

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT SR.2018.00008

vom 28. August 2020

ZH Sozialversicherungsgericht, 2020-08-28, DE

Quelle: https://mcp.opencaselow.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_SR.2018.00008

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT SR.2018.00008 du 28 août 2020

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT SR.2018.00008 del 28 agosto 2020

Erwägungen

E. 1

Die Klägerinnen, vertreten durch santésuisse, erhoben mit Eingabe vom 9. Juli 2018, zur Post gegeben am 12. Juli 2018 (Urk. 1 samt Beilagen [Urk. 2/3-4 und Urk. 2/6]), Klage gegen die X. AG und beantragten, es sei der Betrag gerichtlich zu ermitteln, welchen die Beklagte den Klägerinnen wegen unwirtschaftlicher Behandlungsweise gemäss Rechnungssteller-Statistik (RSS) 2016 zurückzuerstatten habe. In prozessualer Hinsicht wurde die Sistierung des Gerichtsverfahrens bis zum Abschluss des Verfahrens vor der Kantonalen Paritätischen Vertrauenskommission (KP K) beantragt. Die Beklagte liess sich innert der ihr mit Verfügung vom 15. August 2018 angesetzten Frist zur Einreichung einer freiwilligen schriftlichen Stellungnahme zur Klage nicht vernehmen; es war sodann eine Zustellung der Verfügung mit Hilfe des Gemeindeammannamts notwendig (Urk. 3-10). Mit Verfügung vom 7. März 2019 wurde das Verfahren bis Ende Mai 2019 sistiert (Urk. 12).

E. 1.1

Gemäss Art. 89 Abs. 1 des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung (KVG) sind Streitigkeiten zwischen Versicherern und Leistungserbringern durch ein Schiedsgericht zu entscheiden. Zuständig ist das Schiedsgericht desjenigen Kantons, dessen Tarif zur Anwendung gelangt, oder desjenigen Kantons, in dem die ständige Einrichtung des Leistungserbringers liegt (Art. 89 Abs. 2 KVG). Im Kanton Zürich werden Streitigkeiten nach Art. 89 KVG vom Schiedsgericht in Sozialversicherungsstreitigkeiten, welches dem Sozialversicherungsgericht des Kantons Zürich angegliedert ist, als einziger kantonaler Instanz beurteilt (§ 35 f. des Gesetzes über das Sozialversicherungsgericht [GSVGer]).

E. 1.2

Im Klageverfahren ergibt sich der Streitgegenstand einzig aus den Rechtsbegehren der Klage. Innerhalb des Streitgegenstands ist das Schiedsgericht in Sozialversicherungsstreitigkeiten in Durchbrechung der Dispositionsmaxime an die Begehren der Parteien nicht gebunden (vgl. BGE 135 V 23 E. 3.1 sowie § 37 in Verbindung mit § 25 GSVGer). Das Schiedsgericht stellt unter Mitwirkung der Parteien die für den Entscheid erheblichen Tatsachen fest; es erhebt die notwendigen Beweise und ist in der Beweiswürdigung frei (Art. 89 Abs. 5 zweiter Halbsatz KVG und § 37 in Verbindung mit § 23 Abs. 1 GSVGer).

Eine Partei ist säumig, wenn sie eine Prozesshandlung nicht fristgerecht vornimmt oder zu einem Termin nicht erscheint. Das Verfahren wird ohne die versäumte Handlung weitergeführt.

Den Parteien werden die Rechtsnachteile förmlich angedroht, die ihnen entstehen, wenn sie die Mitwirkung verweigern (§ 37 in Verbindung mit § 28 lit . a GSVGer und Art. 147 der Zivilprozessordnung [ZPO] beziehungsweise mit § 23 Abs. 2 GSVGer).

E. 1.3

Vorliegend ist zu prüfen, ob die Beklagte den Klägerinnen für das Jahr 2016 erhaltene Vergütungen wegen unwirtschaftlicher Behandlungsweise

zurückbezahlen muss und gegebenenfalls wie hoch der entsprechende Betrag ist. Da sich die Beklagte trotz begründetem Prozessrechtsverhältnis (vgl. Urk. 6 und Urk. 9 sowie Urk. 15) und trotz Androhung der Säumnisfolgen zur Sache nicht äusserte, ist der Beurteilung der vorliegenden Streitigkeit diejenige Tatsachendarstellung zugrunde zu legen, welche von den Klägerinnen präsentiert wurde. 2.

