

BGer 9C 128/2022 vom 25. Juni 2025

Bundesgericht, 2025-06-25, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/bger_9C_128_2022

FR: TF 9C 128/2022 du 25 juin 2025

IT: TF 9C 128/2022 del 25 giugno 2025

Regeste

Krankenversicherung | Krankenversicherung

Erwägungen

E. 1

Bei Namensänderungen und Fusionen von Krankenversicherern gehen die Ansprüche der Versicherungsträger auf ihre Rechtsnachfolger über. Die Parteibezeichnung wird im Rubrum von Amtes wegen angepasst (Urteil 9C_115/2023 vom 29. Mai 2024 E. 1.1).

E. 2

Das Bundesgericht legt seinem Urteil den Sachverhalt zugrunde, den die Vorinstanz festgestellt hat (Art. 105 Abs. 1 BGG). Es kann die vorinstanzliche Sachverhaltsfeststellung auf entsprechende Rüge hin oder von Amtes wegen berichtigen oder ergänzen, wenn sie offensichtlich unrichtig (d.h. willkürlich) ist oder auf einer Rechtsverletzung im Sinn von Art. 95 BGG beruht (Art. 97 Abs. 1 und Art. 105 Abs. 2 BGG ; BGE 145 V 57 E. 4). Recht wendet das Bundesgericht von Amtes wegen an (Art. 106 Abs. 1 BGG).

E. 3

Strittig ist, ob das kantonale Schiedsgericht Bundesrecht verletzt, indem es annimmt, die Klagen auf eine Rückerstattung entgoltenen Kosten betreffend die Statistikjahre 2015 und 2016 seien unbegründet, weil es am Nachweis einer unwirtschaftlichen Behandlungsweise (sog. "Überarztung"; Art. 59 Abs. 1 lit. b KVG) fehle.

E. 4

Die Vorinstanz hat die einschlägigen Rechtsgrundlagen (Art. 32 Abs. 1, Art. 56 Abs. 1, Art. 59 Abs. 1 lit. b und Abs. 3 lit. a KVG) und die Rechtsprechung, wie sie für die streitgegenständlichen Statistikjahre 2015 und 2016 galten, zutreffend wiedergegeben (zur Feststellung einer unwirtschaftlichen Behandlungsweise nach dem Durchschnittskostenvergleich resp. der ANOVA-Methode [vgl. BGE 150 V 129 E. 4.4.1]: BGE 144 V 79 ; 137 V 43 E. 2.2; 136 V 415 E. 6.2; Urteil 9C_558/2018 vom 12. April 2019 E. 7 und 8; vgl. auch BGE 150 V 129 E. 4.1, 4.2 und 4.3.1; zu Gegenstand und Grundlage der Feststellung von Unwirtschaftlichkeit resp. einer Rückforderung: BGE 137 V 43 E. 2.5.5 und 2.5.6 sowie BGE 133 V 37 ; vgl. zum Modus der Rückforderungsberechnung nun auch die zur Publikation vorgesehenen E. 10.2 und 10.3 des Urteils 9C_199/2022 vom 29. April 2025). Die Rechtsprechung zur Wirtschaftlichkeitskontrolle anhand der seit 2017 auf tarifvertraglicher Grundlage anwendbaren Screening-Methode (dazu BGE 150 V 129 sowie die teilweise zur Publikation vorgesehenen Urteile 9C_166/2022 vom 9. Dezember 2024 und 9C_199/2022 vom 29.

April 2025) ist für den vorliegenden Fall (betreffend die Statistikjahre 2015 und 2016) nicht einschlägig, soweit Eigenschaften jener Methode massgebend sind (zweiteilige Wirtschaftlichkeitsprüfung in Form einer Regressionsanalyse und einer allfälligen Einzelfallprüfung; vgl. BGE 150 V 129 E. 4.3.2 und 4.3.3).

