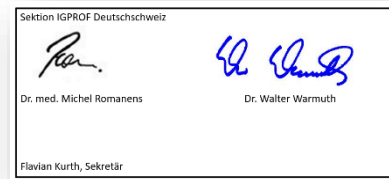


# Wissenskompodium

## Wirtschaftlichkeitsverfahren für Anwalts-Kanzleien, Richterinnen und Richter sowie für Arzt-Praxen

### Autoren:

Dr. med. Michel Romanens (verantwortlich, mit Unterschrift)  
Dr. Walter Warmuth (verantwortlich, mit Unterschrift)  
Flavian Kurth, Sekretär VEMS / Stiftung FAIRFOND



### Der neueste Text ist jeweils hier publiziert:

Deutsch, gefolgt von der französischen Übersetzung:  
<https://docfind.ch/VEMSKompodiumWZW2024.pdf>

**Version auf Französisch folgt auf am Schluss. Bei Unklarheiten gilt die deutsche Version.**

### Copyright:

Der gesamte Text darf nur unter Verwendung der Quellenangabe zitiert werden.

### Vorschlag für das Quellenzitat deutsche Version:

Wissenskompodium Wirtschaftlichkeitsverfahren für Anwalts-Kanzleien, Richterinnen und Richter sowie für Arzt-Praxen. Romanens, M, Warmuth W, Kurth F.  
<https://docfind.ch/VEMSKompodiumWZW2024.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  
Spitalstrasse 9  
4600 Olten  
michel.romanens@hin.ch

### Webseiten:

<https://physicianprofiling.ch>  
<https://igprof.ch>  
<https://wirtschaftlichkeitspruefung.ch>  
<https://vems.ch>

Olten, 16.01.2024 (erweiterte Version), überarbeitet am 29.01.2024, überarbeitet am 16.02.2024 mit dem neuen Bundesgerichtsurteil 9c\_135/2022 und der Einschätzung von Prof. Kieser dazu vom 27.02.2024

## Inhaltsverzeichnis

Inhaltsverzeichnis .....	2
Deklaration.....	3
Nutzen und Nutzer dieses Kompendiums.....	3
Zusammenfassung .....	6
Nach 20 Jahren: Reset der Wirtschaftlichkeitsverfahren basierend auf BGE 9C_135/2022.....	7
Aktennotiz Prof. Kieser vom 27.02.204 zum BGE 9C-134 .....	39
Bestimmung der Wirtschaftlichkeit.....	44
Analyse der nicht-DDD Variablen auf Inhomogenität.....	47
Analyse der Inhomogenität von Medikamentenvariablen (DDD, PCG) .....	52
Probleme bei der PCG-induzierten Morbiditätszuordnung .....	55
Toleranzgrenzen-Analyse .....	59
Richterliche Untersuchungspflicht .....	61
Beispiel für die Unterlassung der richterlichen Untersuchungspflicht, mit Kommentaren der IGPROF .....	63
Permanente juristische Zweifel am Screening-Verfahren .....	67
Praxis-zentrierte Verteidigungsstrategie.....	68
Vergleichsgruppen-zentrierte Verteidigungsstrategie.....	70
Gegenklagen .....	74
Schlussfolgerungen und Konsequenzen.....	75
Konkrete Forderungen.....	78
Déclaration.....	105
Utilité et utilisateurs de ce compendium.....	105
Résumé.....	108
Détermination de l'économicité.....	117
Analyse de l'hétérogénéité des variables non-DDD.....	120
Analyse de la non-homogénéité des variables relatives aux médicaments (DDD, PCG) .....	124
Problèmes d'attribution de la morbidité induite par les PCG.....	127
Analyse des limites de tolérance .....	131
Obligation d'enquête du juge .....	134
Exemple d'omission de l'obligation d'enquête par le juge, avec commentaires de l'IGPROF.....	135
Doutes juridiques permanents sur la procédure de dépistage .....	139
Stratégie de défense centrée sur le cabinet médical.....	140
Stratégie de défense centrée sur le groupe de comparaison.....	142
Contre-attaques .....	146
Conclusions et conséquences.....	147
Des demandes concrètes.....	150

## Deklaration

Die Interessensgruppe «Physician Profiling» befasst sich mit der Qualität und den Auswirkungen von Profilen in der Medizin. Profile werden erstellt, um beispielsweise Erkrankte, Medikamenten-(neben-)wirkungen und Arztpraxen auf besondere Merkmale hin untersuchen zu können. In der Gesundheitsökonomie werden Profile erstellt, welche es gestatten sollen, die Kosteneffektivität von Medikamenten oder Arztpraxen zu beurteilen. Das erstellte Profil wird aus erklärenden Variablen gebildet. In Abhängigkeit des Erklärungsgehalts der verwendeten Variablen erhalten wir zuverlässige bzw. unzuverlässige Profile<sup>1</sup>. Werden unzuverlässige Profile verwendet, erfolgen Fehlklassifizierungen mit realen Folgen im Medizinalltag. Es lohnt sich deshalb, die Qualität der verwendeten Profile zu überprüfen und bei feststellbaren Fehlklassifizierungen die medizinischen, rechtlichen, sozialen und ethischen Folgen zu benennen.

## Nutzen und Nutzer dieses Kompendiums

Wenn Anwaltskanzleien von Arztpraxen 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 in diesen Verfahren in der Vergangenheit je von den Versicherern von der Forderung einer Rückzahlung letztlich abgesehen wurde. Solche Fälle existieren in der Tat auch nur sehr wenige, und so scheint es den eingeklagten Praxen den besten Dienst zu erweisen, wenn die Kanzlei ihre Verteidigung auf einen möglichst günstigen Vergleich ausrichtet und ihre Kräfte und ihr Engagement dahingehend bündelt. Zumal dies ja oftmals auch der Wunsch der Praxis ist: Die Sache mit einem Vergleich möglichst schmerzlos hinter sich zu bringen, um sich wieder auf die Arbeit mit den Patientinnen und Patienten konzentrieren zu können.

Dabei geraten die Anwaltskanzleien allerdings unweigerlich in ein Gewissensdilemma: Die Regeln der Rechtsstaatlichkeit gelten bei den Wirtschaftlichkeitsverfahren offenbar nur bedingt. So gelten die als Überarzt identifizierten Praxen regelmässig als rückerstattungspflichtig, wenn sie nicht in der Lage sind, ihre Wirtschaftlichkeit zu beweisen. Bei dieser Vorverurteilung stützen sich die Versicherungsgesellschaften überdies auf die Beweismittel der Versicherer als klagender Partei, ohne eigene, neutrale Beweismittel zu erheben oder einholen zu lassen. Auch dies ist ein Vorgehen, das einzigartig und in keiner anderen Verfahrensgattung üblich oder nur schon akzeptiert ist. Die Beweismittel der Versicherer

---

<sup>1</sup> [https://www.rand.org/content/dam/rand/pubs/technical\\_reports/2010/RAND\\_TR863.pdf](https://www.rand.org/content/dam/rand/pubs/technical_reports/2010/RAND_TR863.pdf)

schliesslich erweisen sich bei genauem Besehen als alles andere als sachdienlich: Man stützt sich auf Abweichungen von Mittelwerten, welche mit Variablen, die die Praxisbesonderheiten auffangen sollen, verfeinert und adjustiert werden. Eine Praxis, die auch dann noch als Überarztpraxis erscheint, kann nicht mit einem günstigen Urteil der Richterinnen und Richter rechnen. Es geht dann nur noch um einen möglichst günstigen Vergleich. Und auch die Variablen, welche höhere Durchschnittskosten angeblich erklären sollen, tun ihren Dienst nicht nur ungenügend, sie können sogar den gegenteiligen Effekt haben: «begründen», dass eine Praxis, die effektiv nicht überarztet, angeblich überarztet.

Je nachdem, wie tief die beauftragte Anwaltskanzlei 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 ein einmaliger Ausrutscher ist, sondern systematisch erfolgt, also gängiger Rechtspraxis und Usanz entspricht. Wie damit leben und sich seinen Berufsstolz, sein Berufsethos bewahren? Auch die engagierteste Juristin und der engagierteste Jurist steht hier vor einem Dilemma, wie es in dieser Art einzigartig ist in der Schweizer Rechtsprechung. Es bleibt im Grunde nur, sich nicht an Gemessenem und Erfahrenem zu orientieren – und auch nicht an Erzähltem: dem so gepflegten Narrativ einer Ärzteschaft, die in der Regel wohl schon eher etwas zu viel abklärt und behandelt. Wie man ja allenthalben in den Medien liest ...

Auch auf die Ärztinnen und Ärzte der beklagten Praxen kann sich ein solches unfaires Verfahren indes desaströs auswirken. Wie die Kanzlei, so wollen auch sie in aller Regel einfach eine gute Arbeit machen und haben nach bestem Wissen und Gewissen behandelt. Sie sind sich also keiner Schuld bewusst und haben zumeist auch keine solche begangen. Sie haben 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 Rückzahlungsverpflichtung oder mit einem deftigen Vergleich da, und zu allem müssen sie nun auch noch die Rechnungen der beauftragten Kanzlei begleichen. Das kann zu Spannungen und vielleicht zu einer unfairen Beurteilung des Engagements der Kanzlei durch die Praxis führen.

Um solche unschönen Situationen möglichst zu verhindern, hilft der systematische Aufbau von Wissen. Denn 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 der 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. Dies soll helfen, in den jeweiligen Fällen mehr zu erreichen, bessere Vergleiche oder hoffentlich mit der Zeit auch immer mehr Verfahrenseinstellungen. Über den Einzelfall hinaus soll damit erreicht werden, dass die Versicherer mehr Widerstand wahrnehmen und in der Folge gezwungen sind, ihr unfaires Verhalten insgesamt zu überdenken.

## Zusammenfassung

Dank den 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 zwingend eine homogene Vergleichsgruppe voraus, weil selbst mit dem Regressionsindex kaum mehr als 13%-39% der Kosten erklärt werden können. Daraus lässt sich ableiten, dass der Toleranzbereich von 130% willkürlich ist.

Über 50 Variablen charakterisieren gemäss heutigem Stand diese Vergleichsgruppen. Die Analyse der Vergleichsgruppen-Datenbanken zeigt aber, dass die Vergleichsgruppen nicht homogen sind. Daraus folgt zugleich, dass die analytische Methode (d.h. die Prüfung von Einzelfällen) zwingend notwendig, um beim Bestehen von Praxisbesonderheiten eine allfällige Unwirtschaftlichkeit festzustellen. Ferner erzeugen die verwendeten pharmazeutischen Kostengruppen des Bundes (PCG) eine erhebliche Rechtsungleichheit, weil mehr als 6 Mia Fr. an jährlichen Medikamentenkosten nicht in der PCG Liste aufgeführt sind. Die Prüfmethode von santésuisse erzeugt wegen der statistischen Mängel zahlreiche Fälle von Unwirtschaftlichkeit wegen der Prüfmethode, ein unwirtschaftlicher Artefakt mit über 10'000 falschen und unnötigen Klagen durch die santésuisse.

Die Praxisbesonderheiten der Vergleichsgruppen sind nicht bekannt. Wenn die Praxisbesonderheiten in der Vergleichsgruppe von der richterlichen Untersuchungspflicht – wie heute üblich – nicht erfasst werden, besteht ein Verfahrensfehler. Dieser führt regelmässig zur Verletzung von verfassungsmässig garantierten Grundrechten und zu Widerklagen.

Die Untersuchungspflicht betreffend die 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.

Mit dem Bundesgerichtsentscheid vom 12.12.2023, publiziert am 13.02.2024 (BGE\_9C 135/2022) gilt neu der Regressionsindex nicht mehr als Beweismittel für Unwirtschaftlichkeit, die Beweislastumkehr existiert nicht mehr und die Einzelfallprüfung von erhöhten Kosten ist zwingend notwendig, um überhaupt eine Klageerhebung durchzuführen. Damit sind zahlreiche Aktivitäten (Vorverurteilungen) durch paritätische Kommissionen obsolet. Ab sofort ist es generell nicht zu verantworten, rein aufgrund des Regression-Indexes eine Busse zu bezahlen.

## Nach 20 Jahren: Reset der Wirtschaftlichkeitsverfahren basierend auf

### BGE 9C\_135/2022

In einem wegweisenden Entscheid hat das Bundesgericht die Entwicklung der Wirtschaftlichkeitsverfahren in Richtung einer mathematischen Maschine ohne Bezug zur medizinischen Realität in zentralen Punkten gestoppt:

1. Der Regressions-Index ist kein Beweismittel mehr (und war er ja auch nie)
2. Andere Methoden der Wirtschaftlichkeitsprüfungen als der Regressionsindex sind nicht statthaft (Data mining, normative Minutage ecc.).
3. Der Vertrag FMH-santésuisse-Curafutura vom 01.02.2023 ist falsch konzipiert, die Beweisumkehr und andere Methoden der Wirtschaftlichkeitsprüfungen sind nicht zulässig.
4. Praxisbesonderheiten müssen zwingend berücksichtigt werden, bevor eine Klage bei den kantonalen Behörden eingereicht werden kann.
5. Die behandelten Krankheiten müssen in der Vergleichsgruppe weitgehend ähnlich sein, Ausreisserpraxen sind zu eliminieren.

Bisher haben Gerichte und paritätische Kommissionen diese seit 20 Jahren vom VEMS monierten Grundsätze mit der Folge zahlreicher Fehlverurteilungen wie folgt fälschlicherweise als korrekt angenommen:

1. Der Regressions-Index beweist Unwirtschaftlichkeit, es sei denn, die Arztpraxis kann Praxisbesonderheiten geltend machen.
2. Die Vergleichsgruppenbildung umfasst ein rechtsgenügsam homogenes Krankengut.

