( $R^2$ ) für 7 Facharztgruppen gemäss M1 (demographische Erklärungsvariablen, ANOVA) und gemäss M2 (mit zusätzlicher Berücksichtigung von Hospitalisation im Vorjahr, Franchise, PCG, usw.)**

*Lesebeispiel Innere Medizin: M1 24% + M2 15%=39%*

1. Allgemeine Innere Medizin 24%+15%=39%,
2. Chirurgie 16%+4%=20%,
3. Gynäkologie 10%+3%=13%,
4. Kardiologie 14%+10%=24%,
5. Pädiatrie 12%+5%=17%,
6. Ophthalmologie 31%+9%=40% und
7. Psychiatrie 8%+17%=25%

Dies bedeutet, dass die meisten Kosten durch den Regressions-Index nicht (zusätzlich) erklärt sind, für zahlreiche Facharztgruppen gar nicht bekannt sind, somit weitere Beweise für die Inhomogenität der behandelten Erkrankten. Gegenüber dem ANOVA-Index, welcher die demographischen Variablen berücksichtigt, ist der Gewinn an Erklärung durch den Regressions-Index in der Regel gering. Daraus abzuleiten, dass wegen dem Erkenntnisgewinn des Regressions-Indexes der Benchmark für Unwirtschaftlichkeit von 130% auf 120% gesenkt werden könne, ist durch die erwähnten Umstände nicht zu begründen. Zudem: wenn Praxisbesonderheiten bei Regressions-Index Werten über 130% (bzw. über 120%) offengelegt werden müssen, gilt aus Gründen der Rechtsgleichheit, dass (zu) billige Arztpraxen ihre zu tiefen Regressions-Index ebenfalls erklären müssten.

<sup>2</sup> <https://www.fmh.ch/files/pdf7/schlussbericht-wirtschaftlichkeitspruefungen-polynomics-ag.d.pdf>

**Fazit 2: der korrigierte Benchmark von 130% ist weder für die Feststellung zu hoher bzw. unnötiger Versorgungskosten geeignet, da die Gesamtkosten pro Patient in ungenügender Masse erklärt werden. Die Datenbanken sind nicht bereinigt (Ausreisserpraxen) und nicht von unabhängigen Statistikern überprüft.**

Die pharmazeutischen Kostengruppen sind eine indirekte Morbiditätsvariable (Insulin=Diabetes usw.).

Immerhin lässt sich die Homogenität der behandelten Krankheiten damit indirekt abschätzen. Hier die Zahl für die Facharztgruppe 53 mit 1'089 Arztpraxen

**Tabelle 2: Anzahl täglich rezeptierter Arzneidosen (DDD) für 5 ausgewählte pharmazeutische Kostengruppen, Facharztgruppe praktischer Arzt, 2019**

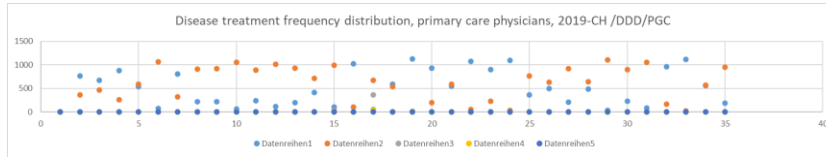
Anzahl Arztpraxen = 1'089

DDD / PCG

	DDD Depression	DDD Diabetes	DDD Hypertonie	DDD Schmerzen	DDD Thyroid
Lowest value:	0	0	0	0	0
Highest value:	209	232	554	51	33
Arithmetic mean:	14	13	73	10	6
Standard deviation:	16	13	55	8	4
Relative SD	114%	101%	75%	78%	77%

Die Heterogenität der behandelten Krankheiten anhand der PCG als Proxyvariable festgestellt, kann auch wie folgt dargestellt werden. Die täglich verordneten Medikamente sind anhand der DDD ablesbar und können im Jahr auf Quartale verteilt werden. Daraus resultieren 5 Felder: keine DDD, DDD während einem Quartal oder 1-90 Tage, DDD während zwei Quartalen oder 91-181 Tage usw. Daraus ergibt sich für die Facharztgruppe 53 für das Jahr 2019 folgende Verteilung der DDD pro PCG:

**Abbildung 2: Verteilung der DDD pro PCG in Quartilen oder keine PCG in 1'089 Arztpraxen (vertikale Achse). Datenreihe 1: keine DDD. Datenreihe 2: DDD nur im einem Quartal des Jahres verordnet. Datenreihe 3: DDD in zwei Quartilen des Jahres verordnet. Datenreihe 4: DDD in 3 Quartilen des Jahres verordnet. Datenreihe 5: DDD über das ganze Jahr verordnet (durchschnittliche DDD pro Patient, PCG und Praxis)**



**Tabelle 3: die einzelnen Zahlen zur Abbildung 2.**

Personen (1000 pro Patienten)	ADH	ADH	AK	ALZ	AST	BSR	CAR	COP	DEP	DMS	DM2	EP	GLA	HCH	HV	HP	KHD	KRE	KRK	MCR	MSK	NE	PAH	PAR	PSO	PSY	RHE	SAC	SMN	THY	TRA	WAS	ZIP	ZNG	
0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	
2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2
3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3
4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4

**Fazit 3:** der korrigierte Benchmark von 130% ist weder für die Feststellung zu hoher bzw. unnötiger Versorgungskosten geeignet, da die Gesamtkosten pro Patienten in ungenügender Masse erklärt werden. Dies hat damit zu tun, dass das Modell (ANOVA, REGRESSION) die behandelten Krankheiten nur ungenügend erkennt und dort, wo Krankheiten erkannt werden, die Inhomogenität der Erkrankungen pro Arztpraxis sehr hoch ist. Die Datenbanken sind nicht bereinigt (Ausreisserpraxen) und nicht von unabhängigen Statistikern überprüft.

Die Aufnahme der pharmazeutischen Kostengruppen (PCG) auf die Seite der die Kosten erklärenden Variablen beweist, dass Medikamente als akzeptiertes Morbiditätskriterium gelten, welche sowohl den Risikostrukturausgleich unter den Krankenkassen als auch die Behandlungsrisiken von Patientinnen und Patienten in der Arztpraxis abbilden. Der Grund dafür ist die deutlich geringere Manipulationsgefahr als bei Diagnosen und deren Schweregrade.

Die Liste der pharmazeutischen Kostengruppen wurde für die Bedürfnisse des Risikostrukturausgleichs der Krankenkassen erarbeitet und mag da funktionieren.

**Fazit 4:** Die Verwendung der pharmazeutischen Kostengruppen als Wirtschaftlichkeitskriterium bei der Beurteilung von Arztpraxen ist somit nicht validiert und kaum als Kriterium für die Beurteilung notwendiger Versorgungskosten brauchbar. Die PCG sind ein dilettantisches Kriterium für die Beurteilung der Wirtschaftlichkeit. Die Schlussfolgerungen der statistischen Übungen der Polynomics zur PCG-Integration in die Beurteilung der Wirtschaftlichkeit von

**Arztpraxen entbehrt der wissenschaftlichen Grundlage<sup>3</sup>. Es existiert kein Goldstandard, welcher die Ergebnisse ausreichend validieren würde. Das PCG Modell M2 erklärt rund 80% der Versorgungskosten nicht. Die Begründung eines Regresses aufgrund des PCG Beweismittels ist rechtlich nicht begründbar.**

Gemäss Prof. Ueli Kieser sind die Medikamentenkosten praktisch immer wirtschaftlich und müssen bei der Wirtschaftlichkeitsprüfungen aus dem Index entfernt werden<sup>4</sup>. Die Rechtsprechung hat sich nie an diese wissenschaftlich begründbare Regel gehalten, mit Implikationen für die Ergebnisse zahlreicher Verfahren, deren Ergebnisse damit obsolet sind und mit hoher Wahrscheinlichkeit rechtsmissbräuchlich erfolgt sind.

Besonders problematisch sind Artefakte erhöhter Kosten zu bezeichnen, wenn Ärztinnen und Ärzte zugelassene Medikamente verschreiben, welche jedoch nicht in der PCG-Liste des Bundes erscheinen<sup>5</sup>, eine eklatante Verletzung der Rechtsgleichheit: die Unwirtschaftlichkeit entsteht hier wegen der fehlenden Berücksichtigung wirtschaftlicher Medikamentenkosten. Ein für viele Arztpraxen **fataler Konstruktionsfehler** der statistischen Methode von santésuisse.