E. 5.1.1

Das kantonale Schiedsgericht hält fest, der Beschwerdegegner sei mit dem Kollektiv seiner Facharztkollegen der Allgemeinen Inneren Medizin zu vergleichen. Da sein Index (ANOVA-Index für direkte und veranlasste Kosten) mit 196 (2015) und 190 (2016) oberhalb des Toleranzbereichs von 120 bis 130 Punkten (vgl. BGE 137 V 43 E. 2.2) liege, sei eine Überarztung grundsätzlich plausibilisiert. In einem weiteren Prüfschritt sei zu klären, ob der Beschwerdegegner Praxisbesonderheiten belege. Er verfüge als Facharzt der Allgemeinen Inneren Medizin zusätzlich über Weiterbildungstitel in psychosomatischer und psychosozialer Medizin sowie für interventionelle Schmerztherapie. Anders als nach der ab 2017 anwendbaren Regressionsanalyse bilde die ANOVA-Methode Effekte dieser Weiterbildungen nicht ab; diese müssten auf andere Weise berücksichtigt werden. Was die interventionelle Schmerztherapie angehe, habe sich im schiedsgerichtlichen Instruktionsverfahren ergeben, dass das Vergleichskollektiv nicht gross genug sei, um einen direkten statistischen Vergleich zu ermöglichen. Die Klägerinnen hätten überzeugend dargelegt, dass es ihnen nicht möglich sei, diejenigen Patienten, die mit interventioneller Schmerztherapie behandelt worden seien, anhand der Rechnungspositionen aus der Statistik zu nehmen. Der Beklagte sei trotz schiedsgerichtlicher Aufforderung nicht in der Lage gewesen, die betreffenden Patienten zu bezeichnen. Er verantworte deshalb die Unmöglichkeit, die entsprechenden Leistungen näher zu analysieren und gegebenenfalls entweder die diesbezüglich besonders kostenintensiven Patienten auszuschneiden oder einen indexreduzierenden Faktor zu bestimmen. Damit blieben die von den Klägerinnen gelieferten Auswertungen massgebend; es sei auf die Daten aller Patienten abzustellen. Hinsichtlich der geltend gemachten höheren Kosten aufgrund der Zusatzausbildung in psychosomatischer und psychosozialer Medizin zieht die Vorinstanz eine statistische Auswertung hinsichtlich der selbstdispensierenden Ärzte der Allgemeinen Inneren Medizin mit fraglicher Zusatzausbildung bei. Diese Auswertung umfasse 18 Mediziner; grundsätzlich liege diesbezüglich eine taugliche statistische Grundlage vor. Zum Einwand des Beschwerdegegners, dieses Vergleichskollektiv enthalte (Stand Juni 2020) sechs Ärzte (einem Drittel des Vergleichskollektivs entsprechend), die gemäss dem Medizinalberuferegister des BAG (MedReg; vgl. Art. 51 des Bundesgesetzes vom 23. Juni 2006 über die universitären Medizinalberufe [Medizinalberufegesetz, MedBG; SR 811.11]) über keine Weiterbildung in psychosomatischer und psychosozialer Medizin verfügten, erwägt die Vorinstanz, es könne, entgegen den Klägerinnen, nicht ohne Weiteres auf die Angabe im Zahlstellenregister (ZSR) abgestellt werden, wonach die besagten Ärzte über die betreffende Weiterbildung verfügten (zum ZSR als zuhanden der Krankenversicherer geführtes Verzeichnis der grundsätzlich zur Tätigkeit zu Lasten der obligatorischen Krankenpflegeversicherung zugelassenen medizinischen Leistungserbringer vgl. BGE 135 V 237 ; nicht zur Publikation vorgesehene E. 8.1.2 des Urteils 9C_166/2022 vom 9. Dezember 2024; Urteil 9C_420/2022 vom 24. November 2022 E. 5.2). Das ZSR beruhe auf einer Selbstdeklaration, die in gewissen Fällen dem MedReg-Eintrag widerspreche. Zudem enthalte das betreffende Vergleichskollektiv sieben Ärzte, für die das MedReg keine Bewilligung zur Selbstdispensation (Bewilligung zur Führung einer Praxisapotheke; vgl. dazu BGE 150 V 129 E. 6) ausweise. Die Klägerinnen hätten diesbezüglich

massgebende Liste des Kantonsapothekers nicht eingereicht. Obwohl sie im Rahmen des umfangreichen Beweisverfahrens Gelegenheit gehabt hätten, die Validität ihrer Auswertung näher zu belegen, hätten sie dies unterlassen. Sie hätten den Umstand zu vertreten, dass die Bedeutung der Praxisbesonderheit "Weiterbildung in psychosomatischer und psychosozialer Medizin" im schiedsgerichtlichen Verfahren nicht habe geklärt werden können. Mangels Quantifizierbarkeit des entsprechenden Korrekturfaktors könne mittels der ANOVA-Methode nicht bestimmt werden, ob und in welchem Umfang eine Überarztung vorliege. Somit könne auch keine Rückforderung errechnet werden. Die Klagen seien demnach abzuweisen.