## Bedeutung dieses Bundesgerichtsentscheides

Entgegen dem WZW-Vertrag vom 01.02.2024 ist eine Einzelfallprüfung zwingend notwendig. Das Screenings ist kein Beweismittel mehr, die Beweislastumkehr gilt nicht mehr. Der WZW Vertrag vom 01.02.2023 zwischen FMH, santésuisse und curafutura ist damit obsolet, eine längst fällige Korrektur der Tatsachen durch das Bundesgericht. Die beim Versicherungsgericht einzureichenden Beweismittel sind ohne Feststellung von Praxisbesonderheiten rein aufgrund des Regressions-Indexes nicht mehr möglich. Praxisbesonderheiten wie Selbstdispensation sind zwingend zu berücksichtigen und die gesamte nationale Statistik daran anzupassen. Auch weitere Praxisbesonderheiten werden genannt und müssen berücksichtigt werden, auch Ausreisserpraxen und andere die Homogenität der Vergleichsgruppe störende Faktoren sind zu eliminieren.

## Zusammenfassung der zentralen Erkenntnisse des Bundesgerichts (mit Verweisen auf die Stellen im Urteil)

Das Bundesgericht hat mit diesem neuen Entscheid nochmals klar gemacht, dass die Vergleichsgruppen etwa das gleiche Krankengut behandeln müssen, um Kostenunterschiede bedeutsam für die Rechtsprechung werden zu lassen (4.1.).

Entgegen der Verlautbarung im Vertrag über die Screeningmethode vom 01.02.2023 ist nicht der Arzt beweispflichtig, sondern santésuisse. Allerdings hat der wegen erhöhter Kosten auffällige Arzt eine Mitwirkungspflicht bei der Erklärung von Praxisbesonderheiten. In jedem Fall sind auffällige Kosten nicht mit unwirtschaftlichen Arbeiten gleichzusetzen (4.4.1).

Die Regressionsmethode hat im Gegensatz zum ANOVA Index keine Beweiskraft mehr, auch die Alternative der analytischen Methode entfällt (5.2.1).

Andererseits bleibt bei der Beurteilung der Wirtschaftlichkeit letztlich die analytische Prüfung der Patientendossiers unumgänglich (5.2.4).

Andere Methoden als die Regressionsanalyse sind zudem nicht zulässig, da sie die gleichmässige Kontrolle der Wirtschaftlichkeit unterlaufen (5.2.4). Dazu gehören Data-Mining und Verwendung von normativen Minutagen.

Die individuellen Auffälligen der Arztpraxis können nur im Vergleich zur Vergleichsgruppe festgestellt werden, doch die Daten der Vergleichsgruppe werden nicht verwendet oder sind nicht einmal den Klägerinnen bekannt (5.3.1).

Auffälligkeiten im Screening Verfahren können allenfalls ein Feststellungsverfahren zur Folge haben (5.3.2.), das Screening Verfahren ist somit keine Beweismethode (5.3.2.) und kann keine Klage begründen.

Praxisbesonderheiten können kategorialer Art sein (spezielle Fähigkeiten) oder durch die Zusammensetzung der Erkrankungen vorliegen (5.5.2.).

PCG können teure Krankheiten abbilden, dies bedeutet aber nicht, dass ohne teure PCG nicht teure Krankheiten behandelt wurden (5.5.3).

Das Fehlen eines Fehlerterms (Standardabweichung, Unsicherheitsfaktor) oder das Vorliegen von Ausreisserpraxen und deren Effekte haben nichts mit Unwirtschaftlichkeit zu tun, entsprechend sind solche Fälle auszusondern (5.5.4).

Die Technizität des Screening Verfahrens ist weniger geeignet, als Grundlage für eine Klage zu genügen. Die Klage beim kantonalen Schiedsgericht muss immer auf der Grundlage der Einzelfallprüfung erfolgen (5.6.).

Rückforderungen sind nur auf die überhöhten direkten Kosten zu basieren (6.4.1).

Die notwendigen beweiskräftigen Festlegungen werden durch PCG nicht geliefert (6.5.1).

## Schlussfolgerungen im Klagefall

Von santésuisse angegriffene Arztpraxen haben seit dem neuen Bundesgerichtsurteil eine vollkommen neue und stärker Ausgangslage, dies ist ein seit 20 Jahren notwendiger Reset im Sinne der verbesserten juristischen Beurteilung von Wirtschaftlichkeit. Es ist beim Resultat von erhöhten Kosten gemäss Regressionsindex primär von der Unschuld und damit von der Kostennotwendigkeit der erhöhten Kosten auszugehen. Es liegt an santésuisse die Beweise zu liefern, dass die erhöhten Kosten unwirtschaftlich seien. Zur Ermittlung in dieser Frage ist allerdings die Arztpraxis verpflichtet. Dank den PCG kann jedoch leicht festgestellt werden, ob die Vergleichsgruppe vergleichbare Erkrankte und vergleichbare Krankheiten aufweist. Zudem muss santésuisse die Praxisbesonderheiten der Vergleichsgruppen-Praxen als Beweismittel liefern, damit die Analyse der Praxisbesonderheiten objektiv überhaupt möglich wird. Da santésuisse die Vergleichsgruppen Praxisbesonderheiten nicht kennt, ist santésuisse nicht in der Lage, für die überhöhten Kosten der Arztpraxis Beweise zu fabrizieren. Doch ohne diese Beweise ist mit dem Bundesgerichtentscheid 9C\_135/2022 keine Klageerhebung mehr möglich. Damit wird die gesamte Screening Methode obsolet und die FMH muss, wie wir schon immer gefordert haben, den Weg in die Realität der Unwirtschaftlichkeitserkennung gehen. Dies bedingt vollkommen neue Konzepte und Methoden. Der Vertrag vom 01.02.2023 ist rechtliche Makulatur, die bisherigen Verhandlungen in den paritätischen Kommissionen müssen komplett neu gestaltet werden: die Arztpraxis mit überhöhten Kosten ist nicht den Beweis der Unwirtschaftlichkeit schuldig, sondern santésuisse.



## Detallierte Kommentare zum Text des Bundesgerichts

<p><b>Urteil vom 12. Dezember 2023</b></p> <p><b>III. öffentlich-rechtliche Abteilung</b></p> <p>Besetzung          Bundesrichter Parrino, Präsident,          Bundesrichter Stadelmann,          Bundesrichterin Moser-Szeless, Bundesrichter Beusch,          Bundesrichterin Scherrer Reber,          Gerichtsschreiber Traub.</p>	<p>BGE <a href="#">9C 135/2022</a></p>
	<p><b>Kommentare:</b> Verein Ethik und Medizin Schweiz,          Hervorhebungen durch den VEMS</p>
<p><b>4.</b></p>	
<p><b>4.1.</b> Die zu Lasten der obligatorischen Krankenpflegeversicherung abgerechneten Leistungen müssen wirksam, zweckmässig und wirtschaftlich sein (Art. 32 Abs. 1 KVG). Der Leistungserbringer muss seine Leistungen auf das Mass beschränken, das im Interesse der Versicherten liegt und für den Behandlungszweck erforderlich ist (Art. 56 Abs. 1 KVG). Gegen Leistungserbringer, die gegen die im Gesetz vorgesehenen Wirtschaftlichkeits- und Qualitätsanforderungen verstossen, werden Sanktionen ergriffen. Dazu gehört die gänzliche oder teilweise Rückerstattung der Honorare, welche für nicht angemessene Leistungen bezogen wurden (Art. 59 Abs. 1 lit. b und Abs. 3 lit. a KVG).</p>	
<p>Eine "Überarztung" (frz. <i>polypragmasie</i>, it. <i>polipragmasia</i>) liegt vor, wenn ein Arzt im Vergleich mit anderen Ärzten im gleichen Einzugsgebiet und <b>mit etwa gleichem Krankengut</b> im Durchschnitt erheblich mehr verrechnet, ohne dass er Besonderheiten geltend machen könnte, die den Durchschnitt beeinflussen (<b>BGE 137 V 43 E. 2.2; 136 V 415 E. 6.2</b>). <b>Voraussetzung für die Beurteilung der Wirtschaftlichkeit nach der statistischen Methode (dazu E. 4.2) ist zunächst, dass die Referenzgruppe hinreichend ähnlich zusammengesetzt ist (BGE 137 V 43 E. 2.2)</b>. Nach der bisherigen, vor Einführung der (ab dem Rechnungsjahr 2017 anwendbaren) Screening-Methode (unten E. 4.3.2) geltenden Rechtsprechung ist eine unwirtschaftliche Tätigkeit nicht schon dann zu vermuten, wenn der Gesamtkostenindex der geprüften Arztpraxis den statistischen Mittelwert der Vergleichsgruppe (100 Indexpunkte) überschreitet. Vielmehr besteht eine Toleranz im Bereich von 120 bis 130 Indexpunkten. Darüber hinaus ist einem erhöhten Fallkostendurchschnitt</p>	

<p>infolge praxisspezifischer Kosteneffekte nach der bisherigen Praxis mit einem Zuschlag (zum Toleranzwert) Rechnung zu tragen, sofern die betreffenden Praxisbesonderheiten nicht bereits im Rahmen der anwendbaren Methode berücksichtigt sind (<b>BGE 137 V 43</b> E. 2.2; Urteile 9C_259/2023 vom 18. September 2023 E. 5.2; 9C_656/2020 vom 22. September 2021 E. 4.2; GEBHARD EUGSTER, Krankenversicherung, in: Soziale Sicherheit, SBVR Bd. XIV, 3. Aufl. 2016, S. 680 Rz. 890). <b>Einen Zuschlag rechtfertigen demnach Merkmale wie etwa sehr viele langjährige und/oder ältere Patientinnen und Patienten, eine überdurchschnittliche Zahl von Hausbesuchen, ein sehr hoher Anteil an ausländischen Patienten oder der Umstand, dass keine Notfallpatienten behandelt werden</b> (vgl. Urteil 9C_558/2018 vom 12. April 2019 E. 8.2).</p>	
<p>Die Frage, ob eine unwirtschaftliche ambulante ärztliche Praxistätigkeit gegeben ist, und - gegebenenfalls - die Rückforderung beurteilen sich nach unterschiedlichen Voraussetzungen. Für die Wirtschaftlichkeit ist eine <i>Gesamtbetrachtung</i> aller Kosten massgebend, die vom Verhalten des Arztes abhängig sind. Der Gesamtkostenindex umfasst direkte und veranlasste Kosten pro Erkrankten, also auch solche für verordnete Medikamente, Laborleistungen, Mittel und Gegenstände sowie Physiotherapie. Liegt der Gesamtkostenindex ausserhalb des Toleranzbereichs, ist das Wirtschaftlichkeitsgebot verletzt. In diesem Fall ist die Rückerstattungspflicht zu prüfen. Eine Rückforderung ist begründet, soweit auch der Index der (totalen) <i>direkten</i> Kosten pro Erkrankten den Toleranzwert übertrifft. Dementsprechend sind nur direkte Kosten (einschliesslich der vom betreffenden Arzt abgegebenen Medikamente) rückforderbar (<b>BGE 137 V 43</b> E. 2.5; <b>133 V 37</b> E. 5.3; Urteile 9C_535/2014 vom 15. Januar 2015 E. 5.4 und 9C_732/2010 vom 7. April 2011 E. 3.3 und 3.4).</p>	<p>Die Vergleichsgruppe muss homogen sein betreffend den Diagnosen der Erkrankten.</p> <p>Die Vergleichsgruppe ist der Arztpraxis betreffend Praxisbesonderheiten nicht genügend bekannt, weswegen es immer eine Behauptung der Arztpraxis bleibt, dass eine Praxisbesonderheiten vorliegt. Wie häufig liegen Praxisbesonderheiten in der Vergleichsgruppe vor? Dazu schweigt das Bundesgericht.</p>
	<p>Die Rückforderung kann nur auf die direkten Kosten geltend gemacht werden.</p>
<p><b>4.2.</b> Die Rechtsprechung geht - auf der Grundlage der Situation vor Einführung des Screening-Modells (vgl. E. 4.3.2) - davon aus, die Wirtschaftlichkeit sei sowohl anhand der statistischen Methode (Durchschnittskostenvergleich) als auch der analytischen Methode (Einzelfallprüfung; dazu E. 4.4.2) - oder mittels einer Kombination beider Methoden - überprüfbar. Die statistische Methode beruht auf Statistiken, welche die Versicherer aufgrund der in Rechnung gestellten Vergütungen erstellen (Art. 76 lit. b KVV); dabei werden die einzelnen in Rechnung gestellten Leistungen dem Inhaber der auf der betreffenden Abrechnung vermerkten</p>	

<p>Zahlstellenregister (ZSR) -Nummer zugerechnet (<b>BGE 135 V 237</b> E. 4.6.1; Urteil 9C_420/2022 vom 24. November 2022 E. 5.2).</p>	
<p>Der Durchschnittskostenvergleich stand lange Zeit in der Kritik (dazu PATRIZIA GRATWOHL, Gilt die Screening-Methode als Beweismethode?: Rechtliche Einordnung der in Wirtschaftlichkeitsprüfungen nach Art. 56 KVG verwendeten Regressionsanalyse, in: Jusletter 14. März 2022, Rz. 18 ff. mit Hinweisen; GEBHARD EUGSTER, KVG: Baustelle statistische Wirtschaftlichkeitsprüfung, in: Jusletter 27. August 2012, Rz. 13 f.). Diese Kritik wurde in parlamentarischen Initiativen aufgegriffen (GRATWOHL, a.a.O., Rz. 19 ff. mit Hinweisen). Die Diskussion führte schliesslich zur Einfügung von Art. 56 Abs. 6 in das KVG (Gesetzesänderung vom 23. Dezember 2011; in Kraft seit 1. Januar 2013). Nach dieser Bestimmung legen die Leistungserbringer und Krankenversicherer vertraglich eine Methode zur Kontrolle der Wirtschaftlichkeit fest.</p>	
<p><b>4.3.</b></p>	
<p><b>4.3.1.</b> Dem gesetzlichen Auftrag von Art. 56 Abs. 6 KVG folgend verständigten sich der Berufsverband der Schweizer Ärztinnen und Ärzte (FMH) und die Verbände der Krankenversicherer (Santésuisse und Curafutura) in einem am 27. Dezember 2013/16. Januar 2014 abgeschlossenen Vertrag zunächst auf die Varianzanalyse (" <u>A</u>nalysis of <u>V</u>ariance", ANOVA) als statistische Methode zur Kontrolle der Wirtschaftlichkeit (Ziff. 1 des Vertrags; abrufbar, wie auch die späteren Vereinbarungen, unter &lt;<a href="https://tarifsuisse.ch/unsere-dienstleistungen/leistungsmanagement/wirtschaftlichkeitspruefung/">https://tarifsuisse.ch/unsere-dienstleistungen/leistungsmanagement/wirtschaftlichkeitspruefung/</a>&gt;). Zur Ermittlung des als Referenz dienenden Gesamtkostenindex resp. Fallgruppenwertes werden nach der ANOVA-Methode auf einer ersten Stufe die logarithmierten mittleren Kosten pro Arzt um den Effekt der Zusammensetzung seiner Patienten nach Alter und Geschlecht bereinigt; auf einer zweiten Stufe erfolgt eine Standardisierung nach Facharztgruppe (FMH, bundesweit) und Praxisstandort (Kanton; TROTTMANN/FISCHER/VON RECHENBERG/TELSER, Weiterentwicklung der statistischen Methode zur Überprüfung der Wirtschaftlichkeit: Schlussbericht der Polynomics AG, Studie im Auftrag von FMH, Santésuisse und Curafutura, 2017, S. 7).</p>	
<p>Die Leistungserbringer und Versicherer kamen überein, das Varianzanalyse-Modell gemeinsam weiterzuentwickeln und unter anderem durch Morbiditätsvariablen zu ergänzen (Ziff. 2 des Vertrags). Inskünftig sollten möglichst viele äussere, durch das Verhalten des Arztes nicht direkt beeinflussbare kostenwirksame</p>	