---

<sup>3</sup> <https://www.fmh.ch/files/pdf7/schlussbericht-wirtschaftlichkeitspruefungen-polynomics-ag.d.pdf>

<sup>4</sup> <https://docfind.ch/WZWMedikamenteKieser2018.pdf>

<sup>5</sup> [https://www.bag.admin.ch/dam/bag/de/dokumente/kuv-aufsicht/pus/risikoausgleich/pcg-liste-xx-februar-2023.xlsx.download.xlsx/pcg-liste-17-februar-2023-stand-sl-dezember-22%20\(D\).xlsx](https://www.bag.admin.ch/dam/bag/de/dokumente/kuv-aufsicht/pus/risikoausgleich/pcg-liste-xx-februar-2023.xlsx.download.xlsx/pcg-liste-17-februar-2023-stand-sl-dezember-22%20(D).xlsx)

**Tabelle 3: Medikamente, welche nicht auf der PCG Liste des Bundes aufgeführt sind Stand 02/2023: orale Antikoagulantien und Anti-thrombotika, mit Kosten (gesamt, prozentual) für das Jahr 2020 und Kostenvergleich mit Antidepressiva und Statinen, welche auf der PCG Liste aufgeführt sind (Gesamtkosten Medikamente 2020: 7,56 Mia Fr.).**

Name der nicht in der PCG-Liste des Bundes aufgeführten Medikamente (Auswahl) <sup>6</sup>	Anteil Gesamtkosten Medikamente in Prozent	Gesamtkosten Mio. Fr
Rivaroxaban	1,9	147,4
Apixaban		
Edoxaban		
NOAK's	2,8	214,9
Alle Antikoagulantien	3,2	248,8
Eylea (Augenheilmittel)	1,8	139,6
Thrombozytenaggregationshemmer <sup>7</sup>	0,9	71
Aspirin, Plavix, Efiend, Integrelin usw.		
<b>Alle (NOAK+Eylea+Tc-Aggr.-Hemmer)</b>	<b>5,9</b>	<b>459,4</b>
<b>Zum Vergleich (in PCG Liste aufgeführt)</b>		
Antidepressiva	2,6	198,4
Statine	2,5	192,8

Kritisches Beispiel auf der Mikroebene der Kostenvergleichsverfahren: Eine Hals-Nasen-Ohren Spezialistin (FAG15 HNO) hat im Jahr 2020 von santésuisse ihre DDD Liste erhalten. Es handelt sich um folgenden Sachverhalt: Ärztin mit operativer Tätigkeit, Vergleichsgruppe 384 Arztpraxen, einzige PCG berücksichtigt: Asthma-Medikamente mit DDD 0.2 für 2076 Erkrankte = 415.2 DDD. Pulmicort Turbohaler 200 mcg zu 55.20 Fr zu 200 Dosen, entsprechend den Tageskosten von 28 Rappen = 116 Fr. Tatsächliche Medikamentenkosten der Arztpraxis im Jahr 2020: 140'536 Fr. Folglich haben die PCG zu 99.9% die

<sup>6</sup> [https://www.versorgungsatlas.ch/indicator/\\_030](https://www.versorgungsatlas.ch/indicator/_030)

<sup>7</sup> [https://www.whocc.no/atc\\_ddd\\_index/?code=B01AC#:~:text=B01AC%20Platelet%20aggregation%20inhibitors%20excl,are%20classified%20in%20this%20group](https://www.whocc.no/atc_ddd_index/?code=B01AC#:~:text=B01AC%20Platelet%20aggregation%20inhibitors%20excl,are%20classified%20in%20this%20group)

Patientenmorbidity anhand der DDD nicht abgebildet. Entsprechend zeigen die Medikamente im Regressionsindex, welcher die PDG enthält keine Wirkung, denn im Ergebnis beträgt gemäss santésuisse der ANOVA-Index 177% und der Regressionsindex 176%<sup>8</sup>. Das Beispiel zeigt, dass das Vorliegen von Krankheiten im Regressionsindex nicht erfasst werden, wenn die Medikamente nicht in der PCG Liste des BAG erscheinen. Es werden scheinbar «gesunde» behandelt. Der Regressions-Index verändert den ANOVA Index nicht.

