

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT SR.2021.00003 vom 25. März 2023

ZH Sozialversicherungsgericht, 2023-03-25, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_SR.2021.00003

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT SR.2021.00003 du 25 mars 2023

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT SR.2021.00003 del 25 marzo 2023

Erwägungen

E. 1

Die Klägerinnen, vertreten durch *santésuisse*, erhoben mit Eingabe vom 15. Juni 2021 (Urk. 1 samt Beilagen [Urk. 2/1 -3, Urk. 2/6-8 und Urk. 2/ 13-16]) Klage gegen med. prakt. X. und beantragten, der Beklagte sei für das Jahr 2019 gemäss Regressions-Index zur Rückzahlung von Fr.

418'831.--, eventualiter gemäss ANOVA-Index zur Rückzahlung von Fr.

370'700.-- an die Klägerinnen zu verpflichten. Es sei davon Vormerk zu nehmen, dass sie sich das Recht vorbehalten, den Rückforderungsbetrag nach Abschluss des Beweisverfahrens anzupassen. In prozessualer Hinsicht wurde die Sistierung des Gerichtsverfahrens bis zum Abschluss des Verfahrens vor der Kantonalen Paritätischen Kommission (KPK), längstens jedoch um ein Jahr, beantragt. Bei Wiederaufnahme des Verfahrens vor Schiedsgericht sei, sofern gesetzlich bzw. sachlich notwendig, ein Vermittlungsverfahren durchzuführen

(Urk. 1 S. 3). Mit Verfügung vom 21. Juni 2021 wurde das Verfahren antragsgemäss sistiert, längstens bis am 15. Juni 202

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 der Beklagte den Klägerinnen für das Jahr 2019 erhaltene Vergütungen wegen unwirtschaftlicher Behandlungsweise zurück bezahlen muss und gegebenenfalls wie hoch der entsprechende Betrag ist. 2.

E. 2

Mit Eingabe vom 23. Juli 2021 beantragten die Klägerinnen die Fortführung des Verfahrens, da eine Vermittlung vor der KPK mangels Einlassung des Beklagten aufgrund seines unbekanntes Aufenthaltsortes gescheitert sei (Urk. 11 und Urk.

12), worauf ihnen mit Verfügung vom 9. September 2021 Frist zur Stellungnahme betreffend örtliche Zuständigkeit des Schiedsgerichts in Sozialversicherungsstreitigkeiten des Kantons Zürich und zur Erklärung, ob sie an der Klage festhielten, angesetzt wurde (Urk. 13). Mit Eingabe vom 15.

September 2021 hielten die Klägerinnen an der Klage fest (Urk. 15

samt Beilagen [Urk. 16/1-2]). Daraufhin wurde die Sistierung des Verfahrens mit Verfügung vom

21.

September 2021 aufgehoben und dem Beklagten wurde eine Frist von 20 Tagen ab Publikation der Verfügung im Amtsblatt angesetzt zur Erstattung einer freiwilligen schriftlichen Stellungnahme sowie zur Bezeichnung eines Zustellungsdomizils in der Schweiz, unter der Androhung, dass bei Säumnis künftige Entscheide des Gerichts ohne Publikation im Amtsblatt zur Abholung bereitgehalten würden

(Urk. 17, Urk. 18). Der Beklagte liess sich in der Folge nicht vernehmen.

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 (in der von 1. Januar 2005 bis 31. März 2021 in Kraft gewesenen Fassung)

werden gegen Leistungserbringer, welche gegen die im Gesetz vorgesehenen Wirtschaftlichkeits- und Qualitätsanforderungen (Art.

56 und 58 KVG [ebenfalls in der bis 31. März 2021 in Kraft gewesenen Fassung]) oder gegen vertragliche Abmachungen verstossen, Sanktionen ergriffen, unter anderem um fassen 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 Verschulden des Leistungserbringers voraus gesetzt wird (BGE 141 V 25 E. 8.4).

E. 2.3

Die Daten, welche der Kontrolle der Wirtschaftlichkeit ambulant tätiger Leistungserbringer zugrunde

liegen, wurden am 20 . Juli 20 20 validiert und zertifiziert (Urk. 2/6) und die Klage ging am 16. Juni 2021 beim hiesigen Gericht ein (Urk.

1). Damit ist eine Verwirkung der Rückforderung
rechtsprechungsgemäss noch nicht eingetreten. 3.