E. 2

Mit Eingabe vom 28. Mai 2019 informierten die Klägerinnen das leitende Mitglied des Schiedsgerichts darüber, dass der Beklagte weder auf Kontaktversuche der santésuisse noch auf solche der KPK reagiert habe. Es werde gebeten, die Sistrung aufzuheben und das Verfahren fortzusetzen. Es werde sodann eine Klage betreffend das Statistikjahr 2017 eingereicht. Das entsprechende Verfahren sei dann mit diesem zu vereinigen (Urk. 17). Mit Verfügung vom 6. Juni 2019 wurde den Klägerinnen Frist angesetzt, um ihr Rechtsbegehren zu präzisieren, die Klagegründung zu ergänzen und allfällige weitere Beweismittel einzureichen. Die Klägerinnen wurden sodann darauf hingewiesen, dass eine Vereinigung mit einer in Aussicht gestellten Klage betreffend das Statistikjahr 2017 nicht möglich sei (Urk. 18).

E. 2.1

Die zu Lasten der obligatorischen Krankenpflegeversicherung abgerechneten Leistungen müssen wirksam, zweckmässig und wirtschaftlich sein (Art. 32 Abs. 1 KVG). Die Leistungserbringer haben sich in ihren Leistungen auf das Mass zu beschränken, das im Interesse der Versicherten liegt und für den Behandlungszweck erforderlich ist (Art. 56 Abs. 1 KVG). Für Leistungen, die über dieses Mass hinausgehen, kann die Vergütung verweigert werden. Eine nach diesem Gesetz dem Leistungserbringer zu Unrecht bezahlte Vergütung kann zurückgefordert werden (Art. 56 Abs. 2 KVG). Leistungserbringer und Versicherer legen vertraglich eine Methode zur Kontrolle der Wirtschaftlichkeit fest (Art. 56 Abs. 6 KVG).

E. 2.2

Gemäss Art. 59 Abs. 1 KVG werden gegen Leistungserbringer, welche gegen die im Gesetz vorgesehenen Wirtschaftlichkeits- und Qualitätsanforderungen (Art. 56 und 58 KVG) oder gegen vertragliche Abmachungen verstoßen, Sanktionen ergriffen, unter anderem umfassen diese die gänzliche oder teilweise Rückerstattung der Honorare, welche für nicht angemessene Leistungen bezogen wurden (lit . b). Über Sanktionen entscheidet das Schiedsgericht nach Art.

89 KVG auf Antrag eines Versicherers oder eines Verbandes der Versicherer (Art. 59 Abs. 2 KVG). Obschon die Rückerstattung der Honorare (Art. 59 Abs. 1 lit . b KVG) neu unter dem Begriff « Sanktionen » (Art. 59 Abs. 1 Satz 1 KVG) steht, bleibt die zu Art. 56 Abs.

2 KVG ergangene Rechtsprechung anwendbar, wonach kein Ver schulden des Leistungserbringers vorausgesetzt wi rd (BGE 141 V 25 E. 8.4).

E. 2.3

Die Daten, welche der Kontrolle der Wirtschaftlichkeit ambulant tätiger Leis tungserbringer zugrundeliegen , wurden am 17. Juli 2017 aufbereitet (Urk. 35), und die Klage an das hiesige Gericht wurde am 12. Juli 2018 zur Post gegeben (Urk. 1) . Dam it ist eine Verwirkung der Rückforderung rechtsprechungsgemäss noch nicht eingetreten .

3.