**Fazit 5: der korrigierte Benchmark von 130% ist weder für die Feststellung zu hoher bzw. unnötiger Versorgungskosten geeignet, da die Gesamtkosten pro Patient in ungenügender Masse erklärt werden. Dies hat damit zu tun, dass das Modell (ANOVA, REGRESSION) die behandelten Krankheiten nur ungenügend erkennt und dort, wo Krankheiten erkannt werden, die Inhomogenität der Erkrankungen pro Arztpraxis sehr hoch ist. Zudem sind im Jahr 2020 verordnete Medikamente im Betrag von ½ Milliarde Franken nicht auf der PCG Liste aufgeführt. Dies schafft für Arztpraxen, welche Medikamente, welche von SwissMedic zwar zugelassen sind, aber nicht auf der PCG Liste des Bundes erscheinen, eine erhebliche Rechtsunsicherheit. Dies betrifft alle Arztpraxen seit 2017, welche der Prüfung der Gesamtkosten pro Patient unterworfen wurden. Die Datenbanken sind nicht bereinigt (Ausreisserpraxen) und nicht von unabhängigen Statistikern überprüft.**

---

<sup>8</sup> Die Angaben stammen von einer Kollegin, welche Stand 12/2023 in einem Klageverfahren steht.

## Richterliche Untersuchungspflicht

Das Bundesgericht hat sich zur Zielsetzung des statistischen Screenings geäußert:

«Gemäss BGE 144 V 79 vom 18.12.2017 ist die Zielsetzung von Art. 56 Abs. 6 KVG, zum einen die Bemessung der Wirtschaftlichkeit der Leistungen transparent und namentlich für die Ärztinnen und Ärzte nachvollziehbar zu machen, zum andern die Morbidität des Patientenkollektivs miteinzubeziehen (Bericht "Parlamentarische Initiativen Stärkung der Hausarztmedizin" der Kommission für soziale Sicherheit und Gesundheit des Nationalrates vom 21. Januar 2011, BBl 2011 2519 ff., 2520 und 2523 f., sowie Stellungnahme des Bundesrates vom 4. März 2011, BBl 2011 2529 ff., 2530 unten; AB 2011 N 1308 ff. [alle Redner], S 1106 f. [Votum Maury Pasquier]; ferner GEBHARD EUGSTER, Krankenversicherung, in: Soziale Sicherheit, SBVR Bd. XIV, 3. Aufl. 2016, S. 686 Rz. 918, wonach eine entsprechende grundlegende Änderung des Vergleichsverfahrens zu den zentralen Erwartungen des Gesetzgebers zählt). Wie indessen das kantonale Schiedsgericht richtig erkannt hat, ging es bei der Schaffung von Art. 56 Abs. 6 KVG in erster Linie darum, dass Versicherer und Leistungserbringer zusammen eine Methode zur Kontrolle der Wirtschaftlichkeit entwickeln bzw. festlegen, hingegen nicht um die Umsetzung der Wirtschaftlichkeitsprüfung als solche (AB 2011 N 1309 [Votum Humbel], S 1107 [Votum Bundesrat Burkhalter]). "Der neue Absatz 6 enthält keine Spezifizierung oder exemplarische Aufzählung von Kriterien, die bei der Durchführung der Kontrolle zu berücksichtigen sind". Diese partnerschaftlich zu erarbeiten und festzulegen, liegt "allein in der Kompetenz der Leistungserbringer und der Versicherer" (BBl 2011 2524 und 2529 ff.).»

Einzig der zweite Gesichtspunkt hat im Wortlaut von Art. 56 Abs. 6 KVG Niederschlag gefunden. Der Gesetzgeber räumte somit dem Weg des gemeinsamen Vorgehens von Leistungserbringern und Versicherern Vorrang ein vor dem zu erreichenden Ziel einer transparenten und qualitativen, d.h. die Morbidität des Patientenkollektivs einbeziehenden Wirtschaftlichkeitsprüfung. Das bedeutet auch, dass der beidseitigen Akzeptanz der künftig anzuwendenden Methode der Wirtschaftlichkeitskontrolle besonderes Gewicht zukommen soll. Es kann daher nicht als gesetzwidrig bezeichnet werden, dass die Parteien (FMH sowie santésuisse und curafutura) das Varianzanalysenmodell, welches "gemeinsam weiterentwickelt und unter anderem durch Morbiditäts-