<p>Faktoren bereits im statistischen Modell berücksichtigt werden. Die durchschnittlichen Behandlungskosten werden insbesondere durch die Morbidität der Patienten massgeblich beeinflusst. Mit dem Ausbau der Methode werden einerseits weniger Ärzte mit überdurchschnittlich morbidem Patientenkollektiv ungerechtfertigt auffällig; andererseits kann eine unwirtschaftliche Behandlungsweise von Leistungserbringern mit unterdurchschnittlich morbiden Patienten statistisch sichtbar werden. Da eine direkte Messung der Morbidität - etwa über diagnostische Codes - als schwierig gilt, bleibt nur eine indirekte Abbildung, so über Indikatoren wie Alter oder Medikamentenkonsum (KESSELER/D'ANGELO/TRITTIN, Neue Wege bei der Wirtschaftlichkeitsprüfung, in: SAeZ 2017 S. 208 f.).</p>	
<p><b>4.3.2.</b> Am 20. März 2018 vereinbarten die Verbände die Screening-Methode. Diese gilt für sämtliche Wirtschaftlichkeitskontrollverfahren ab dem Statistikjahr 2017. Es handelt sich um eine Weiterentwicklung der ANOVA-Methode. Die Screening-Methode besteht in einer zweistufigen Regressionsanalyse. Auf der ersten Stufe werden die - die Patienten betreffenden - bisherigen Morbiditätsfaktoren "Alter" und "Geschlecht" mit den Indikatoren "pharmazeutische Kostengruppen (<i>Pharmaceutical Cost Groups, PCG</i>)", "Franchisen" und "Spital- oder Pflegeheimaufenthalt im Vorjahr" ergänzt. Die den Leistungserbringer betreffenden Indikatoren der zweiten Stufe (Facharztgruppe und Standortkanton) bleiben unverändert. Die Vereinbarung verweist auf die Beschreibung der Screening-Methode resp. zweistufigen Regressionsanalyse im Schlussbericht der Polynomics AG von September 2017 (TROTTMANN <i>und andere</i>, a.a.O.).</p>	
<p>Nicht zu verwechseln mit der zweistufigen Regressionsanalyse ist die Zweiteiligkeit der Wirtschaftlichkeitskontrolle insgesamt: Die Tarifpartner betrachten die vereinbarte Screening-Methode als bloss "ersten Schritt"; sie soll für die "Detektion von Ärzten mit auffälligen Kosten gemäss KVG zur Anwendung kommen" (dazu unten E. 4.4.1 a.E.).</p>	
<p><b>4.3.3.</b> Der Vollständigkeit halber ist auf eine nach dem angefochtenen Entscheid erfolgte <b>aktualisierte Fassung des Vertrags über die Screening-Methode vom 1. Februar 2023 (in Kraft seit 1. Januar 2023) hinzuweisen</b>. Diese erläutert das Modell zusätzlich: Bei Leistungserbringern mit erhöhten Indexwerten werde unter anderem auf der Basis des Regressionsberichts eine erste interne Einzelfallanalyse durch Santésuisse und/oder Versicherer durchgeführt (Ziff. 2 Abs. 4). Der</p>	

<p>Leistungserbringer erhalte Gelegenheit, seine Sicht darzulegen, d.h. "allfällige im Rahmen der Screening-Methode nicht berücksichtigte Praxisbesonderheiten objektiv und nachvollziehbar aufzuzeigen, welche seine Praxis wesentlich von den Leistungserbringern seines Vergleichskollektivs unterscheiden und darum zu einem erhöhten Regressionsindexwert führen". Die betreffenden Sachverhalte seien durch Santésuisse und/oder Versicherer zu prüfen und, wenn relevant, zu berücksichtigen. Mache der Leistungserbringer Praxisbesonderheiten geltend, <b>sei er "beweispflichtig"</b> (Ziff. 2 Abs. 5). Es stehe ihm jederzeit frei, "Rechtsvertreter oder weitere Experten zu bevollmächtigen und für die Verhandlungen bzw. das Verfahren beizuziehen" (Abs. 6). Der aktualisierte Vertrag beschränke nicht "die Kompetenz der Versicherer zur Geltendmachung und Durchsetzung allfälliger weiterer Ansprüche, die sich auf eine andere Grundlage als den vorliegenden Screening-Vertrag stützen (z.B. Einzelfallkontrollen, analytische Methode, Tarifcontrolling, Rechnungskontrollen respektive retrospektive systematische Rechnungskontrollen, Durchschnittskostenvergleiche)" (Ziff. 7 Abs. 1).</p>	
<p><b>4.4.</b> Die Screening-Methode als solche ist statistischer Natur.</p>	
<p><b>4.4.1.</b> Die ANOVA- und in deren Folge die Screening-Methode stellen eine Weiterentwicklung des Durchschnittskostenvergleichs dar. Der individuelle Fallwert (d.h. die vom überprüften Leistungserbringer während einer bestimmten Periode im Durchschnitt pro Patient durch Eigen- oder Drittleistungen ausgelösten Kosten des Krankenversicherers) wird dem Fallwert einer passenden Referenzgruppe (Gruppenfallwert) gegenübergestellt (GEBHARD EUGSTER, Wirtschaftlichkeitskontrolle ambulanter ärztlicher Leistungen mit statistischen Methoden, 2003, Rz. 498). Ein Durchschnittskostenvergleich weist auf eine Überarztung hin, wenn eine ins Gewicht fallende Zahl von Rechnungen desselben Arztes an eine Krankenkasse im Vergleich zur Zahl von Rechnungen von Ärzten in geographisch gleichem Tätigkeitsbereich und mit etwa gleichem Krankengut im Durchschnitt erheblich höher ist, ohne dass den Durchschnitt beeinflussende Besonderheiten geltend gemacht werden können (<b>BGE 137 V 43</b> E. 2.2; JUANA VASELLA, in: Basler Kommentar zum KVG, 2020, N. 139 zu Art. 56 KVG). Die Berechnung der Indizes erfolgt aufgrund von Daten der Versicherer (Daten- und Tarifpool der SASIS AG, einem Unternehmen der Santésuisse-Gruppe).</p>	
<p>Das Ziel, über die Definition der Referenzgruppe Vergleichbarkeit herzustellen, wird mittels einer sog. <i>Regressionsanalyse</i> verfolgt. Im Sprachgebrauch der</p>	

<p>Statistik meint "Regression" den Einfluss einer (unabhängigen) Variablen (hier z.B. der Morbidität des Patientenkollektivs) auf eine (davon abhängige) Zielvariable (hier die Praxiskosten; vgl. DARIO PICECCHI, Das Wirtschaftlichkeitsgebot im Krankenversicherungsrecht, 2022, Rz. 566 mit Hinweisen). Anhand von gewichtenden Regressionsparametern resp. -koeffizienten wird bestimmt, in welchem Mass beispielsweise die Morbidität im konkreten Fall kostenwirksam ist. Dies erlaubt es, anerkannte praxisspezifische Effekte zu <i>standardisieren</i>, d.h. die betreffenden Abweichungen auf den Durchschnittswert der betreffenden Vergleichsgruppe zu normieren. Durch eine solche Neutralisierung verhaltensunabhängiger kostenrelevanter Faktoren kann letztlich der Kosteneffekt einer unwirtschaftlichen Behandlung isoliert werden (vgl. <b>BGE 144 V 79</b> E. 5.3.1; KOHLER/LEBER/LANGHART/MOLINE/REUST/KESSLER, <i>santésuisse</i> Wirtschaftlichkeitsprüfung: Dokumentation der Umsetzung des Regressionsmodells, 2023, passim; PICECCHI, a.a.O., Rz. 567).</p>	
<p>Im Unterschied zum ursprünglichen Durchschnittskostenvergleich wurden mit der Varianzanalyse (ANOVA-Methode) die Kosten der einzelnen Leistungserbringer erst einmal in Bezug auf die statistisch signifikanten Merkmale Alter und Geschlecht der Patienten sowie Kanton, in dem die ambulante ärztliche Tätigkeit ausgeübt wird, standardisiert: Die Kosten werden so ausgewiesen, als wäre die Alters- und Geschlechterverteilung in der untersuchten Praxis gleich wie in der Vergleichsgruppe als Ganze; ebenso wird simuliert, alle Leistungserbringer wären im selben Kanton tätig (Urteil 9C_558/2018 vom 12. April 2019 E. 7.1). Letzteres erlaubt es, den Vorteil einer möglichst grossen - gesamtschweizerischen - Vergleichsgruppe zu nutzen (vgl. <b>BGE 144 V 79</b> E. 6.1) und gleichzeitig kantonal unterschiedlichen Kostenniveaus (kantonale Unterschiede bezüglich TARMED-Taxpunktwerten, unterschiedliche Infrastruktur- und Personalkosten etc.) gerecht zu werden (PICECCHI, a.a.O., Rz. 555). Zur Verfügung stehen ANOVA-Indizes betreffend die direkten Kosten (ohne Medikamente), die Medikamentenkosten (direkt und veranlasst) sowie die totalen Kosten (jeweils pro erkrankte Person; Urteil 9C_656/2020 vom 22. September 2021 E. 3.3).</p>	
<p>Die ab dem Statistikjahr 2017 anwendbare <i>Screening-Methode</i> ergänzt die im ANOVA-Modell enthaltenen Morbiditätsfaktoren "Alter" und "Geschlecht" mit den Indikatoren "pharmazeutische Kostengruppen (PCG)", "Franchisen" und "Spital- oder Pflegeheimaufenthalt im Vorjahr". Diese Erweiterung um zusätzliche Morbiditätsfaktoren bezweckt, Abweichungen von den Durchschnittskosten der betreffenden</p>	

<p>Facharztgruppe, die auf im Patientenkollektiv überdurchschnittlich häufig vorkommende, kostenintensive chronische Erkrankungen zurückzuführen sind, zu erfassen und von Auffälligkeiten abzugrenzen, die einer ineffizienten Behandlungsweise geschuldet sind.</p>	
<p>Das Varianzanalysemodell ANOVA von 2014 wurde nur ansatzweise über seinen Zweck "zur Beurteilung von beobachteten Unterschieden zwischen Leistungserbringern innerhalb ihrer Vergleichsgruppe" beschrieben; im Übrigen wurde die Absicht zur Weiterentwicklung der Methodik (Ergänzung der "demographischen erklärenden Variablen" u.a. durch Morbiditätsvariablen, Erprobung und Validierung der Variablen auf der Grundlage "einer stetig sich verbessernden Datengrundlage in neuen statistischen Modellen") betont. Abgesehen von der erwähnten Integrierung von Morbiditätsfaktoren unterscheidet sich die Screening-Methode vom Vorgängermodell durch eine explizite Zweiteilung der Wirtschaftlichkeitsprüfung: Gegenstand der Vereinbarung ist allein die zweistufige Regressionsanalyse, die "als Screening-Methode zur Detektion von Ärzten mit auffälligen Kosten" dient. <b>Auffällige Kosten sind nach diesem Konzept ausdrücklich nicht mit unwirtschaftlichem Arbeiten gleichzusetzen.</b> Eine entsprechende Feststellung ist aufgrund einer Einzelfallanalyse ("zweiter Schritt") zu treffen, die nicht Gegenstand der Vereinbarung bildet.</p>	
	<p>Die Feststellung der Unwirtschaftlichkeit ist durch die Regressionsanalyse nicht gegeben. Diese muss separat erfolgen.</p>
<p><b>4.4.2.</b> Gegenstück der statistischen Vergleichsmethode ist die <i>analytische Methode</i> der Einzelfallprüfung, auch systematische Methode genannt. Sie besteht in einer konkreten Beurteilung der einzelnen Rechnungen eines Leistungserbringers auf ihre Wirtschaftlichkeit hin. Erhoben wird, ob der diagnostische und therapeutische Aufwand unter Berücksichtigung des Krankheitsbildes und des angestrebten Heilungserfolgs vertretbar war (VASELLA, a.a.O., N. 135 zu Art. 56 KVG; Urteil K 90/01 vom 27. November 2001 E. 3b; <b>BGE 99 V 193</b> E. 3).</p>	
<p><b>5.</b></p>	
<p>Die Parteien und die Vorinstanz vertreten unterschiedliche Auffassungen darüber, ob die Vorgaben des tarifpartnerschaftlichen Vertrags betreffend die Screening-Methode nach formellen und materiellen Gesichtspunkten eingehalten sind (nachfolgend E. 5.1). Demgemäss ist auf die Ausgestaltung der Wirtschaftlichkeitsprüfung, namentlich die Zweiteilung in ein Screening zur "Detektion von Ärzten mit auffälligen Kosten" und</p>	