E. 3

Mit Eingabe vom 1. Juli 2019 reichten die Klägerinnen die Klageergänzung ein und beantragten in Präzisierung ihres Rechtsbegehren s, die Beklagte sei für das Statistikjahr 2016 gemäss ANOVA-Index zur Rückzahlung von Fr. 83'715.--, eventuell gemäss RSS-Index zur Rückzahlung von Fr. 106'836.20 an die Kläge rinnen zu verpflichten. Sodann erneuerten die Klägerinnen ihren Antrag auf Ver einigung des vorliegenden Verfahrens mit demjenigen be treffend das Statistikjahr 2017 (Urk. 20). Am 16. Juli 2019 wurde ver fügt, dass das vorliegende Verfahren nicht mit dem inzwischen unter der Geschäftsnummer SR.2019.00011 angelegten Ver fahren betreffend das Statistik jahr 2017 vereinigt werde. Sodann wurde dem Beklagten Frist angesetzt zur Erstattung der Klageantwort (Urk. 21). Der Beklagte liess sich nicht ver nehmen (Urk. 23).

E. 3.1

Die Klägerinnen stellten den Hauptantrag, die Beklagte sei für das Jahr 2016 gemäss ANOVA-Index zur Rückzahlung von Fr. 83'715.-- zu verpflichten (Urk. 20 S. 3) .

E. 3.2

Die Rechnungssteller-Statistik (RSS) bildet die Datenbasis sowohl für die Methode des Durchschnittskostenvergleichs (DKV) als auch des Varianzanalysenmodell s (ANOVA-Methode) zur Bemessung der Wirtschaftlichkeit der Leistungen von praktizierenden Ärztinnen und Ärzten im Hinblick auf die Rückerstattung der Honorare wegen nicht wirtsc haftlicher ambulanter Tätigkeit . Vergleichsgruppe bilden die Ärzte und Ärztinnen einer Facharztgruppe (gemäss Einteilung der FMH) in der Schweiz. Im Unterschied zum Durchschnittskostenvergleich werden die Kosten der einzelnen Leistungserbringer in Bezug auf die statistisch signifi kanten, d.h. nicht zufälligen Merkmale «Alter und Geschlecht» der Patienten so wie «Kanton», in dem die ambulante ärztliche Tätigkeit ausgeübt wird, standar disiert. Damit werden die Kosten so ausgewiesen, als hätte der betreffende Arzt die gleiche Alters- und Geschlechterverteilung wie die Vergleichsgruppe als Gan zes und wie wenn alle Leistungserbringer im selben Kanton tätig wären. Die ANOVA-Methode ergibt Indizes betreffend die direkten Kosten (ohne Medika mente), die Medikamentenkosten (direkt und veranlasst) sowie die totalen Kosten (jeweils pro Erkrankten). Die Vereinigung der Schweizer Ärztinnen und Ärzte (FMH) auf der einen Seite, santésuisse und curafutura auf der anderen Seite haben sich in einem am 27. Dezember 2013/16. Januar 2014 gestützt auf Art. 56 Abs. 6 KVG geschlossenen Vertrag auf die Varianzanalyse (ANOVA) als statistische Me thode zur Kontrolle der Wirtschaftlichkeit verständigt. Dies kann nicht als gesetz widrig bezeichnet werden (BGE 144 V 79, vgl. auch die Urteile des Bundesgerichts 9C_558/2018 und 9C_559/2018 vom 12. April 2019 E. 7.1 mit Hinweisen).

E. 3.3

Bei der Beklagten handelt es sich um eine Praxis für Hals- Nasen- und Ohren krankheiten (HNO beziehungsweise ORL) für Kinder und Erwachsene, welche von Dr. med. Y.____ , Spezialarzt für Hals-, Nasen - , Ohrenheilkunde, betrieben wird. Er ist der einzige behandelnde Arzt in der Praxis . Gemäss Darstellung der Klägerinnen betrugen die totalen direkten Kosten (Bruttoleistung , korrigiert aufgrund unterdurchschnittlicher veranlasster Medikamentenkosten gemäss Urteil des Bundesgerichts 9C_517/2017) im Jahr 2016 Fr. 281'589.--. Damit lagen die direkten Kosten gemäss ANOVA-Index bei 185 Punkten und somit deutlich über dem Toleranzbereich von 130 Punkten. Das Vergleichskollektiv (375 Fachärztinnen und Fachärzte ORL schweizweit) umfasste sämtliche aktiven und sistierten Zahlstellenummern des entsprechenden Kantons, über welche im Betrachtungsjahr 2016 KV G-Leistungen abgerechnet wurden (Urk. 20 S. 4 f.; vgl. auch Urk. 35) .