E. 3

Mit Verfügung vom 29. Oktober 2021 wurde den Klägerinnen Frist zur Ergänzung der Klage sowie zur Einreichung allfälliger weiterer Beweismittel angesetzt (Urk. 19). Mit Eingabe vom 15. November 2021 verzichteten diese auf e ine Er gänzung der Klage (Urk. 21). In der Folge wurde dem Beklagten mit Verfügung vom 18.

November 2021 Frist zur Erstattung einer Klageantwort angesetzt (Urk.

22), welche er ungenutzt verstreichen liess . Mit Verfügung vom 27. Januar 2022

wurde den Parteien Frist angesetzt, um dem leitenden Mitglied des Schieds gerichts aus den sie betreffenden Untergruppen «ärztliche Leistungen» bezie hungsweise «Krankenversicherung» je eine Person als Schiedsrichter bzw. Schiedsrichterin vorzuschlagen, unter der Androhung, dass bei Säumnis Verzicht auf das Vorschlagsrecht angenommen werde (Urk. 23) . Die Klägerinnen schlugen mit Eingabe vom

E. 3.1

Die Klägerinnen stellten den Hauptantrag, der Beklagte sei für das Statistikjahr 2019 gemäss Regressions-Index zur Rückzahlung von Fr.

418'831.-- zu ver pflichten (Urk. 1 S. 3).

E. 3.2

.1

Gemäss Art. 56 Abs. 6 KVG legen Leistungserbringer und Versicherer vertraglich eine Methode zur Kontrolle der Wirtschaftlichkeit fest.

E. 3.2.2

Die Vereinigung der Schweizer Ärztinnen und Ärzte (FMH) auf der einen Seite, santésuisse (Die Schweizer Krankenversicherer) und curafutura (Die innovativen Krankenversicherer) auf der anderen Seite haben sich ge stützt auf Art. 56 Abs. 6 KVG in einem am 27. Dezember 2013 resp. 16. Januar 2014 geschlossenen Vertrag auf die Varianzanalyse (ANOVA) als statistische Methode zur Kontrolle der Wirtschaftlichkeit verständigt. Dies wurde vom Bundesgericht als zulässig erachtet. Art. 56 Abs. 6 KVG enthalte keine Spezifizierung oder exemplarische Auf zählung von Kriterien, die bei der Durchführung der Kontrolle zu berücksichtigen seien. Die Kriterien seien partnerschaftlich zu erarbeiten und festzulegen; dies liege allein in der Kompetenz der Leistungserbringer und der Versicherer (BGE 144 V 79 E. 5.3.1 mit Verweis auf BBl 2011 2524 und 2529 ff.).

Die Vertragsparteien vereinbarten damals sodann, dass das Varianzanalysenmodell künftig von Leistungserbringern und Versicherern gemeinsam weiterentwickelt und unter anderem durch Morbiditätsvariablen ergänzt werden solle (vgl. BGE 144 V 79 E. 5.1). Diese Weiterentwicklung wurde durch die Vereinbarung und die Implementierung der Regressions-Methode (oder Screening-Methode) verwirklicht (vgl. den Vertrag betreffend die Screening-Methode im Rahmen der Kontrolle der Wirtschaftlichkeit gemäss Art. 56 Abs. 6 KVG vom 10. Juli 2018 beziehungsweise 15./23. August 2018 [Version vom 20. März 2018; Urk. 2/9] sowie das Urteil 9C_558/2018 und 9C_559/2018 des Bundesgerichts vom 12. April 2019 E. 7.1 mit Hinweis).