E. 5.1.2

Die beschwerdeführenden Krankenversicherer rügen hauptsächlich die beweisrechtlichen Feststellungen und Schlussfolgerungen der Vorinstanz, die sie zur Feststellung führen, der Einfluss der Zusatzausbildung in psychosomatischer und psychosozialer Medizin auf das Kostenprofil der Praxis des Beschwerdegegners sei nicht bestimmbar (angefochtenes Urteil E. 6.3.2; Beschwerdeschrift Ziff. 7). Die Beschwerdeführerinnen bringen vor, der Beschwerdegegner habe im vorinstanzlichen Verfahren keine Beweise vorgelegt, dass diejenigen seiner Patienten, die er aufgrund der Spezialisierung in psychosomatischer und psychosozialer Medizin behandelt habe, effektiv höhere Kosten verursacht hätten als diejenigen im Referenzkollektiv Allgemeine Innere Medizin. Er habe sich geweigert, jene Patienten namentlich zu nennen, die er mit psychosomatisch-psychosozialem Fokus behandelt habe. Erst aufgrund konkreter Patientendaten hätten die Krankenversicherer ihrerseits konkrete Rechnungen suchen und damit die behaupteten höheren Kosten prüfen können, dies allenfalls auf Grundlage einer Einzelfallprüfung mit Hochrechnung. Die Vorinstanz habe insofern willkürlich gehandelt, als sie ohne nachprüfbare Datenlage die erhebliche Kostenwirksamkeit grundsätzlich bejahe. Dies komme einer unzulässigen Umkehr der Beweislast gleich. Weiter machen die Beschwerdeführerinnen geltend, die vorinstanzliche Bewertung der Beweisrelevanz von Einträgen im MedReg einerseits und im ZSR andererseits sowie der Schluss, die ZSR-Einträge seien nicht beweiskräftig, verletzen Bundesrecht; Einträge im MedReg, etwa betreffend Selbstdispensation oder Weiterbildungen, seien irrelevant hinsichtlich der Frage, ob Ärzte Leistungen zu Lasten der (obligatorischen) Krankenversicherer abrechnen dürften. Hätte die Vorinstanz die ZSR-Einträge nicht rechtswidrig beurteilt, würde sie die Überarztung auch unter dem Aspekt der psychosomatisch-psychosozialen Spezialisierung bejaht haben, zumal das Bundesgericht im Urteil 9C_570/2015 E. 7.4 festgehalten habe, diesbezüglich sei gar keine Praxisbesonderheit gegeben, weil die betreffenden Disziplinen einen typischen Bestandteil der Grundversorgung darstellten. Schliesslich sei der angefochtene Entscheid umso weniger haltbar, wenn man bedenke, dass das Schiedsgericht im Parallelfall betreffend das Statistikjahr 2017 (bundesgerichtliches Verfahren 9C_130/2022) die Klage gutgeheissen habe, obwohl die ANOVA-Indizes für die Statistikjahre 2015 und 2016 noch höher lägen als jene für 2017. Sämtliche statistischen Auswertungen belegten eindeutig eine Überarztung. Das Schiedsgericht unterlasse es in bundesrechtswidriger Weise, die an sich ausgewiesene Überarztung zu quantifizieren. Wenn die Vorinstanz von einem nicht ziffernmässig nachweisbaren Schaden ausgegangen sei, hätte sie auf den schadenersatzrechtlichen Grundsatz von Art. 42 Abs. 2 OR zurückgreifen müssen, wonach in einem solchen Fall der Schaden nach Ermessen des Richters mit Rücksicht auf den gewöhnlichen Lauf der Dinge und auf die vom Geschädigten getroffenen Massnahmen abzuschätzen sei.

E. 5.1.3

Der Beschwerdegegner betont vernehmlassungsweise, aufgrund der Statistiken der Beschwerdeführerinnen habe keine Überarztung bewiesen werden können: Weder sei das Erfordernis einer homogenen Vergleichsgruppe erfüllt noch würden Praxisbesonderheiten berücksichtigt. Im schiedsgerichtlichen Verfahren habe er, der Beschwerdegegner, dargetan, dass er im Jahr 2015 107 von insgesamt 319 (2016: 95 von 321) Patienten schmerztherapeutisch behandelt habe; die Kosten der ärztlichen Leistungen schmerztherapeutischer Art hätten im Jahr 2015 Fr. 162'222.70 (2016: 155'568.20) betragen, diejenigen der in diesem Zusammenhang verschriebenen Medikamente Fr. 122'889.50 (2016: 127'692.35). Würden die Kosten für schmerztherapeutische Behandlungen herausgerechnet, sei er nicht mehr statistisch auffällig. Da die Klägerinnen nicht in der Lage gewesen seien, anhand eigener Zahlen den Nachweis einer Überarztung zu erbringen, erweise es sich als richtig, dass die Vorinstanz die Klagen abgewiesen habe.