Bei einer Abweichung von 55 Punkten (ANOVA-Index direkte Kosten [ohne Medikamente]) über dem Toleranzbereich haben die Krankenversicherer den Anscheinsbeweis erbracht, dass die Wirtschaftlichkeit nicht gegeben ist. Dies gilt umso mehr, als auch der ANOVA-Index totale Kosten (191 Punkte) über dem Toleranzbereich liegt . Der ANOVA-Index Medikamentenkosten (direkt und veranlasst) liegt sogar bei 239 Punkten (Urk. 35) .

E. 3.4

Im Besonderen wiesen die Klägerinnen zusätzlich

darauf hin, dass bei der Analyse des Abrechnungsverhaltens gemäss den Auswertungen des SASIS-Tarifpools verschiedene Tarifpositionen auf gefallen seien , welche die Beklagte im Vergleich zur Facharztgruppe ORL überdurchschnittlich oft abgerechnet habe (beispielsweise bei den Tarmed -Positionen Grundleistungen mit der Ziffer 00.0140 [Ärztliche Leistung in Abwesenheit des Patienten inkl. Aktenstudium , pro 5 Min.], 00.0610 [Instruktion von Selbstmessungen, Selbstbehandlungen durch den Facharzt, pro 5 Min.], 00.1370 [Nachbetreuung/Betreuung/Überwachung in der Arztpraxis, pro 15 Min.] und 00.2110 [Konsiliarische Beratung, Konsilium, durch den Facharzt, pro 5 Min.]). Es erschliesse sich der Klägerschaft nicht, weshalb es zu einer über durchschnittlichen Tarifanwendung und der damit verbundenen Überschreitung von 55 Indexpunkten gekommen sei (Urk. 20 S. 5) . Weitere Auffälligkeiten bestünden nebst der häufigeren Anwendung der Grundleistungen in der häufigen Abrechnung spezifischer diagnostischer Positionen . So falle insbesondere auf, dass Zusatzpositionen standardmässig zur dazugehörigen Grundposition abgerechnet würden (Blockabrechnung). Dies sei erkennbar in der gegenüber dem Vergleichskollektiv vergleichbaren Anwendung der Grundposition und der deutlich häufigeren Anwendung der dazugehörigen Zusatzposition. In Kombination mit der über durchschnittlichen Anwendung der aufgeführten Grundleistungspositionen und der Untersuchung durch den Facharzt (Pos. 09.0010) entstehen überdurchschnittlich lange Konsultationszeiten, welche mit Leistungen in Abwesenheit des Patienten (Pos. 00.0140) und Konsilien (Pos. 00.2110) weiter gestreckt würden (Urk. 20 S. 5 f.) . Äusserst fragwürdig erscheine zudem die Tatsache, dass die durchschnittliche Zahl der Grundleistungen pro Erkrankten bei

der Beklagten bei 2.9 liege , hingegen beim Referenzkollektiv nur bei 1. 9. Zusammen mit dem deutlich kleineren Patientengut von 416 Erkrankten im Vergleich zu 1'286 Erkrankte

n im Referenz kollektiv erwecke dies den Anschein, als würde versucht, mit einem kleineren Patientengut den gleichen Umsatz zu erzielen wie mit einer Vollbeschäftigung. Ob dies bewusst oder unbewusst geschehe, spiele für die Wirtschaftlichkeitsprüfung keine Rolle. Es liege in der Natur der Sache, dass bei einem nicht voll ausgelasteten Leistungserbringer der Anreiz bestehe, die Patienten länger und häufiger zu betreuen als in einer stark ausgelasteten Praxis. Dies werde in der Abbildung rechts «Durchschnittskosten» (totale Kosten) in der Beilage

E. 3.5

Die Beklagte liess sich nicht vernehmen und verzichtete damit darauf, darzulegen, inwieweit bei ihr beziehungsweise bei der Tätigkeit des einzigen praktizierenden Arztes oder beim Patientengut besondere Umstände oder spezielle Verhältnisse vorlägen. Praxisbesonderheiten oder andere spezielle Verhältnisse, welche das Überschreiten des Toleranzwertes von 130 Indexpunkten zu erklären vermöchten, sind denn auch nicht ersichtlich. Damit lässt sich die Überschreitung des Toleranzwertes nicht begründen.