E. 3.2.3

Die Rechnungssteller-Statistik (RSS) bildet die Datenbasis sowohl für die Methode des Durchschnittskostenvergleichs (DKV) als auch des Varianzanalysenmodells (ANOVA-Methode) zur Bemessung der Wirtschaftlichkeit der Leistungen von praktizierenden Ärztinnen und Ärzten im Hinblick auf die Rückerstattung der Honorare wegen nicht wirtschaftlicher ambulanter Tätigkeit. Vergleichsgruppe bilden die Ärzte und Ärztinnen einer Facharztgruppe (gemäss Einteilung der FMH) in der Schweiz. Im Unterschied zum Durchschnittskostenvergleich werden bei der ANOVA-Methode die Kosten der einzelnen Leistungserbringer in Bezug auf die statistisch signifikanten, d.h. nicht zufälligen Merkmale «Alter und Geschlecht» der Patienten sowie «Kanton», in dem die ambulante ärztliche Tätigkeit ausgeübt wird, standardisiert. Damit werden die Kosten so ausgewiesen, als hätte der betreffende Arzt die gleiche Alters- und Geschlechterverteilung wie die Vergleichsgruppe als Ganzes und wie wenn alle Leistungserbringer im selben Kanton tätig wären. Die ANOVA-Methode ergibt Indizes betreffend die direkten Kosten (ohne Medikamente), die Medikamentenkosten (direkt und veranlasst) sowie die totalen Kosten (jeweils pro Erkrankten; vgl. das Urteil 9C_558/2018 und 9C_559/2018 des Bundesgerichts vom 12. April 2019 E. 7.1 mit Hinweis).

E. 3.2.4

Die neue statistische Regressionsanalyse (oder Screening-Methode), welche ab dem Statistikjahr 2017 zur Anwendung kommt (vgl. den Vertrag betreffend die Screening-Methode im Rahmen der Kontrolle der Wirtschaftlichkeit gemäss Art. 56 Abs. 6 KVG vom 10. Juli 2018 beziehungsweise 15./23. August 2018 [Version vom 20. März 2018; Urk. 2/

E. 3.2.5

Gemäss Schilderungen der santésuisse in der Klage vom 15. Juni 2021 erfolgt das zweistufige Verfahren der Regressionsanalyse zusammengefasst wie folgt: Die erste Stufe

der Regressionsanalyse habe zum Ziel, den nicht durch die Morbiditätskriterien erklärbaren Teil der totalen Kosten pro Erkrankten im Vergleich zu den Durchschnittskosten eines Arztes aus derselben Facharztgruppe in der Schweiz zu quantifizieren. Auf einer zweiten Stufe werde das Residuum nicht erklärbarer Arztkosten pro Erkrankten um zwei weitere Kriterien korrigiert. Dies seien einerseits der Praxisstandort-Kanton, welcher bereits unter der ANOVA-Methode berücksichtigt worden sei, und andererseits fachspezifische Kriterien der Ärzteschaft. Mit letzteren werde gemäss der Regressions-Methode der Tatsache Rechnung getragen, dass bestimmte Facharztgruppen komplexere und so mit typischerweise teurere Leistungen erbrächten als andere. Es handle sich um Faktoren, die pro Arzt konstant seien und damit innerhalb des Patientenkollektivs nicht variierten. Nach erfolgter Korrektur verbleibe der potentiell unwirtschaftliche Teil der Kosten pro Erkrankten des Arztes. Im Zusammenhang mit diesem zweistufigen Verfahren werde der sogenannte Regressionsindex berechnet. Dieser zeige an, um wie viele Prozentpunkte die Kosten pro Erkrankten eines Arztes über oder unter den Durchschnittskosten der Vergleichsgruppe lägen. Ärzte, die den mittleren Indexwert von 100 Punkten deutlich überschritten, gälten als statistisch auffällig. Für sämtliche Kostenarten (totale Kosten, direkte Arztkosten, direkte sowie veranlasste Medikamenten-, Labor- und MiGeL -Kosten sowie veranlasste Physiotherapiekosten) erfolge eine eigene Regressionsanalyse mit separat ausgewiesenen Indizes. Für die Beurteilung der (Un-)Wirtschaftlichkeit massgebend sei der Index totale Kosten. Vor dem Hintergrund der optimierten Spezifität der Methode rechtfertige es sich, die Obergrenze des Toleranzbereichs zu reduzieren und neu auf 120 Indexpunkte festzulegen. Die neue Methode würde es sogar erlauben, die Obergrenze unter 120 Indexpunkten anzusetzen (Urk. 1 S. 5-7).

E. 3.2.6

Die Anwendung der Screening-Methode ab dem Statistikjahr 2017 ist nicht zu beanstanden, haben sich die Vertragsparteien doch darauf verständigt (vgl. den Vertrag betreffend die Screening-Methode im Rahmen der Kontrolle der Wirtschaftlichkeit gemäss Art. 56 Abs. 6 KVG vom 10. Juli beziehungsweise 15./23.