<p>eine anschliessende Einzelfallprüfung einzugehen; zu behandeln sind insbesondere die Auswirkungen auf die Methodenwahl (E. 5.2) und die beweisrechtlichen Folgen (E. 5.3). Strittig sind auch die Bemessung der Toleranzmarge im Rahmen des Screenings (E. 5.4) und die Handhabung kostenwirksamer Faktoren auf Stufe Einzelfallprüfung (E. 5.5). Schliesslich stellen sich Fragen im Verhältnis Wirtschaftlichkeitsprüfung und Schiedsgerichtsverfahren (E. 5.6-5.8).</p>	
<p><b>5.1.</b> Das kantonale Schiedsgericht erwägt, es bestehe kein Grund, dem Beklagten folgend anstelle der statistischen Methode eine analytische Einzelfallprüfung vorzunehmen. Es bestünden keine Praxisbesonderheiten, die von der angewendeten Screening-Methode ausgespart würden. Der Beschwerdeführer rügt, die Vorinstanz habe Praxisbesonderheiten nicht angemessen berücksichtigt. Er betont, das Screening diene nur der Feststellung von statistischen Auffälligkeiten, die gegebenenfalls eine vollständige Einzelfallprüfung analytischer Art auslösten. Die Beschwerdegegner vertreten die Ansicht, die dem Screening nachgelagerte Einzelfallprüfung komme nur zum Tragen, wenn zusätzliche, d.h. mit dem Screening-Modell noch nicht berücksichtigte Praxisbesonderheiten geltend gemacht würden.</p>	
<p><b>5.2.</b> Die seit dem Rechnungsjahr 2017 geltenden methodischen Vorgaben betonen die Zweiteilung der Wirtschaftlichkeitsprüfung.</p>	
<p><b>5.2.1.</b> Die Tarifpartner halten im Vertrag vom 20. März 2018 eingangs fest, die Screening-Methode finde "Anwendung als erster Schritt der Wirtschaftlichkeitskontrolle". Gegenstand des Vertrags sei nur die Screening-Methode. Diese solle "künftig für die Detektion von Ärzten mit auffälligen Kosten gemäss KVG zur Anwendung kommen". Das Screening beinhalte eine zweistufige Regressionsanalyse (vgl. oben E. 4.3.2). Weise ein Arzt auffällige Kosten auf, so heisse dies nicht <i>per se</i>, dass er unwirtschaftlich arbeite. Mittels "Einzelfallanalyse" sei näher abzuklären, ob dies zutreffe (Ziff. 1 und 2 des Vertrags).</p>	
<p><b>5.2.2.</b> In das Screening integrierte Faktoren verbessern die Treffgenauigkeit bei der Identifikation von Verdachtsfällen einer unwirtschaftlichen Behandlungsweise. Gleichzeitig bleibt aber intransparent, ob die einbezogenen Faktoren die tatsächlichen Verhältnisse effektiv abbilden. Je mehr Faktoren berücksichtigt werden, desto grösser wird diese Intransparenz. Umso wichtiger ist es, das provisorische Ergebnis des</p>	



<p>Screenings, d.h. den betreffenden Indexwert, anschliessend aufgrund einer vollständigen Einzelfallbetrachtung zu validieren.</p>	
<p><b>5.2.3. Vor Einführung des Screening-Modells war ein Vorgehen über die analytische (statt statistische) Methode alternativ möglich (BGE 135 V 237 E. 4.6.1).</b> Es ist davon auszugehen, dass die Tarifpartner die (vorläufige) Identifizierung von Auffälligkeiten, die auf eine unwirtschaftliche Behandlungsweise hindeuten könnten, ausschliesslich über das vereinbarte Screening bewerkstelligen wollen. Insofern besteht auch kein Raum mehr für eine Kombination der statistischen mit der systematischen Kontrolle, wie sie unter der ANOVA-Methode zulässig war, etwa um ein statistisches Ergebnis zu bestätigen, dessen Zuverlässigkeit zweifelhaft erschien (<b>BGE 119 V 448</b> E. 4d; Urteile 9C_67/2018 vom 20. Dezember 2018 E. 12.3 und 9C_28/2017 vom 15. Mai 2017 E. 4.4; PICECCHI, a.a.O., Rz. 494). Einer solchen Verifizierung bedarf es nun nicht mehr, weil das Ergebnis des Screenings als solches nicht eine unwirtschaftliche Behandlungsweise aufzeigt, sondern erst einmal nur eine auffällige Kostenstruktur und damit die Notwendigkeit einer näheren Einzelfallprüfung.</p>	
	<p>Die Methode der analytischen Verifizierung entfällt mit dem Regressionsindex, da im Gegensatz zum ANOVA Index der Regressionsindex kein Beweismittel ist. Entsprechend bleibt die Beweislast für die Erstellung einer Klage beim Kläger oder bei der Klägerin.</p>
<p><b>5.2.4.</b> Die statistische Auffälligkeit löst eine "Einzelfallanalyse" aus ("zweiter Schritt" der Wirtschaftlichkeitsprüfung). Dabei werden die in der zweistufigen Regressionsanalyse ermittelten individuellen Indexwerte auf die tatsächlichen Verhältnisse abgestimmt (vgl. HAEFELI/ SCHWARZ, Umsetzung der TARMED-Verträge - aber richtig!, SAeZ 2019 S. 1011 ff.; KESSLER/BRUNNER/TRITTIN, Neue Screening-Methode im Rahmen der Wirtschaftlichkeitskontrolle, SAeZ 2018 S. 1390 f.). Die Behandlungsweise des statistisch auffälligen Arztes wird individuell beurteilt; er erhält Gelegenheit, sein Kostenbild zu begründen. Bei der Einzelfallprüfung soll aber nicht eine Auswertung der Patientendossiers im Vordergrund stehen (vgl. KOHLER und andere, a.a.O., S. 3). <b>Entgegen der Auffassung des Beschwerdeführers ist die "Einzelfallanalyse", mit welcher der im Screening erkannten Kostenauffälligkeit weiter nachgegangen wird, also nicht im Sinn der</b></p>	

<p><b>herkömmlichen analytischen Prüfmethode (alternativ zur statistischen Methode) zu verstehen.</b></p>	
<p>Situativ wird freilich weiterhin je nach Bedarf auf ausgewählte <b>Patientendossiers</b> zurückzugreifen sein; so ist es etwa nicht ausgeschlossen, dass Praxisbesonderheiten, deren Kostenwirksamkeit nicht auf statistischem Weg bezifferbar ist, unter Beizug eines vertrauensärztlichen Dienstes anhand der stichprobeweisen Auswertung einer repräsentativen Anzahl von konkreten Rechnungen analysiert werden.</p>	<p>Die analytische Verifizierung muss also nicht zwingend durchgeführt werden.</p>
<p><b>Anzumerken bleibt, dass das methodische Auswahlermessen nicht so weit geht, dass anstelle der Screening-Methode und der allfällig folgenden Einzelfallbeurteilung gleichsam voraussetzungslos auf eine andere Art der Prüfung ausgewichen werden dürfte</b> (vgl. Vertrag betreffend die Screening-Methode in der Fassung vom 1. Februar 2023 Ziff. 7 Abs. 1; oben E. 4.3.3 a.E.). Eine solche methodische Beliebigkeit würde die Garantien einer gleichmässigen und angemessenen Kontrolle der Wirtschaftlichkeit unterlaufen, zu der der Gesetzgeber die beteiligten Akteure mit Art. 56 Abs. 6 KVG verpflichtet hat (vgl. E. 4.2).</p>	<p>Andererseits bleibt bei der Beurteilung der Wirtschaftlichkeit letztlich die analytische Prüfung der Patientendossiers unumgänglich.</p>
	<p>Andere als die im Vertrag erwähnten Screening Methoden sind nicht zulässig (gemeint sind wohl z.B. Minutagen Analysen, unspezifisches Datamining)</p>
<p><b>5.3. Der Umstand, dass das Ergebnis des Screenings resp. der Regressionsanalyse noch keine Unwirtschaftlichkeit feststellt, zeitigt beweisrechtliche Auswirkungen.</b></p>	
	<p>Ein erhöhter Regressionsindex ist kein Beweismittel für Unwirtschaftlichkeit.</p>
<p><b>5.3.1.</b> Der Beschwerdeführer hat recht, wenn er geltend macht, <b>dass mit dem Screening als solchem allein keine unwirtschaftliche Behandlung festgestellt</b> wird und es demnach auch <b>nicht Grundlage einer Rückforderung sein kann</b>. Diese <b>erfolgt immer erst aufgrund einer Einzelfallprüfung im Sinn der tarifpartnerschaftlichen Vereinbarung</b>. Die Differenz zwischen dem - anhand der Screening-Methode, d.h. der zweistufigen Regressionsanalyse modifizierten - Durchschnittskostenwert des beurteilten Leistungserbringers und dem (auf 100 Punkte gestellten) Referenzwert der entsprechenden Vergleichsgruppe (zuzüglich Toleranzmarge) zeigt zunächst einmal nur, ob eine Auffälligkeit besteht; sie begründet einen entsprechenden Verdacht. Der im Screeningverfahren ermittelte "auffällige" Indexwert entspricht sozusagen einer <i>red flag</i>, einem Warnsignal hinsichtlich einer möglicherweise unwirtschaftlichen Behandlungsweise.</p>	

<p>Die diesfalls indizierte Einzelfallprüfung, bei der namentlich die individuellen Besonderheiten der Arztpraxis betrachtet werden, fördert anschliessend zutage, ob die zuvor infrage gestellte Wirtschaftlichkeit der Leistungserbringung auch tatsächlich im Sinn von Art. 59 KVG verletzt ist. Erst diese vollständige Feststellung kann Grundlage einer Rückerstattungsklage beim kantonalen Schiedsgericht sein (vgl. Art. 59 Abs. 2 KVG).</p>	
	<p>Die individuellen Auffälligen der Arztpraxis können nur im Vergleich zur Vergleichsgruppe festgestellt werden, doch die Daten der Vergleichsgruppe werden nicht verwendet oder sind nicht bekannt.</p>
<p><b>5.3.2. Eine im Screening konstatierte Auffälligkeit erbringt somit keinen Nachweis für eine Überarztung, sondern leitet ein entsprechendes Feststellungsverfahren ein.</b></p> <p><b>Daraus folgt, dass die bislang herrschende Ansicht, die statistische Methode sei eine "Beweismethode" (BGE 136 V 415 E. 6.2), seit Einführung des Screening-Modells überholt ist</b> (GRATWOHL, a.a.O., Rz. 32 f., 44 f.).</p> <p><b>Aus dem gleichen Grund führt eine im Screening angezeigte Auffälligkeit nicht zu einer Beweislastumkehr.</b></p> <p><b>Der allgemeinen Regel nach Art. 8 ZGB entsprechend bleiben nach Feststellung einer auffälligen Kostenstruktur grundsätzlich die Krankenversicherer beweissbelastet, zumal was die Folgen einer allfälligen Beweislosigkeit betrifft (sog. materielle Beweislast); dies indessen mit der Einschränkung, dass der betroffene Leistungserbringer im Zusammenhang mit geltend gemachten Praxisbesonderheiten zur Mitwirkung verpflichtet ist, soweit er über die Daten verfügt, die zur Interpretation der statistischen Daten erforderlich sind</b> (vgl. Urteil 9C_259/2023 vom 18. September 2023 E. 5.6.2; VALÉRIE JUNOD, Polypragmasie: Analyse d'une procédure controversée, Cahiers Genevois et romands de sécurité sociale 2008, Nr. 40, S. 148). Soweit Praxisbesonderheiten nicht augenfällig sind, muss der Leistungserbringer jedenfalls glaubhaft machen, unter welchen Gesichtspunkten eine Einzelfallanalyse vorzunehmen ist und inwiefern die im Rahmen des Screenings erkannte Auffälligkeit einer Praxisbesonderheit zuzuschreiben sei.</p>	
	<p>Die Regressionsanalyse liefert kein Beweismittel, sie kann</p>

	<p>Unwirtschaftlichkeit nicht feststellen und kann auch nicht zu einer Beweislastumkehr führen.</p> <p>Allerdings ist die «auffällige» Arztpraxis doch aufgeforderte, Praxisbesonderheiten zu plausibilisieren.</p>
<p><b>5.4.</b> Die Toleranzmarge ist praxisgemäss als Zuschlag von 20 bis 30 Punkten zum Referenzindex zu veranschlagen (oben E. 4.1). Die Vorinstanz fixiert die Toleranz bei 20 Punkten. Sie begründet dies damit, die neue Screening-Methode erhöhe die statistische Präzision wesentlich, indem sie Praxisbesonderheiten einschliesse, die unter der ANOVA-Methode noch nicht berücksichtigt gewesen seien.</p>	
<p>Die Toleranzmarge ist Teil des Screenings von auffälligen Kostenstrukturen. Ihr Zweck ist es, den individuellen "Praxisstil" des Leistungserbringers zu respektieren. Sie wahrt den Grundsatz der ärztlichen Behandlungsfreiheit (<b>BGE 103 V 145</b> E. 6; EUGSTER, in: SBVR Rz. 902; <i>derselbe</i>, Wirtschaftlichkeitskontrolle, Rz. 408, 806 ff.; <i>derselbe</i>, Überarztung aus juristischer Sicht, in: Rechtsfragen zum Krankheitsbegriff, Gächter/Schwendener [Hrsg.], 2009, Rz. 57). An dieser Stelle des - ansonsten der Kosteneffizienz verpflichteten - Verfahrens wird dem Umstand Rechnung getragen, dass der angestrebte Heilungserfolg (Behandlungoutput) auf unterschiedlichen therapeutischen Wegen erreicht werden kann (vgl. PICECCHI, a.a.O., Rz. 524, 548; JUNOD, a.a.O., S. 154 f.). Soweit die Toleranz nicht dazu bestimmt ist, einer "technischen", methodenbedingten Standardabweichung Rechnung zu tragen, ist nicht ersichtlich, inwiefern die mit der Screening-Methode verbundene bessere Berücksichtigung der Morbidität - also einer Eigenschaft des Patientenkollektivs - den richtig verstandenen Toleranzbereich tangieren sollte. Auch quantifizierbare Praxisbesonderheiten sind nicht über die pauschale Toleranzmarge zu veranschlagen (EUGSTER, Wirtschaftlichkeitskontrolle, Rz. 807), sondern je für sich auf Grundlage einer statistischen Feststellung oder einer Schätzung (unten E. 5.5).</p>	
<p><b>Die Vorinstanz überschreitet somit ihr methodisches Auswahlermassen (vgl. Urteil 9C_721/2020 vom 19. Oktober 2021 E. 4.3.2), wenn sie den Toleranzbereich mit Hinweis auf die verbesserte methodische Spezifikation in einen unveränderlichen Zuschlag von 20 Punkten verwandelt.</b> Die Toleranzmarge bewegt sich unter Geltung der Screening-Methode weiterhin in einem Bereich von mindestens 20 bis höchstens 30 Punkten. Die Bestimmung des Zuschlags im Einzelfall steht im Ermessen der Krankenversicherer resp. des</p>	