E. 5.2

Unabhängig von der nach Statistikjahr anwendbaren Methodik sind die Weiterbildungen des Beschwerdegegners in interventioneller Schmerztherapie sowie in psychosomatischer und psychosozialer Medizin durch deren konkrete Auswirkungen auf die Kostenstruktur der Patientenschaft zu berücksichtigen (vgl. zur letzteren Spezialisierung das zur Publikation vorgesehene Urteil 9C_166/2022 vom 9. Dezember 2024 E. 9.2.3). Unter anderem aus diesem Grund ist eine Zusammensetzung der Vergleichsgruppe allein nach dem Kriterium des Facharztstitels "Allgemeine Innere Medizin" rechtens, sofern sie sich auf Grundversorger beschränkt (zur Publikation vorgesehene Urteil 9C_199/2022 vom 29. April 2025 E. 8.1). Somit entfallen alle Streitpunkte im Zusammenhang mit der Frage, ob die zum Kostenvergleich heranzuziehende Vergleichsgruppe über die fachärztliche Kennzeichnung hinaus auch hinsichtlich der Weiterbildungstitel homogen sein müsse. Gegenstandslos wird hier namentlich die Auseinandersetzung der Parteien über die Massgeblichkeit von ZSR und MedReg für die Zusammensetzung des Referenzkollektivs sowie darüber, dass nur ein Teil der darin einbezogenen Internisten über eine Bewilligung zur Selbstdispensation verfügt (vgl. BGE 150 V 129 E. 6.1). Was die interventionelle Schmerztherapie angeht, lehnt die Vorinstanz die Berücksichtigung dieses Praxisschwerpunkts ab, weil der Beschwerdegegner nicht in der Lage gewesen sei, die entsprechend behandelten Patienten namentlich zu bezeichnen. Damit könne kein indexreduzierender Faktor bestimmt werden und blieben die Auswertungen der Klägerinnen allein massgebend. Hinsichtlich der Spezialisierung in psychosomatischer und psychosozialer Medizin nimmt sie hingegen zu Lasten der Beschwerdeführerinnen Beweislosigkeit an. Sie hätten zu vertreten, dass auch hier kein Korrekturfaktor quantifiziert werden könne. In diesem Punkt stützt sich das Schiedsgericht jedoch allein auf eine fehlgeschlagene Bereinigung des Vergleichskollektivs. Dieser Ansatz ist jedoch wie dargelegt regelmässig nicht der richtige. Zu den Möglichkeiten einer anderweitigen Berücksichtigung der Praxisbesonderheit äussert sich die Vorinstanz nicht (vgl. oben E. 5.1.1). Die konkrete Auswirkung von Praxisschwerpunkten auf die Kostenstruktur ist anhand von Daten einzuschätzen, die zunächst der Leistungserbringer beibringen muss; so ist etwa vorstellbar, signifikante Abweichungen im Morbiditätsprofil mithilfe von Aufzeichnungen über die gestellten Diagnosen zu substantiieren. Anschliessend ist es Sache der abklärungspflichtigen Krankenversicherer, anhand verfügbarer Statistiken Feststellungen über die Relevanz der diskutierten Merkmale zu treffen (vgl. erwähntes

Urteil 9C_166/2022 vom 9. Dezember 2024 E. 9.3.3 und die dortigen Hinweise).

E. 5.3

Unter diesen Umständen ist die Beschwerde in dem Sinn begründet, als die Sache an das Schiedsgericht zurückzuweisen ist, damit sie auf der Grundlage einer ergänzten Klage über die Frage der Wirtschaftlichkeit und allenfalls der Rückforderung neu entscheide.

E. 6.1

Dem Ausgang des Verfahrens entsprechend trägt der Beschwerdegegner die Gerichtskosten (Art. 66 Abs. 1 BGG).

E. 6.2

Die Rückweisung der Sache zur Ergänzung der Entscheidungsgrundlagen gilt als vollständiges Obsiegen der beschwerdeführenden Partei, unabhängig davon, ob sie die Rückweisung beantragt resp. ob sie das Begehren im Haupt- oder Eventualantrag stellt (BGE 137 V 210 E. 7.1). Obsiegenden Krankenversicherern wird indessen im Verfahren betreffend Wirtschaftlichkeit der ärztlichen Praxistätigkeit regelmässig keine Parteientschädigung zugesprochen, da der Gegenstand eines solchen Verfahrens in ihren Wirkungskreis als mit öffentlich-rechtlichen Aufgaben betrauten Organisationen fällt (Art. 68 Abs. 3 BGG ; BGE 149 II 381 E. 7.3 [Änderung der Rechtsprechung nach BGE 119 V 448 E. 6b]). Vorliegend ist kein Grund ersichtlich, den Krankenversicherern ausnahmsweise eine Parteientschädigung zu Lasten des unterliegenden Leistungserbringers zuzusprechen.

Export aus OpenCaseLaw (CC0). Verbindlich ist allein der vom erlassenden Gericht veröffentlichte Originaltext. Quellen-URL siehe oben.