variablen ergänzt werden soll", vereinbart haben, auch wenn dieses ebenso wie der Durchschnittskostenvergleich seit langem in der Ärzteschaft in der Kritik standen (GEBHARD EUGSTER, KVG: Baustelle statistische Wirtschaftlichkeitsprüfung, Jusletter 27. August 2012 Rz. 13 f., 61 und 82) und Anstoss für parlamentarische Initiativen gegeben hatten, welche schliesslich zur Gesetzesänderung vom 23. Dezember 2011 (Art. 56 Abs. 6 KVG) führten).

Diese höchstrichterliche Einschätzung der Beweiskraft der santésuisse Vergleichsgruppen ist einzig auf die Tatsache zurückzuführen, dass die Tarifpartner FMH, santésuisse und curafutura eine Methode für Unwirtschaftlichkeit definiert haben, womit aus juristischer Sicht die Beweiskraft durch die Vereinbarung gegeben sein soll. Allerdings wird hier nicht beachtet, dass der WZW-Vertrag festhält, dass die Auffälligkeiten, welche durch die statistische Prozedur erzeugt werden, keine Beweise liefern, sondern nachfolgend in paritätischen Kommissionen geklärt werden müssen, ob der erhöhte Index durch Praxisbesonderheiten erklärt werden kann. Doch dazu fehlen die Informationen zu den Praxisbesonderheiten der Vergleichsgruppe vollständig, ein zentraler Verfahrensfehler.

## Permanente juristische Zweifel am Screening-Verfahren

Dr. iur. Gebhart Eugster<sup>9</sup>: «Die Chancen der geprüften Ärzte, zu geltend gemachten Praxisbesonderheiten ein analytisches Gutachten oder andere Beweishilfen zu erlangen, sind bei den meisten Schiedsgerichten gleich null.» Und: «Der geprüfte Arzt hat daher – jedenfalls ohne analytisches Gutachten – praktisch keine Chance, rechtsgenügend nachweisen zu können, dass in seiner Praxis beispielsweise 20% mehr kostenintensive Fälle als im Durchschnitt der Vergleichspraxen vorkommen. Das Problem, eine gegenüber der Vergleichsgruppe höhere Morbidität seines Patientenkollektivs dokumentieren zu können, lässt sich teilweise auch durch eine ausreichend hohe Beweisschwelle lösen. Gerade die beschriebenen Schwierigkeiten verbieten es, den Unwirtschaftlichkeitsbeweis aufgrund ausschliesslich statistischer Vergleichszahlen bereits bei 120/130 Indexpunkten als erbracht zu betrachten.»

Prof. Ueli Kieser<sup>10</sup>: «Vergleichsgruppen müssen so gebildet sein, dass sie die für den zu prüfenden Leistungserbringer valabel sind. Dieser Vergleich muss sich auf hinreichend ähnliche Umstände stützen (Patientenbestand mit etwa gleichem «Krankengut», medizinisch gleichartiger Tätigkeitsbereich, allenfalls geographisch entsprechendes Einsatzgebiet etc.) und über einen genügend langen Zeitraum erstrecken (für eine ins Gewicht fallende Anzahl von Rechnungen), damit zufällig auftretende Unterschiede mehr oder weniger ausgeglichen werden (BGE 119 V 448 E. 4b; 103 V 145 E. 5 je mit m. w. H.).»

Noch nie wurden in der Rechtsprechung statistische Beweismittel zugelassen. Die Prüfung der Wirtschaftlichkeit mit einer statistischen Methode ist also das einzig je in der Schweiz zugelassene Beweismittel<sup>11</sup> und wird noch nicht einmal behördlich kontrolliert und validiert<sup>12</sup>. Ohne die Beurteilung der Praxisbesonderheiten der Vergleichsgruppe ist der durch den Regressions-Index erzeugt Anfangsverdacht entkräftet, womit das Verfahren zu sistieren und ein Klagemissbrauch zu prüfen ist.