<p>Schiedsgerichts. Für die Ermessensausübung wird beispielsweise wegleitend sein, ob der betreffende Leistungserbringer auf bestimmte Krankheiten oder besondere Therapieformen spezialisiert ist, sofern diese nicht als Praxisbesonderheiten zu berücksichtigen sind.</p>	
<p><b>5.5.</b> Strittig ist des Weiteren, wie Faktoren, die die Kostenstruktur der Praxis des Beschwerdeführers beeinflussen, zu handhaben sind.</p>	
<p><b>5.5.1.</b> Trotz eines auffälligen Regressionsindexes können überdurchschnittliche Kosten gegebenenfalls durch praxisspezifische Effekte erklärt und damit der Verdacht einer unwirtschaftlichen Behandlungsweise widerlegt werden. Art und Umfang der Einzelfallprüfung richten sich nach augenscheinlichen oder glaubhaft gemachten Praxismerkmalen. Dies gilt ohne Weiteres, soweit die Variablen des zweistufigen Screenings die Merkmale nicht abschliessend erfassen. Es kann aber auch nötig erscheinen, bereits in der Regressionsanalyse berücksichtigte Faktoren zu validieren (vgl. unten E. 5.5.3).</p>	
<p><b>5.5.2. Das zu prüfende Merkmal kann praxistypologischer, "kategorialer" Art sein, namentlich wenn der Leistungserbringer über besondere Befugnisse (z.B. Führung einer Praxisapotheke) oder über eine fachliche Spezialisierung verfügt, die sich auf die Zusammensetzung des Patientenkollektivs auswirkt</b> (vgl. EUGSTER, Wirtschaftlichkeitskontrolle, Rz. 415 ff. und 422 ff.).</p>	
<p>Ein auf die Praxistypologie abzielendes Merkmal ist vorzugsweise schon im Rahmen des Screenings zu berücksichtigen, um falsch positive (auffällige) Treffer (oder auch falsch negative Befunde) von vornherein zu vermeiden. Dazu müsste indes eine entsprechende Referenzgruppe geschaffen werden (EUGSTER, Wirtschaftlichkeitskontrolle, Rz. 423; <i>dieselbe</i>, Baustelle, N 28). Sofern keine spezifizierte Vergleichsgruppe gebildet werden kann (vgl. unten E. 6.2.3 und 6.6.1), bedarf es wenigstens eines entsprechenden Korrektivs auf der Stufe der Einzelfallprüfung, indem die Differenz zwischen Praxisindexwert und Vergleichsindex um den anhand statistischer Daten ausgewiesenen Praxiseffekt vermindert wird. Alternativ kann das Korrektiv auch durch eine ergänzende analytische (systematische) Einzelfallkontrolle eruiert werden, so mit einer stichprobeweisen Auswertung einer Anzahl repräsentativer Fälle der betreffenden Praxis und anschließender Hochrechnung (vgl. Urteil 9C_67/2018 vom 20. Dezember 2018 E. 12.3; PETROV/HACK-LEONI,</p>	

<p>Methoden der Wirtschaftlichkeitskontrolle - ein Überblick, in: Pflegerecht 2021 S. 166 und 168).</p>	
<p><b>5.5.3.</b> Von den vorerwähnten "kategorialen" Merkmalen des Leistungserbringers zu unterscheiden sind Praxisbesonderheiten, die sich auf veränderliche Eigenschaften des Patientenkollektivs beziehen (vgl. EUGSTER, Wirtschaftlichkeitskontrolle, Rz. 409 ff.). Unter diesem Titel relevant sein können z.B. <b>ein überdurchschnittlicher Ausländeranteil, häufige Hausbesuche in einem grossen Einzugsgebiet oder das Fehlen von Notfallpatienten</b> (vgl. Urteil 9C_259/2023 vom 18. September 2023 E. 5.2). Doch auch Gesichtspunkte der Morbidität bedürfen einer näheren Betrachtung, soweit sie nicht bereits zuvor im Rahmen der Regressionsanalyse standardisiert worden sind. Entgegen der Auffassung von Beschwerdegegnern und Vorinstanz schliesst der Umstand, dass ein kostenwirksamer Faktor in das Screening-Modell integriert ist, eine weitere Berücksichtigung als Praxisbesonderheit nicht von vornherein aus. Zu bedenken ist, dass ein Morbiditätsfaktor nicht immer ohne Weiteres valid, d.h. im konkreten Fall tatsächlich geeignet ist, die erwartete Erkenntnis zu liefern. <b>So kann es beispielsweise vorkommen, dass in einer Praxis aufgrund einer bestimmten fachlichen Spezialisierung überdurchschnittlich viele Chronischkranke mit hohem Betreuungsbedarf behandelt werden und aus krankheitsspezifischen Gründen trotzdem vergleichsweise wenig Medikamente verordnet oder abgegeben werden. In einer solchen Situation zeigt der Morbiditätsfaktor " Pharmaceutical Cost Groups " (PCG; vgl. E. 6.5.2) eine tiefe Morbidität an, die den tatsächlichen Verhältnissen nicht gerecht wird.</b> Hier kann der Leistungserbringer auch unter der Screening-Methode geltend machen, dass ein entsprechendes Korrektiv im Einzelfall geprüft wird. Aus der (dossier- und/oder statistikgestützten) Einzelfallanalyse resultiert gegebenenfalls eine Korrektur, indem die Differenz zwischen Praxisindexwert und Vergleichsindex um den betreffenden Effekt vermindert wird.</p>	
	<p>PCG unter Umständen kein Beweismittel</p>
<p><b>5.5.4.</b> Im Übrigen empfiehlt der (von den Tarifpartnern zum integrierten Bestandteil der Vereinbarung über die Screening-Methode erklärte) Schlussbericht der Polynomics AG, eine <b>"Standardabweichung"</b> resp. einen "Unsicherheitsfaktor für den praxisspezifischen Effekt" in die Betrachtung des Einzelfalls einzubeziehen: Danach könnten ausgeprägte "Ausreisser" einen praxisspezifischen Effekt verändern, obwohl sie - im Gegensatz zu Auffälligkeiten, die systematisch über den</p>	

<p>erwarteten Kosten liegen - wahrscheinlich nichts mit der Wirtschaftlichkeit der Behandlungsweise zu tun haben (TROTSMANN <i>und andere</i>, Schlussbericht der Polynomics AG, S. 8, 22 ff.; vgl. KOHLER <i>und andere</i>, a.a.O., S. 8). EUGSTER legt nahe, entsprechende Behandlungsfälle wenn möglich auszusondern anstatt sie als Praxisbesonderheit zu behandeln (in: SBVR, Rz. 890).</p>	
	<p>Santésuisse hat die Standardabweichung nie kommuniziert, obwohl wir das seit Jahren fordern.</p>
<p><b>5.6. Der bisherige Verlauf des Verfahrens wirft so dann Fragen zum Verhältnis zwischen Wirtschaftlichkeitsprüfung und Schiedsgerichtsverfahren auf.</b></p>	
<p>Angesichts des zweiteiligen Prüfverfahrens mit Screening und allfälliger Analyse des Einzelfalls darf die Auseinandersetzung mit kostenwirksamen Praxismerkmalen nicht auf das schiedsgerichtliche Verfahren verschoben werden, selbst wenn die Schiedsgerichte die für den Entscheid erheblichen Tatsachen unter Mitwirkung der Parteien - ergänzend - feststellen können, sie die notwendigen Beweise erheben und in der Beweiswürdigung frei sind (Art. 89 Abs. 5 KVG). Bereits in der Phase der Einzelfallprüfung hat der Leistungserbringer die Möglichkeit, "allfällige im Rahmen der Screening-Methode nicht berücksichtigte Praxisbesonderheiten objektiv und nachvollziehbar aufzuzeigen, welche seine Praxis wesentlich von den Leistungserbringern seines Vergleichskollektivs unterscheiden und darum zu einem erhöhten Regressionsindexwert führen" (so nunmehr ausdrücklich festgehalten in Ziff. 2 Abs. 5 des Vertrags betreffend die Screening-Methode in der ab 1. Januar 2023 geltenden Fassung). Die Einzelfallprüfung durch die Krankenkassen resp. durch den von ihnen ermächtigten Verband ist somit partizipativ angelegt, dies auch mit dem Ziel, sich gegebenenfalls im Dialog mit dem überprüften Leistungserbringer gütlich zu einigen. <b>Das kontradiktorische und förmliche Klageverfahren, in dem die prüfende Instanz zur Partei wird, ist weniger geeignet, die von hoher Technizität geprägte Aufarbeitung der Grundlagen des klageweise geltend gemachten Rückerstattungsanspruchs wirksam nachzuholen.</b> Der Umstand, dass die Schiedsgerichte paritätisch mit einer Vertretung der Versicherer und der betroffenen Leistungserbringer besetzt sind (Art. 89 Abs. 4 KVG) und damit bis zu einem gewissen Grad auch über entsprechendes Fachwissen verfügen, ändert daran nichts. <b>Die beim kantonalen Schiedsgericht einzubringende Klage muss daher auf den Ergebnissen einer kompletten Einzelfallprüfung beruhen. Aufgabe des Schiedsgerichts ist es, weiterhin bestrittene Erkenntnisse aus der Einzelfallprüfung</b></p>	

<p><b>zu überprüfen und den Rechtsstreit, wenn möglich in einem Vermittlungsverfahren beizulegen oder andernfalls autoritativ zu entscheiden.</b></p>	
	<p>Das Versicherungsgericht darf den Regressionsindex nicht als Beweismittel würdigen, sondern muss auf vorgelegte Beweise einer kompletten Einzelfallprüfung die Rechtmässigkeit von Rückforderungen prüfen.</p>
<p><b>5.7.</b> Vorliegend ergibt sich aus den Akten, dass keine Einzelfallprüfung stattgefunden hat.</p>	
<p><b>5.7.1.</b> In einem Schreiben vom 4. Juni 2019 informierte die Santésuisse den Beschwerdeführer über die Statistikdaten des Jahres 2017 und gab ihm die entsprechenden Kennzahlen bekannt. Sie stellte fest, der Regressionsindex von 144 Punkten überschreite die Toleranzschwelle und sei somit statistisch auffällig. Dem Schreiben lagen die Rechnungssteller-Statistiken 2013-2017 sowie die Wirtschaftlichkeitsprüfung für das Statistikjahr 2017 bei. Zum weiteren Vorgehen eröffnete die Santésuisse dem Beschwerdeführer, aufgrund der "bisherigen Abklärungen und Einschätzungen sowie den laufenden Gerichtsverfahren" werde eine "Eingabe aufgrund der Rechnungssteller-Statistik 2017 beim zuständigen kantonalen Schiedsgericht" folgen. Diese Eingabe diene in erster Linie der Fristwahrung. Die Berechnung der Rückforderung von Fr. 336'368.- berücksichtige noch keine weiteren Praxismerkmale. Zur Klärung der Kostenabweichung und gemeinsamen Lösungsfindung sei man nach wie vor an einer gütlichen Einigung interessiert. Das Schreiben schliesst mit den Sätzen: "Gerne erwarten wir Ihre Rückmeldung bis am 21. Juni 2019, ob Sie an bilateralen Gesprächen interessiert sind oder nicht. Ohne Ihren Gegenbericht gehen wir davon aus, dass Sie die weiteren Verhandlungen auf dem gerichtlichen Wege führen möchten. In diesem Fall sehen wir von einem Sistierungsantrag der Eingabe ab".</p>	
<p><b>5.7.2.</b> Mit Rückforderungsklage vom 8. Juli 2019 machten die Krankenversicherer für das Statistikjahr 2017 einen Regressionsindex totale Kosten von 144 Punkten geltend. Der Beklagte sei in der Regressionsanalyse mit der Facharztgruppe Allgemeine Innere Medizin zu vergleichen, die schweizweit 5'497 Praxen umfasse. Die Differenz zwischen dem Index totale Kosten des Arztes und dem Referenzindex 120 (d.h. einschliesslich einer Toleranzmarge von 20 Prozent) entspreche einer Kostenüberschreitung von 24 Punkten. Bei totalen Kosten (TK) von Fr. 2'332'413.- (einschliesslich</p>	