August 2018 [Version vom 20. März 2018; Urk. 2/

E. 3.3

Der Beklagte, welcher über den Weiterbildungstitel Psychiatrie und Psychotherapie verfügt, praktizierte im Jahr 2019 im Kanton Zürich unter der Zahlstellennummer «1». Gemäss Regressionsbericht-Statistikjahr 2019 vom 20. Juli 2020 betragen die totalen direkten

Kosten (Bruttoleistung) im Jahr 201

E. 3.4

Der Beklagte liess sich im Verfahren vor dem Schiedsgericht nicht vernehmen. Damit verzichtete er darauf, darzulegen, inwieweit bei ihm oder beim Patienten gut besondere Umstände oder spezielle Verhältnisse vorlägen. Praxisbesonderheiten oder andere spezielle Verhältnisse, welche das Überschreiten des Toleranzwertes von 120 Indexpunkten erklären könnten, sind denn auch nicht ersichtlich. Damit lässt sich die Überschreitung des Toleranzwertes nicht begründen.

E. 3.5

In Anwendung der Regressions-Methode errechneten die Klägerinnen eine Rückforderungssumme von Fr. 418'831.-- (Fr. 515'484.-- [Totale direkte Kosten] / 640 [Regressions-Index] x [640 {Regressions-Index} - 120 {Toleranzbereich}]; vgl. Urk. 1 S. 8-9), welche in diesem Umfang ausgewiesen ist.

E. 3.6

Vor dem Hintergrund der im betreffenden Jahr 2019 abgerechneten 3'466 Stunden des Beklagten (Urk. 2/15) - was bei einer Fünftageweche zu einem Arbeitstag von über 15 Stunden führt (vgl. die Berechnung der Klägerinnen in Urk. 1 S. 9 f.) - ist abschliessend festzuhalten, dass keine Gründe ersichtlich sind, weshalb eine weniger einschneidende Sanktion als die gänzliche Rückerstattung der Honorare d.h. eine bloss teilweise Rückerstattung der Honorare (Art. 59 Abs. 1 lit. b KVG) zu ergreifen wäre. 4.

Damit ist die Klage gutzuheissen und der Beklagte ist zu verpflichten, den Klägerinnen für das Statistikjahr 201

E. 7

Februar 2022

lic.

iur. Reto Dietschi aus der Untergruppe «Krankenversicherung» als Schiedsrichter vor (Urk. 25). Der Beklagte liess sich dazu weiterhin nicht vernehmen. 4.

Mit Verfügung vom 22. März 2022 (Urk. 27) wurden Dr. med. Daniel Hüsey 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. Da die Parteien keine Einwände erhoben, wurden die in Aussicht genommenen Schiedsrichter mit Verfügung vom 14. Juni 2022 bestellt (Urk. 2

E. 9

einen Betrag von insgesamt Fr. 418'831.-- zurückzubezahlen. 2.

Die Gerichtskosten von Fr. 14'000.-- werden

dem Beklagten auferlegt. Die Gerichtskosten werden mit dem von den Klägerinnen geleisteten Kostenvorschuss von Fr.

14'000.-- verrechnet. Der Beklagte wird verpflichtet, den Klägerinnen diesen Kostenvorschuss von Fr. 14'000.-- zu ersetzen. 3.

Es werden keine Parteientschädigungen zugesprochen. 4.

Zustellung gegen Empfangsschein an: - santésuisse - Bundesamt für Gesundheit - Gesundheitsdirektion des Kantons Zürich sowie durch Publikation im Amtsblatt: - med. prakt. X.____ sowie an: - Gerichtskasse (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 Bundes

gesetzes 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 15. August sowie vom 18. Dezember bis und mit dem 2. Januar (Art. 46 BGG).

Die Beschwerdeschrift ist dem Bundesgericht, Schweizerhofquai 6, 6004 Luzern, zuzu stellen.

Die Beschwerdeschrift hat die Begehren, deren Begründung mit Angabe der Beweis mittel und die Unterschrift des Beschwerdeführers oder seines Vertreters zu enthalten; der angefochtene Entscheid sowie die als Beweismittel angerufenen Urkunden sind bei zulegen, soweit die Partei sie in Händen hat (Art. 42 BGG). Schiedsgericht in Sozialversicherungsstreitigkeiten des Kantons Zürich Der VorsitzendeDie Gerichtsschreiberin VogelWantz

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