E. 3.6

In Anwendung der Formel der ANOVA-Methode errechneten die Klägerinnen eine Rückforderungssumme von Fr. 83'715.-- (Fr. 281'589.-- [Totale direkte Kosten, korrigiert aufgrund unterdurchschnittlicher veranlasster Medikamentenkosten] / 185 [ANOVA-Index direkte Kosten] x [185 {ANOVA-Index direkte Kosten} – 130 {Toleranzbereich}]), welche in diesem Umfang ausgewiesen ist (vgl. zur Bemessungsmethode auch

das Urteil 9C_67/2018 vom 20. Dezember 2018 E. 7).

E. 3.7

Abschliessend ist festzuhalten, dass vorliegend keine Gründe ersichtlich sind, weshalb eine weniger einschneidende Sanktion als die gänzliche Rückerstattung der Honorare gemäss Art. 59 Abs. 1 lit. b KVG (insbesondere eine bloss teilweise Rückerstattung der Honorare gemäss Art. 59 Abs. 1 lit. b KVG) zu ergreifen wäre.

Damit ist die Klage gutzuheissen und die Beklagte ist zu verpflichten, den Klägerinnen für das Statistikjahr 2016

einen Betrag von Fr. 83'715.-- zurückzubezahlen.

E. 4

Mit Verfügung vom 16. Januar 2020 wurde den Parteien Frist angesetzt, um dem leitenden Mitglied des Schiedsgerichts aus den sie betreffenden Untergruppen «ärztliche Leistungen» beziehungsweise «Krankenversicherung» je eine Person als Schiedsrichter bzw. Schiedsrichterin vorzuschlagen, unter der Androhung, dass bei Säumnis Verzicht auf das Vorschlagsrecht angenommen werde (Urk. 24). Die Klägerinnen schlugen lic. iur. Isabel Kohler Muster, Fürsprecherin, als Schiedsrichterin vor (Urk. 27), während sich die Beklagte nicht vernehmen liess (Urk.

26). Mit Verfügung vom 26. Februar 2020 (Urk. 28) erwog das leitende Mitglied, lic. iur. Isabel Kohler Muster, Fürsprecherin, könne

in der vorliegenden Angelegenheit aufgrund ihrer leitenden Stellung beim Vertreter der Klägerinnen nicht als unbefangen betrachtet werden. Es wurden Prof. Dr. med. Florian

Buck aus der Untergruppe « ärztliche Leistungen » und lic . iur . Reto Dietschi

aus der Untergruppe « Krankenversicherung » als Schiedsrichter für den vorliegenden Prozess in Aussicht genommen. Sodann wurde angekündigt, dass die in Aussicht genommenen Schiedsrichter als ernannt gälten, sofern nicht innert einer Frist von 20 Tagen ab Erhalt der Verfügung Einwände erhoben würden (Urk. 28). Da die Parteien diese Frist unbenutzt verstreichen liessen, wurden die in Aussicht genommenen Schiedsrichter mit Verfügung vom 7. Mai 2020 bestellt. Auf Ersuchen hin (Urk. 33) reichten die Klägerinnen mit Eingabe vom 17. Juni 2020

(Urk. 34) die bis anhin fehlende Beilage 5 der Klageschrift (Rechnungssteller-Statistik vom 17. Juli 2017; Urk. 35) nach. Je eine Kopie von Urk. 34 und Urk. 35 wurde am 18. Juni 2020 per eingeschriebener Sendung an die Beklagte versandt (Urk. 36).

Das Schiedsgericht zieht in Erwägung: 1.