<p>veranlasster Kosten) und totalen direkten Kosten (TDK) von Fr. 2'018'212, einem Regressionsindex (RI) von 144 und Toleranzbereich (TB) von 120 errechne sich eine Rückforderungssumme von Fr. 336'368.- (Formel: <math>TK:RI \times (RI-TB) \times TDK:TK</math>). Betreffend den Ablauf des Wirtschaftlichkeitsverfahrens wiesen die Kläger auf das Schreiben vom 4. Juni 2019 hin. Der Beklagte habe nicht innert gesetzter Frist Stellung genommen.</p>	
<p><b>5.7.3.</b> Während des vorinstanzlichen Verfahrens bemühten sich die Parteien um einen Vergleich. Ein solcher kam aber nicht zustande. In einer Stellungnahme vom 18. März 2021 an das Schiedsgericht führten die Kläger aus, die Einzelfallanalyse sei in diesem Fall gemacht worden. Der Beklagte habe alle zusätzlichen, d.h. im Regressionsindex nicht eingeschlossenen, "auf Diagnosen beruhenden" Kostenfaktoren vorbringen können. Diese seien auch berücksichtigt worden. Man sei zum Ergebnis gekommen, dass die hohen Kosten aufgrund der vorliegenden Informationen, auch aus früheren Statistikjahren, nicht mit Praxisbesonderheiten erklärt werden könnten. Um auch bis dahin nicht bekannte Faktoren berücksichtigen zu können, sei der Beklagte mit dem Schreiben vom 4. Juni 2019 mit allen Details dokumentiert und um Stellungnahme ersucht worden. Durch Stillschweigen habe er den klägerischen Ausführungen implizit zugestimmt.</p>	
<p><b>5.7.4.</b> Das Schiedsgericht hält fest, die Anwendung der statistischen Methode eines Durchschnittskostenvergleichs in Form der zweistufigen Regressionsanalyse sei nicht zu beanstanden. Die Klage werde mit den eingereichten Regressionsberichten rechtsgenügend dokumentiert. Damit sei die vom Beklagten monierte fehlende Nachvollziehbarkeit der Regressionsindizes formal behoben und eine Beurteilung der Wirtschaftlichkeitsprüfung zuverlässig gewährleistet. Die zweistufige Regressionsanalyse nach dem Screening-Modell erlaube (im Vergleich mit der ANOVA-Methode) eine präzisere Erfassung der statistischen Auffälligkeiten resp. deren spezifischere Identifikation. Die neu entwickelte Methode sehe nicht vor, bei statistisch auffälligen Ärzten in einem zweiten Schritt systematisch die analytische Methode anzuwenden, d.h. eine repräsentative Anzahl von Rechnungen nach dem diagnostischen und therapeutischen Aufwand zu überprüfen. Die Zweistufigkeit beziehe sich allein auf das Vorgehen zur Festlegung des Regressionsindex. Bei statistisch auffälligen Ärzten systematisch die analytische Methode anzuwenden scheine auch nicht zielführend, weil dies die neu erarbeitete Regressionsanalyse</p>	

<p>infrage stellen würde: Es bleibe dabei, dass die Überarztung anhand einer statistischen Auswertung und eines Durchschnittskostenvergleichs festgestellt werde. Liege der Index über 120 Punkten, sei eine Überarztung im Rahmen des ersten Prüfschritts grundsätzlich plausibilisiert. Im zweiten Prüfschritt sei danach zu klären, ob weitere Praxisbesonderheiten vorlägen, die allenfalls eine Erhöhung des Referenzindexes rechtfertigten. Entgegen der Auffassung des Beklagten, der mit der Gesamtheit der Fachärzte Allgemeine Innere Medizin zu vergleichen sei, bestehe kein Anlass, die Referenzgruppe aufgrund absolvierter Weiterbildungen (u.a. Akupunktur, chinesische Arzneitherapie, Sonographie) enger zu fassen. Dem Umstand, dass seine Patienten wegen dieser Weiterbildungen eine vom Durchschnitt abweichende Morbidität aufwiesen, werde mit dem erweiterten Variablensatz der Screening-Methode hinreichend Rechnung getragen. Der Index sei bereits entsprechend bereinigt; die Morbidität könne nicht ein zweites Mal berücksichtigt werden. Des Weiteren werde die Morbidität des Patientenkollektivs u.a. durch <i>Pharmaceutical Cost Groups</i> (PCG) abgebildet. Damit würden Versicherte mit kostenintensiven, chronischen Krankheiten und entsprechend hohem Leistungsbedarf aufgrund ihres Arzneimittelbedarfs (Wirkstoff und Menge) identifiziert. Weil die Polymorbidität der Patienten bereits in den Ergebnissen der Regressionsanalyse enthalten sei, stelle sie von vornherein keine Praxisbesonderheit dar (E. 5 des angefochtenen Urteils).</p>	
<p>Im Anschluss an diese Erwägungen korrigierte die Vorinstanz den eingeklagten Rückforderungsbetrag, indem sie in der von den Klägern verwendeten Berechnungsformel für die Rückforderung den Regressionsindex Gesamtkosten mit dem Regressionsindex "Arztkosten, Taxpunkte (direkt)" (179 Punkte) ersetzte (vgl. oben E. 4.1 a.E.) und so (ausgehend von direkten Arztkosten 2017 von Fr. 810'046.-) ein Rückforderungsbetrag von Fr. 266'998.40 ermittelte (E. 6).</p>	
<p><b>5.8.</b></p>	
<p><b>5.8.1.</b> Das zweiteilige Wirtschaftlichkeitsverfahren setzt voraus, dass sich eine (allfällige) Klage auf das Ergebnis einer Einzelfallprüfung stützt. Nach der klaren Konzeption des Screening-Vertrags ist der Leistungserbringer aufzufordern, die Besonderheiten seiner Praxis zu benennen und zu substantiieren. Im vorliegenden Fall haben die Krankenversicherer vorab "Verhandlungen auf dem gerichtlichen Wege" in Aussicht gestellt. Es genügt indessen nicht, eine Klage anzukündigen und dem Adressaten Gelegenheit zur Stellungnahme</p>	

<p>zu geben, ohne ihm dabei vor Augen zu führen, dass die Klage auf davon abhängigen Abklärungen beruhen wird. Wenn aus Gründen der Fristwahrung mit der Einreichung einer Klage nicht mehr zugewartet werden kann, ist dem Schiedsgericht zu beantragen, das Klageverfahren bis zum Abschluss der Einzelfallprüfung zu sistieren.</p>	
<p><b>5.8.2.</b> Entgegen den Erwägungen der Vorinstanz dokumentieren Regressionsberichte allein keine vollständige Wirtschaftlichkeitsprüfung. Das Schiedsgericht schätzt die Tragweite der tarifvertraglich vorgeschriebenen Einzelfallprüfung unzutreffend ein, wenn es ausführt, die neue Methode sehe nicht mehr vor, dass im Fall auffälliger Kosten in einem zweiten Schritt systematisch die analytische Methode anzuwenden sei. Richtig ist zwar, dass die Einzelfallprüfung nicht auf diesem Weg erfolgen muss (oben E. 5.2.4). Die zweistufige Regressionsanalyse ist indessen nicht mit der Zweiteilung der Wirtschaftlichkeitsprüfung in eine (vorläufige) Regressionsanalyse und eine anschließende Einzelfallanalyse zu verwechseln. Die Einzelfallprüfung ist der tarifvertraglichen Konzeption nach eine umfassende; individuelle Praxismerkmale sind auf ihre effektive Tragweite hin abzuklären, auch wenn sie bereits im erweiterten Variablensatz der - bloss zur Aufdeckung von Verdachtsfällen bestimmten - Screening-Methode erfasst worden sind (E. 5.5.1 und 5.5.3).</p>	
<p><b>5.8.3.</b> Nach dem Gesagten sind die vorinstanzlichen Entscheidungsgrundlagen unvollständig. Der Beschwerdeführer rügt daher zu Recht, dass die Beschwerdegegner resp. die Vorinstanz die Einzelfallanalyse als zweiten Teil der Wirtschaftlichkeitsprüfung nicht vollständig umgesetzt haben. Dies verletzt Art. 56 KVG. Unbegründet ist hingegen die Auffassung des Beschwerdeführers, dass diese Einzelfallprüfung in jedem Fall mit einer Anwendung der analytischen Methode im herkömmlichen Sinn einhergehe.</p>	
	<p>Der Regressionsbericht allein ist kein genügendes Beweismittel für die Entscheidungsfindung der Versicherungsgerichte. Praxisbesonderheiten wie Praxisapotheke bedingen eine neue Zusammenstellung der Vergleichsgruppe (6.).</p>
<p><b>6.</b></p>	
<p>Der Beschwerdeführer verfügt über eine kantonale Bewilligung zur Führung einer <b>Praxisapotheke</b> (sog. Selbstdispensation). Er rügt, die Vorinstanz habe diese</p>	

<p>Besonderheit zu Unrecht als bedeutungslos angesehen.</p>	
<p><b>6.1.</b> Die Kantone bestimmen, unter welchen Voraussetzungen Ärzten eine Bewilligung zur Führung einer Apotheke erteilt wird (vgl. Art. 37 Abs. 3 KVG [in der bis Ende 2021 gültigen Fassung; BBl 2018 3155] sowie Art. 4 Abs. 1 lit. k und Art. 24 Abs. 1 lit. b des Bundesgesetzes vom 15. Dezember 2000 über Arzneimittel und Medizinprodukte [HMG, SR 812.21]; Urteil 2C_53/2009 vom 23. September 2011 E. 3). Nach dem seit Anfang 2022 geltenden Art. 40 Abs. 2 KVV berücksichtigen die Kantone bei der Festlegung der Voraussetzungen, unter denen Ärzte mit einer Bewilligung zur Führung einer Apotheke den zugelassenen Apothekern gleichgestellt sind, insbesondere die Zugangsmöglichkeiten der Patienten zu einer Apotheke.</p>	
<p>Während die Deutschschweizer Kantone, mit Ausnahme von Basel-Stadt und Aargau, die Selbstdispensation kennen, ist diese in der Romandie (einschliesslich der zweisprachigen Kantone Freiburg und Wallis) und im Tessin nur in Ausnahmefällen zugelassen. In Bern und Graubünden bestehen Mischsysteme. Der über eine Bewilligung zur Führung einer Praxisapotheke verfügende Beschwerdeführer praktiziert im Kanton Bern. Hier ist die ärztliche Abgabe von Medikamenten grundsätzlich auf Notfälle, Hausbesuche und die Erstversorgung beschränkt. Indessen ist die wiederholte Abgabe (Dauermedikation) durch Ärzte für Ortschaften vorgesehen, in denen die Notfallversorgung mit Arzneimitteln nicht durch mindestens zwei öffentliche Apotheken gewährleistet ist (Art. 31 Abs. 2 und Art. 32 Abs. 1 lit. a des bernischen Gesundheitsgesetzes vom 2. Dezember 1984; BSG 811.01).</p>	
<p><b>6.2.</b> Selbstdispensierende Mediziner werden die Medikamente wohl zu einem überwiegenden Teil, soweit im eigenen Lagerbestand vorhanden, selbst abgeben. Falls dieser Umstand für die Wirtschaftlichkeitsprüfung bedeutsam ist, kann er grundsätzlich auf verschiedene Arten berücksichtigt werden.</p>	
<p><b>6.2.1.</b> Im Fall des Beschwerdeführers erwog das Bundesgericht mit Urteil 9C_67/2018 vom 20. Dezember 2018 betreffend die Statistikjahre 2013 bis 2015, die ANOVA-Methode enthalte Indizes betreffend die direkten Behandlungskosten (ohne Medikamente), die Medikamentenkosten (direkte und veranlasste) sowie die totalen Kosten pro erkrankter Person (E. 10). Es gebe keinen ANOVA-Index, der die direkten Kosten einschliesslich der vom Arzt selber abgegebenen Medikamente umfasse (E. 12.2.1). Nach der</p>	

<p>Rechtsprechung zur statistischen Methode des Durchschnittskostenvergleichs (und damit auch zur ANOVA-Methode) stelle die kantonale Bewilligung zur Selbstdispensation ein Praxismerkmal dar, das bei der Bildung der Vergleichsgruppe zu berücksichtigen sei, dem also nicht erst bei der Bemessung der (allenfalls) rückzuerstattenden Vergütungen Rechnung getragen werde. Ärzte ohne Selbstdispensation gehörten nicht zur massgeblichen Vergleichsgruppe. Die Spezialität "Internist mit Bewilligung zur Führung einer Apotheke" lasse die bestehenden Facharztgruppen "Allgemeine Innere Medizin" (Kanton Bern oder ganze Schweiz) nicht als genügend homogen erscheinen, da sie Internisten mit und solche ohne Privatapotheke umfassten (E. 12.2.3 mit Hinweisen).</p>	
<p>In diesem Sinn sei das kantonale Schiedsgericht bundesrechtswidrig vorgegangen. Es werde auf entsprechend angepasster Grundlage neu über die streitige Rückerstattungspflicht zu entscheiden haben. Sollte sich für die enger gefasste Facharztgruppe "Allgemeine Innere Medizin mit Bewilligung zur Führung einer Praxisapotheke" (ganze Schweiz) kein ANOVA-Index berechnen lassen oder wäre dies unverhältnismässig (was die Versicherer zumindest glaubhaft zu machen hätten), müsse ein (reiner) Durchschnittskostenvergleich durchgeführt werden, allenfalls kombiniert mit der analytischen Methode (Überprüfung einer repräsentativen Anzahl von Rechnungen in Bezug auf den diagnostischen und therapeutischen Aufwand), sofern weitere geltend gemachte Praxisbesonderheiten dazu Anlass gäben (E. 12.3).</p>	
<p><b>6.2.2.</b> Nachdem das Bundesgericht im Verfahren 9C_67/2018 betreffend die Statistikjahre 2013 bis 2015 die Sache an das kantonale Schiedsgericht zurückgewiesen hatte, führte dieses Beweismassnahmen durch; die Parteien nahmen Stellung. Am 18. Juni 2020 einigten sich die Parteien auf eine Regelung betreffend die Jahre 2013 bis 2015. Das im Rückweisungsentscheid 9C_67/2018 E. 12.3 skizzierte Verfahren wurde daher nicht weiterverfolgt.</p>	
<p><b>6.2.3.</b> In einem anderen Fall hielt das Bundesgericht fest, es sei nicht bekannt, ob sich "für eine wie auch immer modifizierte, d.h. enger gefasste Facharztgruppe 'Allgemeine Innere Medizin' ganze Schweiz ein ANOVA-Index berechnen" lasse (Urteil 9C_558/2018 vom 12. April 2019 E. 8.3). Aus einem Verfahren betreffend die Statistikjahre 2015 und 2016 ergibt sich, dass der im Urteil 9C_67/2018 E. 12.3 geforderte engere ANOVA-Index (Vergleichsgruppe "Ärzte Allgemeine Innere Medizin mit Bewilligung zur Führung</p>	