---

<sup>9</sup> <https://docfind.ch/PhyWZWEugster2009.pdf>

<sup>10</sup> <https://docfind.ch/KieserGutachtenPCG25012023.pdf>

<sup>11</sup> Altwicker T, Biaggini G, Marti A, Widmer L, Karlen P, Auer C. Statistikbasierte Argumentation im Verwaltungsrecht. Schweizerisches Zentralblatt für Staats- und Verwaltungsrecht. 2018;1–17.

<sup>12</sup> <https://docfind.ch/BAGStrupler052016.pdf>

## Praxis-zentrierte Verteidigungsstrategie

Arztpraxen sind unwirtschaftlich, wenn der Regressionsindex über 130% (über 120%) beträgt. Arztpraxen können Praxisbesonderheiten geltend machen (z.B. Eigener Operationssaal, delegierte Psychotherapie, Fähigkeitsausweise, Selbstdispensation etc.). Santésuisse lässt die Praxisbesonderheiten in der Regel nicht gelten. Falls Arztpraxen sich mit santésuisse nicht auf eine Regresssumme einigen können, erfolgt die formelle Klage am Versicherungsgericht. Im gerichtlichen Prozess werden in der Regel Praxisbesonderheiten der Vergleichsgruppe ebenfalls nicht oder ungenügend berücksichtigt, die Regresssumme ist dann aber gerichtlich festgelegt und kann nur durch den Weg zum Bundesgericht angefochten werden.

## Vergleichsgruppen-zentrierte Verteidigungsstrategie

Die Vergleichsgruppe wird mit statistischen Methoden auf die Homogenität der Facharztgruppe geprüft. Die von uns untersuchten Vergleichsgruppen wiesen statistisch signifikante Inhomogenitäten auf und enthielten wiederholt einzelne Vergleichspraxen, welche offensichtlich keine der Facharztgruppe entsprechende Tätigkeit durchführen<sup>13</sup>, insbesondere mit über 37'000 Erkrankten pro Praxis und Jahr. Für jede Arztpraxis in der Vergleichsgruppe müssen deshalb Praxisbesonderheiten vorliegen. Um die eigenen Praxisbesonderheiten mit den Praxisbesonderheiten der Vergleichspraxen abgleichen zu können, müssen die Praxisbesonderheiten der Vergleichspraxen santésuisse bekannt sein. Sie sind es aber eben nicht.

**Fazit 6: Praxisbesonderheiten können anhand des Vergleichskollektivs statistisch bewiesen werden. Welche Praxisbesonderheiten genau die statistischen Unterschiede erklären, bleiben hingegen unbekannt. Ohne die Kenntnis der Praxisbesonderheiten der einzelnen Vergleichsgruppenpraxen ist die Forderung nach Offenlegung von Praxisbesonderheiten durch die beklagte Arztpraxis eine Absurdität. Die Datenbanken sind nicht bereinigt (Ausreisserpraxen) und nicht von unabhängigen Statistikern überprüft.**

---

<sup>13</sup> <https://wzw-betrug.ch/fag53/>

## Gegenklagen

Wegen der fehlenden Informationen zu den Praxisbesonderheiten in der Vergleichsgruppe ist der Vertrag zu der Wirtschaftlichkeitsprüfungen zwischen FMH, santésuisse und curafutura offensichtlich falsch konstruiert und damit wertlos. Er führt regelmässig zu Verfahrensfehlern und sollte deshalb von allen FMH-Mitgliedern gekündigt werden.

«Das Rechtsverhältnis zwischen Versichertem und Versicherer unterliegt im Bereich der OKP dem öffentlichen und nicht dem privaten Recht. Bei der Wahrnehmung ihrer öffentlichen Verwaltungstätigkeit sind nach Art. 35 Abs. 2 BV die Krankenversicherungen an die Grundrechte gebunden und verpflichtet, zu ihrer Verwirklichung beizutragen.