E. 5

(Urk. 35 S. 3) graphisch abgebildet und falle auch optisch auf. Demnach sei ersichtlich, dass die Beklagte Patienten in sämtlichen Altersgruppen deutlich teurer behandle, als dies das Vergleichskollektiv tue. Ebenfalls exorbitant hohe Werte würden die veranlassten Laboruntersuchungen aufweisen. Mit einem RSS-Index von 418 lägen diese deutlich über dem Durchschnittswert der Vergleichsgruppe. Auch hier seien der Klägerschaft keine Gründe ersichtlich, weshalb die Morbidität des Patientenkollektivs der von Herrn Dr. med. Y. ___

betriebenen Praxis eine derart häufigere Anwendung von Laboranalysen verlange (Urk. 20 S. 6).

E. 5.1

Gemäss § 52 GSVGer richtet sich die Bemessung der Kosten- und Entschädigungsfolgen nach den Bestimmungen der ZPO. Demgemäss werden die Prozesskosten der unterliegenden Partei auferlegt (Art. 106 Abs. 1 ZPO).

In Anwendung von Art.

96 ZPO sowie von

§ 4 Abs. 1 der Gebührenverordnung des Obergerichts (GebV OG) ist die Gerichtsgebühr bei einem Streitwert von Fr. 83'715.-- aufgerundet Fr.

E. 5.2

Gemäss

Art. 95 Abs. 3 in Verbindung mit Art. 106 Abs. 1 ZPO hat das Gericht zu Lasten der unterliegenden Parteien eine Parteientschädigung festzusetzen. Eine Partei hat in der Regel nur Anspruch auf eine Prozessentschädigung, wenn sie berufsmässig (anwältlich) vertreten ist. In begründeten Fällen wird eine angemessene Umtriebsentschädigung zugesprochen, wenn eine Partei nicht berufsmässig vertreten ist (Art. 95 Abs. 3 lit. b und c ZPO). Die Klägerinnen sind nicht berufsmässig vertreten. Krankenkassen und anderen mit öffentlichrechtlichen Aufgaben betrauten Organisationen ist praxisgemäss in der Regel keine Parteientschädigung zuzusprechen (vgl. BGE 112 V 356 E. 6 mit Hinweisen). Das Schiedsgericht erkennt: 1.

In Gutheissung der Klage wird die Beklagte verpflichtet, den Klägerinnen für das Statistikkjahr 2016 einen Betrag von insgesamt Fr. 83'715.-- zurückzubezahlen. 2.

Die Gerichtskosten von Fr.

E. 8

' 100.-- werden der Beklagten auferlegt.

Rechnung und Einzahlungsschein werden der Kostenpflichtigen nach Eintritt der Rechtskraft zugestellt. 3.

Es werden keine Parteientschädigungen zugesprochen. 4.

Zustellung gegen Empfangsschein an: - santésuisse - X.____ AG - Bundesamt für Gesundheit - Gesundheitsdirektion des Kantons Zürich sowie an: - Gerichtskasse (im Dispositiv nach Eintritt der Rechtskraft) 5.

Gegen diesen Entscheid kann innert 30 Tagen seit der Zustellung beim Bundesgericht Beschwerde eingereicht werden (Art. 82 ff. in Verbindung mit Art. 90 ff. des Bundesgesetzes über das Bundesgericht, BGG). Die Frist steht während folgender Zeiten still: vom siebten Tag vor Ostern bis und mit dem siebten Tag nach Ostern, vom 15. Juli bis und mit dem 5. August sowie vom 18. Dezember bis und mit dem 2. Januar (Art. 46 BGG).

Die Beschwerdeschrift ist dem Bundesgericht, Schweizerhofquai 6, 6004 Luzern, zuzustellen.

Die Beschwerdeschrift hat die Begehren, deren Begründung mit Angabe der Beweismittel und die Unterschrift des Beschwerdeführers oder seines Vertreters zu enthalten; der angefochtene Entscheid sowie die als Beweismittel angerufenen Urkunden sind beizulegen, soweit die Partei sie in Händen hat (Art. 42 BGG).
Schiedsgericht in Sozialversicherungsstreitigkeiten des Kantons Zürich
Das leitende Mitglied
Die Gerichtsschreiberin Vogel Muraro

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