<p>einer Praxisapotheke") jedenfalls bis Oktober 2020 nicht vorlag; das kantonale Schiedsgericht hatte dort ausgeführt, die Klägerschaft habe sich bis anhin nicht in der Lage gesehen, eine entsprechend angepasste ANOVA-Auswertung beizubringen (Urteil 9C_721/2020 vom 19. Oktober 2021 E. 4.1).</p>	
<p><b>6.3.</b> Die Vorinstanz geht davon aus, nach der (ab dem Statistikjahr 2017 anwendbaren) neuen Screening-Methode sei eine Differenzierung der Vergleichsgruppen nach Ärzten mit und solche ohne Selbstdispensation überholt. Die Frage der Medikamentenkosten und damit der Selbstdispensation sei in die neue Methode integriert worden. Diese enthalte unter anderem den Morbiditätsfaktor "Pharmazeutische Kostengruppe (PCG) " und ordne die darin erfassten - direkt abgegebenen oder veranlassten - Medikamente resp. die entsprechenden Kosten der ZSR-Nummer zu. Im Hinblick auf die Kontrolle, ob ein Arzt seinen Patienten nur effektiv indizierte, der Morbidität entsprechende Medikamente abgebe resp. verschreibe, würden alle durch den Arzt selbst oder über Apotheken abgegebenen Medikamente erfasst (angefochtenes Urteil E. 5.3.4). Die Beschwerdegegner schliessen sich dieser Auffassung an.</p>	
<p>Der Beschwerdeführer rügt, die Vorinstanz habe diesbezügliche Auflagen im Urteil 9C_67/2018 (betreffend die Rückerstattungsjahre 2013 bis 2015) nicht beachtet, obwohl sie auch hinsichtlich des hier strittigen Jahres 2017 einschlägig seien.</p>	
<p>Ob das im Urteil 9C_67/2018 Gesagte sinngemäss auf den vorliegenden Fall zu übertragen oder ob die betreffenden Vorgaben angesichts der veränderten methodischen Grundlagen überholt sind, ist im Folgenden unter zwei Aspekten zu beurteilen: Zunächst ist die Frage überhaupt nur relevant, wenn die Selbstdispensation erhebliche Kostenunterschiede bewirkt (sogleich E. 6.4). Sofern dies zu bejahen ist, bleibt zu prüfen, ob die Erweiterung der tarifvertraglich vorgesehenen Morbiditätsfaktoren durch "Pharmazeutische Kostengruppen" (PCG) die Selbstdispensation erfasst und kostenmässig neutralisiert (E. 6.5).</p>	
<p><b>6.4.</b> Die Frage, ob von einem signifikanten Kostenunterschied zwischen Arztpraxen mit und ohne Praxisapotheke auszugehen ist, stellt sich bei den Medikamentenkosten selbst und bei den mit der Medikation zusammenhängenden Behandlungskosten.</p>	
<p><b>6.4.1.</b> Die Wirtschaftlichkeit (Art. 56 und 59 KVG) beurteilt sich nach dem Gesamtkostenindex der direkten und veranlassten Kosten (<b>BGE 137 V 43</b> E. 2.5.6; oben</p>	

<p>E. 4.1). Insoweit spielt an sich keine Rolle, ob die Arzneimittel - deren Preise behördlich administriert sind (vgl. Art. 65b ff. KVV) - direkt durch eine praxiseigene Apotheke oder auf ärztliches Rezept durch eine externe Apotheke abgegeben werden. Die geforderte Berücksichtigung der Selbstdispensation ist hingegen dann jedenfalls relevant, wenn die beiden Formen der Medikamentenabgabe unterschiedlich kostenwirksam sein sollten.</p>	
<p><b>6.4.2.</b> In einem früheren Entscheid nahm das Bundesgericht an, die Selbstdispensation sei kostenneutral. Es sei unerheblich, ob die in den Gesamtkosten der ärztlichen Tätigkeit enthaltenen Medikamente direkt vom Arzt oder über einen Apotheker abgegeben würden. Die Selbstdispensation könne gar kostensenkend wirken (Urteil 9C_570/2015 vom 6. Juni 2016 E. 8.1). Verhielte es sich tatsächlich so, wäre die im Urteil 9C_67/2018 formulierte Vorgabe, die Wirtschaftlichkeitsprüfung nach Art. 56 Abs. 6 und Art. 59 Abs. 1 lit. b KVG müsse dem Praxismerkmal "Bewilligung zur Führung einer Praxisapotheke" Rechnung tragen, gegenstandslos. Die Frage ist daher zu vertiefen.</p>	
<p><b>6.4.3.</b> Eine gesundheitsökonomische Studie der Universität Bern aus dem Jahr 2016, in welcher der Kosteneffekt der Selbstdispensation nach der Regressionsmethode von anderen Einflussfaktoren (z.B. Zusammensetzung der Patientenschaft) getrennt wurde, zeigt anhand der Daten von 3400 Arztpraxen in der Deutschschweiz, dass eine selbstdispensierende Arztpraxis pro Patient und Jahr bis über ein Drittel höhere Medikamentenkosten zulasten der obligatorischen Krankenpflegeversicherung verursacht als eine vergleichbare Praxis ohne Patientenapotheke. Bei Medikamentenkosten von rund 280 Franken pro Patient und Jahr betrage dieser Mehraufwand etwa 90 bis 100 Franken, also 32 bis 35 Prozent (BORIS KAISER/CHRISTIAN SCHMID, Does Physician Dispensing Increase Drug Expenditures?: Empirical Evidence from Switzerland, in: Health Economics 2016, Vol. 25 S. 71 ff.; zusammenfassend: KAISER/SCHMID, Kostenanreize im Gesundheitswesen: Das Beispiel der Medikamentenabgabe, in: Die Volkswirtschaft 8-9/2017 S. 66 f.). Weitere Studien kamen zu qualitativ übereinstimmenden Ergebnissen (KAISER/SCHMID, Kostenanreize, S. 67 mit Hinweisen). Einzig im Rahmen einer Studie fand sich kein statistisch signifikanter Einfluss der Selbstdispensation auf die Gesamtausgaben für Leistungen der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (TROTTMANN/ FRÜH/REICH/TELSER, Auswirkungen der Medikamentenabgabe durch die Ärzteschaft</p>	

<p>[Selbstdispensation] auf den Arzneimittelkonsum und die Kosten zu Lasten der OKP, Schlussbericht, Studie im Auftrag des Bundesamts für Gesundheit [BAG], 2014, S. 55 f.).</p>	
<p>Dass die Medikamentenkosten selbstdispensierender Arztpraxen im Vergleich zu solchen ohne diese Besonderheit in der Grössenordnung von einem Drittel höher ausfallen können, wird mit wirtschaftlichen Anreizen im Zusammenhang mit der Marge beim Medikamentenverkauf erklärt. Dieser Effekt soll vor allem auf einer Mengenausweitung beruhen; hingegen scheinere durchschnittliche Preis selbstdispensierter Medikamente gar etwas tiefer als derjenige verschriebener Arzneien (KAISER/SCHMID, Kostenanreize, S. 67). Eine weitere Untersuchung von Forschern der Universität Bern aus dem Jahr 2017 kommt ebenfalls zum Schluss, dass selbstdispensierende Ärzte mehr (aber nicht teurere) Arzneimittel abgeben (bei Grundversorgern Mengenausweitung von 56 Prozent; BURKHARD/SCHMID/WÜTHRICH, Financial incentives and physician prescription behavior: Evidence from dispensing regulations, &lt;<a href="https://boris.unibe.ch/145820/">https://boris.unibe.ch/145820/</a>&gt;; publ. auch in: Health Economics 2019, Vol. 28 S. 1114 ff.).</p>	
<p><b>6.4.4.</b> Bei Selbstdispensation fallen neben höheren Medikamentenkosten möglicherweise - in einem geringeren Umfang - auch höhere Behandlungskosten an, dies wohl wegen des zeitlichen Aufwands (KAISER/SCHMID, Kostenanreize, S. 66 f.). Denkbar ist auch, dass die Selbstdispensation durch Grundversorger zu einer höheren Anzahl Konsultationen führt (TROTTMANN/FRÜH/REICH/TELSER, a.a.O., S. 11).</p>	
<p>Es erscheint plausibel, dass die Selbstdispensation nicht nur mit höheren Medikamentenkosten, sondern darüber hinaus auch mit höheren Begleitkosten der Medikamentenabgabe verbunden sein kann. Leistungen wie die medikamentenbezogene Beratung und Aufklärung des Patienten durch den selbstdispensierenden Arzt werden unter dem Titel der Behandlung nach dem allgemeinen TARMED-Zeittarif (Art. 43 Abs. 2 lit. a KVG) verrechnet. Dagegen werden die pharmazeutischen Grundleistungen der Apotheken bei einem Bezug von Arzneien auf Rezept bloss pauschal entschädigt ("Leistungsorientierte Abgeltung" [LOA]; vgl. Art. 25 Abs. 2 lit. h und Art. 43 Abs. 2 lit. c KVG, Art. 4a Abs. 1 lit. a und Abs. 2 KLV). Bei der Verschreibung eines Arzneimittels zuhanden einer externen Apotheke entstehen zwar etliche Aufwände, die wegen der Trennung von Behandlung und Medikation nötig werden (z.B. Kontrolle des ärztlichen Rezepts und Führung eines Patientendossiers durch den</p>	



<p>Apotheker). Diese fallen kostenmässig aber vergleichsweise wenig ins Gewicht, da sie den Apotheken nur im Umfang eines "Medikamenten-Checks" pro verordnetem Medikament resp. eines "Bezugs-Checks" pro Patient, Tag und Leistungserbringer pauschal vergütet werden.</p>	
<p><b>6.4.5.</b> Zusammengefasst zeigen empirische Erhebungen an, dass bei Selbstdispensation signifikant höhere Medikamentenkosten entstehen dürften. Zudem gibt es Anhaltspunkte, dass auch die Behandlungskosten etwas höher ausfallen. Unter diesen Voraussetzungen ist die Prämisse des Urteils 9C_67/2018 - die Kostenstruktur von selbstdispensierenden Internisten unterscheide sich erheblich von derjenigen entsprechender Fachärzte ohne diese Praxisbesonderheit - für die Feststellung von Verstössen gegen das Wirtschaftlichkeitsgebot nach Art. 56 Abs. 1 und Art. 59 KVG weiterhin relevant (vgl. auch GEBHARD EUGSTER, KVG: Statistische Wirtschaftlichkeitsprüfung im Wandel, in: Jusletter 25. Juni 2012, Rz. 79, wonach in Kantonen mit einem Mischsystem Ärzte mit resp. ohne Selbstdispensation bezüglich der direkten Kosten "grundlegend unterschiedliche Leistungsspektren" aufwiesen, weshalb notwendigerweise Vergleichsgruppen mit und ohne Selbstdispensation zu bilden seien; vgl. auch <i>derselbe</i>, Baustelle, Rz. 28).</p>	
<p><b>6.5.</b> Zu prüfen bleibt, ob die Problematik der ungleich zusammengesetzten Vergleichsgruppen infolge der Weiterentwicklung der ANOVA-Methode zum Screening-Modell gegenstandslos geworden ist.</p>	
<p><b>6.5.1. Die Vorinstanz geht davon aus, die Abbildung der Morbidität durch pharmazeutische Kostengruppen ( <i>Pharmaceutical Cost Groups, PCG</i>) mache die im Urteil 9C_67/2018 getroffenen Festlegungen obsolet.</b></p>	
<p><b>6.5.2.</b> Die tarifvertraglich definierten Morbiditätsfaktoren sollen den Einfluss einer spezifischen gesundheitlichen Charakteristik des Patientenkollektivs auf die Praxiskosten erfassen. "Morbidität" ist ein Überbegriff für die Prävalenz (bestehende Fälle) und die Inzidenz (Auftreten neuer Fälle) von Krankheiten; im vorliegenden Zusammenhang ist sie als Gradmesser der Behandlungskostenintensität pro Behandlungsfall oder Patientenkollektiv zu verstehen (EUGSTER, Baustelle, Rz. 19). Die Morbiditätsfaktoren haben bei der Mehrzahl der Facharztgruppen einen statistisch signifikanten Einfluss auf die Kosten (TROTSMANN <i>und andere</i>, Schlussbericht der Polynomics AG, S. 69 f.).</p>	

<p>Bei den <i>Pharmaceutical Cost Groups</i> handelt es sich um einen von vier Morbiditätsfaktoren gemäss Screening-Methode (neben Alter und Geschlecht, Franchisen sowie Spital- resp. Pflegeheimaufenthalt im Vorjahr). Das Instrument wurde ursprünglich im Hinblick auf den Risikoausgleich unter den sozialen Krankenversicherern geschaffen (Art. 16 ff. KVG). Dort dienen die PCG als Indikatoren zur Feststellung von morbiditätsbezogenen Unterschieden in den Versichertenkollektiven (TROTSMANN <i>und andere</i>, Schlussbericht der Polynomics AG, S. 41 Ziff. 6.2.4). Eine "pharmazeutische Kostengruppe" umfasst Arzneimittel mit bestimmten Wirkstoffen, die für die Behandlung eines Krankheitsbildes eingesetzt werden, das (für sich allein oder zusammen mit einer anderen Erkrankung) besonders kostenintensiv ist (vgl. Art. 4 Abs. 1bis der Verordnung vom 19. Oktober 2016 über den Risikoausgleich in der Krankenversicherung [VORA; SR 832.112.1]). Beispiele dafür sind Arzneimittel gegen Asthma, die chronisch obstruktive Lungenerkrankung COPD, Diabetes (Typ I und Typ II), Epilepsie, Herzerkrankungen, Krebs und Nierenerkrankungen. Anhand der Menge abgerechneter Arzneimittel mit entsprechend spezifizierten Wirkstoffen kann die Häufigkeit bestimmter chronischer, kostenintensiver Krankheiten in einem Patientenkollektiv indirekt abgebildet werden (BILL/MEYER/TELSER, Aktualisierung der PCG-Liste für den Schweizer Risikoausgleich: Studie im Auftrag des BAG, 2019, S. 5 und 8).</p>	
<p><b>6.5.3.</b> Die Morbiditätsfaktoren verbinden die auffällige Kostenstruktur einer Arztpraxis mit einer allenfalls überdurchschnittlichen Anzahl von Chronischkranken im Patientenbestand. Die Zuordnung der Patienten in pharmazeutische Kostengruppen hilft bei der Beurteilung, ob die Kosten für die (eigene und/oder veranlasste) Abgabe von Medikamenten als Teil der gesamten Praxiskosten angemessen sind. Eine andere Frage ist, ob die PCG, die zur Identifizierung und Quantifizierung von Morbiditätsunterschieden bestimmt sind, den im Urteil 9C_67/2018 geforderten Vergleich ausschliesslich mit selbstdispensierenden Arztpraxen ersetzen können.</p>	
<p>Die in E. 6.4.3 zitierten Studien weisen mehrheitlich darauf hin, dass die ärztliche Medikamentenabgabe insgesamt höhere Kosten verursacht als eine ärztliche Verschreibung mit anschliessendem Bezug des Medikaments in einer externen Apotheke. Es gibt einen unabhängig von der Morbidität des Patientenkollektivs bestehenden kostenstrukturellen Unterschied zwischen Arztpraxen mit und ohne Selbstdispensation. Die Integration der pharmazeutischen Kostengruppen</p>	