Handlungen des Krankenversicherers gegenüber dem Leistungserbringer müssen Verfassung und Gesetz beachten. Die Krankenversicherer werden im KVG-Bereich gegenüber Leistungserbringern als Organe der Bundessozialversicherung tätig. Sie müssen daher die OKP auch im Verhältnis zu Leistungserbringern nach rechtsstaatlichen Prinzipien und Regeln durchführen. Ihr Handeln gegenüber den Leistungserbringern ist in Nachachtung des verfassungsmässigen Legalitätsprinzips gemäss Art. 5 Abs. 1 BV der Verfassung und dem Gesetz verpflichtete Verwaltungstätigkeit. Ihre Forderungen und Entscheide müssen auch hier verfassungsmässig sein.»<sup>14</sup>

Die erwähnten Verfahrensfehler sollten regelmässig zu Klagen wegen Verletzung von Grundrechten führen, gemäss Schweizerischer Bundesverfassung Treu und Glauben (Art. 5 Abs. 3 und Art. 9 BV), das Verhältnismässigkeitsprinzip, das Gleichbehandlungsgebot und das Willkürverbot (Art. 35 Abs. 2 BV).

---

<sup>14</sup> Quellenangabe auf Anfrage

## Schlussfolgerungen und Konsequenzen

Die Wirtschaftlichkeitsverfahren von santésuisse, vertraglich legitimiert durch die FMH<sup>15</sup>, sind keine Wirtschaftlichkeitsverfahren im Sinne einer Kosteneffektivitäts-Prüfung und damit eine Verletzung des parlamentarischen Auftrags zur Wirtschaftlichkeitsprüfung im Sinne der Kosteneffektivität, es handelt sich um Kostenvergleichsverfahren.

Die Entwicklung der Wirtschaftlichkeitsbeurteilung gehen in die falsche Richtung. Die hier dargelegten Sachverhalte sind ein Schritt in Richtung Aufklärung, insbesondere auch für Juristen und Richterinnen. In jedem Fall müssen bei der Berücksichtigung statistischer Beweismittel in den Wirtschaftlichkeitsverfahren diese richterlich oder durch unabhängige statistische Experten geprüft werden. Ein entsprechender Lernprozess bei der Urteilsbildung ist unumgänglich.

Die bisherigen Kostenvergleichsverfahren, getarnt als Wirtschaftlichkeitsprüfungen, haben zu zahlreichen Verletzungen der Grundrechte der beklagten Ärztinnen und Ärzte geführt. Durch die Weigerung der Gerichte, ihre Untersuchungspflicht auf die Beweismittel von santésuisse auszuweiten, entstand ein in zahlreichen Urteilen zementierter Justizirrtum historischen Ausmasses. Dies erstaunt umso mehr, als santésuisse Beweismittel ohne öffentliche Kontrolle erstellt und bewirtschaftet werden, eine carte blanche in öffentlich-rechtlichen Verfahren.

Es steht den Ärztinnen und Ärzten offen, die geleisteten oder angedrohten Regresse durch die statistische Analyse der Vergleichsgruppen ex ante und ex posteriori neu aufzurollen (ev. im Rahmen einer Sammelklage) unter Geltendmachung verletzter Grundrechte, falls nötig bis vor den Europäischen Gerichtshof für Menschenrechte.

Zurzeit sind zahlreiche Klagen in der Beurteilung. Die von uns instruierten Juristinnen und Juristen werden in den nächsten Monaten die Vergleichsgruppen-zentrierte Verteidigungsstrategie anwenden. Ab 3. Quartal 2024 werden die Konsequenzen auf die Rechtsprechung sichtbar, worauf weitere Strategien zum Stoppen dieses Justizskandals entwickelt werden können.

---

<sup>15</sup> [https://www.fmh.ch/files/pdf29/saez\\_2023\\_21603.pdf](https://www.fmh.ch/files/pdf29/saez_2023_21603.pdf)

## Konkrete Forderungen

Wir stellen fest, dass die Wirtschaftlichkeitsverfahren (eigentlich Kostenvergleichsverfahren) in der konkreten Handhabung durch die Gerichte zu einem einzigartigen Justizirrtum geführt haben. Eine wissenschaftliche Aufarbeitung dieses Justizirrtums und daraus folgende Wiedergutmachungen sind unumgänglich.

1. Unabhängige statistisch-wissenschaftliche Überprüfung sämtlicher Vorgänge bei der Erstellung der Vergleichsgruppendaten
2. Prüfung, ob strafrechtliche Sachverhalte bei der Erstellung der Vergleichsgruppendaten vorliegen
3. Prüfung von Wiedergutmachungen
4. Sistierung sämtlicher Wirtschaftlichkeitsverfahren (Moratorium)