<p>(und weiterer Morbiditätsfaktoren) in die statistische Prüfmethode ebnet den fraglichen Unterschied somit höchstens teilweise ein. Die PCG standardisieren die entsprechenden Mehrkosten soweit, wie sie auf eine überdurchschnittliche Morbidität des Patientenkollektivs zurückzuführen sind. Das grundsätzliche Mehr an Arzneykosten, bedingt durch die Praxisbesonderheit "Selbstdispensation" als solche, gleichen sie aber nicht aus. Sie erfassen auch keine anderen Kostenunterschiede, die sich aus der Führung einer Praxisapotheke ergeben. Entgegen der Auffassung von Vorinstanz und Beschwerdegegnern begründet somit die Screening-Methode, namentlich die Aufnahme der PCG als zusätzlichen Mobiditätsfaktor, keine Veränderung gegenüber der Vorgängermethode, die die im Urteil 9C_67/2018 gemachten Überlegungen zur Definition der Vergleichsgruppe gegenstandslos machen würde.</p>	
<p><b>6.6. Insgesamt verletzt die Ausserachtlassung der Praxisbesonderheit "Selbstdispensation" die bundesrechtlichen Anforderungen an die Feststellung einer unwirtschaftlichen Behandlungsweise.</b> Da die Gründe, die für die Rückweisung durch das Urteil 9C_67/2018 massgebend gewesen sind, grundsätzlich auch unter dem neuen Prüfsystem beachtlich bleiben, sind die damaligen Vorgaben den aktuellen Verhältnissen anzupassen.</p>	
	<p>Praxisapotheke ist eine Praxisbesonderheit. Es sind geeignete Vergleichsgruppen zu bilden.</p>
<p><b>6.6.1.</b> Die Wirtschaftlichkeit der Behandlungsweise im Jahr 2017 muss auf der Grundlage einer ergänzten Klage neu geprüft werden (oben E. 5.6). Dabei ist sinngemäss auf die Vorgaben im Urteil 9C_67/2018 E. 12.3 zurückzugreifen (vgl. E. 6.2.1). Bei der Selbstdispensation handelt es sich um eine Frage des Praxistyps. An sich wäre danach in erster Linie die Berechnung eines Indexes gefordert, der nur selbstdispensierende Internisten enthält (E. 5.5.2). Dem Urteil 9C_721/2020 vom 19. Oktober 2021 E. 4.1 allerdings ist zu entnehmen, dass bis dahin kein entsprechend angepasster Regressionsindex vorlag (E. 6.2.3). Wegen den kantonal unterschiedlichen Systemen der Medikamentenabgabe (E. 6.1) wäre wohl schon die Bildung einer gesamtschweizerischen Vergleichsgruppe (vgl. E. 4.4.1) schwierig. Im vorliegenden Verfahren haben die Beschwerdegegner bekräftigt, das mit der FMH vereinbarte zweistufige Regressionsmodell zur Berechnung der Indizes ermögliche keine Anpassung des Vergleichskollektivs auf Stufe Regressionsindex. Auf die Frage des vorinstanzlichen Instruktionsrichters, ob die nicht während des ganzen Statistikjahrs über eine</p>	

<p>Berufsausübungsbewilligung verfügenden Ärzte aus der Referenzgruppe entfernt werden könnten, führte die Santésuisse namens der Krankenversicherer aus, das System weise eine Interdependenz zwischen allen Facharztgruppen auf. Würden Vergleichskollektive willkürlich verändert, beeinflusste dies auch alle anderen Indizes (Stellungnahme vom 18. März 2021). Entsprechend können wohl auch nicht selbstdispensierende Ärzte nicht ausgeklammert werden. Demnach wäre nach dem Rückweisungsentscheid 9C_67/2018 an sich alternativ auf einen (reinen) Durchschnittskostenvergleich auszuweichen. Ein solcher berücksichtigt indessen weder die im Screening-Modell vorgesehenen standardisierenden Faktoren noch das im Bereich der Einzelfallanalyse u.a. beachtliche Praxismerkmal "Selbstdispensation". Nachdem die Morbidität nicht standardisiert worden ist, dürfte sich ein " (reiner) Durchschnittskostenvergleich" ebenfalls nur auf nicht selbstdispensierende Praxen beziehen. Ansonsten könnte er vor allem durch den Umstand verfälscht werden, dass das bernische Gesundheitsgesetz die dauerhafte Selbstdispensation nur für Ortschaften vorsieht, in denen die Notfallversorgung mit Arzneimitteln nicht durch mindestens zwei öffentliche Apotheken gewährleistet ist (oben E. 6.1). Die über eigene Patientenapotheken verfügenden Praxen befinden sich mithin vorwiegend im ländlichen Raum. Das typische Patientenkollektiv einer Praxis auf dem Land ist seiner Morbidität nach erfahrungsgemäss anders zusammengesetzt als dasjenige einer städtischen Praxis.</p>	
<p><b>6.6.2.</b> Im Rahmen der Screening-Methode könnte dem Merkmal der Selbstdispensation beispielsweise Rechnung getragen werden, indem der Referenzindex "Gesamtkosten", der u.a. einen Teilindex "direkte und veranlasste Medikamentenkosten" enthält, anhand empirischer Erkenntnisse soweit erhöht wird, wie wenn Letzterer ausschliesslich auf den von selbstdispensierenden Ärzten generierten Medikamentenkosten beruhen würde. Die Anpassung des Referenzindexes könnte datenbasiert erfolgen, etwa auf der Grundlage eines Vergleichs der Kostenstruktur von Praxen mit und ohne Selbstdispensation im Kanton Bern, oder, falls dies mit unverhältnismässigem Aufwand verbunden sein sollte, anhand von Studien, wonach bei Selbstdispensation Mehrkosten von rund einem Drittel anfallen (E. 6.4.3). Bei der Umlegung der gesamtschweizerischen Daten auf den Standortkanton des Beschwerdeführers (zweite Stufe der Regressionsanalyse) wird das im Kanton Bern bestehende gemischte System der Medikamentenabgabe (E. 6.1) wohl nicht berücksichtigt. Die Mehrkosten wären diesfalls soweit</p>	

<p>zu veranschlagen, wie es dem gesamtschweizerischen Anteil selbstdispensierender Praxen entspricht. Be­ trägt dieser Anteil beispielsweise 50 Prozent, so wäre der komplementäre Teil-Referenzindex "direkte und veranlasste Medikamentenkosten" um die Hälfte der Mehrkosten zu erhöhen, also um 15 Prozent, sofern auf die erwähnten Studien abgestellt wird. Da aller­ dings kein Index der direkten Behandlungs- und übrigen Kosten ( <i>exklusive</i> Medikamente) existiert, wäre zur Ermittlung des dem Durchschnittskostenwert des Beschwerdeführers gegenüberzustellenden Gesamt-Referenzwerts der Anteil eigener Medikamentenab­ gabe zu schätzen und abzuziehen.</p>	
<p><b>7.</b></p>	
<p><b>7.1.</b> Zusammenfassend bleibt festzuhalten, dass sich die Wirtschaftlichkeitsprüfung nach der tarifpartner­ schaftlich vereinbarten Screening-Methode stets aus einer Regressionsanalyse (Screening) und, bei auffälli­ gem Resultat, einer anschliessenden Einzelfallprüfung zusammensetzt. Die Einzelfallprüfung deckt sich nicht mit der herkömmlichen analytischen Methode (E. 5.2). Ein auffälliges Ergebnis der Regressionsanalyse bedeu­ tet keine Feststellung von Unwirtschaftlichkeit; insow­ weit handelt es sich nicht um eine "Beweismethode" (E. 5.3). Die im Rahmen des Screenings zu veranschla­ gende Toleranzmarge trägt vor allem der ärztlichen Behandlungsfreiheit Rechnung; die neue Methode wirkt sich nicht darauf aus (E. 5.4). Praxistypologische Merkmale (z.B. Selbstdispensation) sind auf Stufe der Einzelfallprüfung zu berücksichtigen, wenn sie nicht als Screening-Faktor implementiert werden können (E. 5.5.2). Praxisbesonderheiten, die sich auf Eigenschaf­ ten des Patientenkollektivs beziehen, kann gestützt auf Patientendossiers oder Statistiken Rechnung getra­ gen werden, soweit sie nicht schon im Rahmen der Re­ gressionsanalyse standardisiert worden sind (E. 5.5.3). Da im vorliegenden Fall eine Einzelfallprüfung unter­ blieben ist, sind die vorinstanzlichen Entscheidungs­ grundlagen unvollständig (E. 5.6-5.8). Die Führung ei­ ner Praxisapotheke (Selbstdispensation) ist grundsätz­ lich kostenrelevant, so dass sie als praxistypologisches Merkmal in die Wirtschaftlichkeitsprüfung einfließen muss (E. 6.4). Der in die Screening-Methode inte­ grierte Morbiditätsfaktor <i>Pharmaceutical Cost Group</i> (PCG) macht die Berücksichtigung der Selbstdis­ pensation nicht entbehrlich (E. 6.5).</p>	
<p><b>7.2.</b> Die Beschwerde ist im Eventualstandpunkt be­ gründet und die Sache im Sinn der Erwägungen (vgl. E. 5.7-5.8; E. 6.6) an die Vorinstanz zurückzuweisen,</p>	

damit sie auf der Grundlage einer ergänzten Klage neu entscheide (E. 5.6). Die vom Beschwerdeführer geltend gemachten weiteren Praxismerkmale (wie etwa Weiterbildungen im Bereich Alternativmedizin) sind gegebenenfalls in die Einzelfallprüfung einzubeziehen.	
<b>8.</b>	
Mit dem Entscheid in der Sache ist das Gesuch um aufschiebende Wirkung der Beschwerde gegenstandslos.	
<b>9.</b>	
Die Rückweisung an die Vorinstanz zur neuen Beurteilung (mit offenem Ausgang) gilt für die Frage der Aufzuerlegung der Gerichtskosten wie auch der Parteientschädigung als vollständiges Obsiegen, unabhängig davon, ob die Rückweisung beantragt oder ob das Begehren im Haupt- oder Eventualantrag gestellt wird ( <b>BGE 137 V 210</b> E. 7.1; Urteil 8C_136/2021 vom 7. April 2022 E. 7). Ausgangsgemäss haben die Beschwerdegegner die Gerichtskosten zu tragen (Art. 66 Abs. 1 BGG) und dem Beschwerdeführer eine Parteientschädigung zu bezahlen (Art. 68 Abs. 2 BGG).	
<b>Demnach erkennt das Bundesgericht:</b>	
<b>1.</b>	
Die Beschwerde wird teilweise gutgeheissen. Das Urteil des Schiedsgerichts in Sozialversicherungsstreitigkeiten des Kantons Bern vom 18. Januar 2022 wird aufgehoben und die Sache zur neuen Entscheidung an dieses zurückgewiesen.	
<b>2.</b>	
Die Gerichtskosten von Fr. 8'000.- werden den Beschwerdegegnern auferlegt.	
<b>3.</b>	
Die Beschwerdegegner haben den Beschwerdeführer für das bundesgerichtliche Verfahren mit Fr. 6'000.- zu entschädigen.	
<b>4.</b>	
Dieses Urteil wird den Parteien, dem Schiedsgericht in Sozialversicherungsstreitigkeiten des Kantons Bern und dem Bundesamt für Gesundheit schriftlich mitgeteilt.	

## Aktennotiz Prof. Kieser vom 27.02.204 zum BGE 9C-134

### AKTENNOTIZ

i. S.: Verein Ethik und Medizin Schweiz

---

#### Urteil des Bundesgerichts 9C\_135/2022 betr. Wirtschaftlichkeitsprüfung

Eine juristische Einordnung

##### 1. Zum Urteil

Im Urteil 9C\_135/2022 setzt sich das Bundesgericht mit grundsätzlichen Fragen des Wirtschaftlichkeitsverfahrens auseinander und klärt zentrale Probleme. Das Urteil ist in der Besetzung mit fünf Richterinnen und Richtern gefällt worden und stellt damit ein Grundsatzurteil dar. Es wird in Aussicht genommen, das Urteil in der Amtlichen Sammlung zu veröffentlichen.

##### 2. Aufbau

Die vorliegende juristische Würdigung nennt zunächst die wichtigsten Ergebnisse des Urteils (Ziffer 3). In der Folge wird vertieft auf die vertraglich vereinbarte Screening-Methode eingegangen (Ziffer 4). Daran schliesst sich die Frage an, wie nach aktueller Rechtsprechung ein Beweis einer Unwirtschaftlichkeit erbracht werden kann (Ziffer 5). Weitere Hinweise beziehen sich auf die Toleranzmarge (Ziffer 6) sowie auf die Praxisbesonderheiten (Ziffer 7). Die Würdigung schliesst mit verfahrensrechtlichen Hinweisen (Ziffer 8). Eine Zusammenfassung der wichtigsten Ergebnisse findet sich in der abschliessenden Ziffer 9.

##### 3. Wichtigste Ergebnisse

Das Bundesgericht hat in seinem Urteil folgende zentrale Festlegungen vorgenommen:

- Die vertraglich vereinbarte Methode erfordert bei einem auffälligen Resultat der Regressionsanalyse (Screening-Methode) eine anschliessende Einzelfallprüfung (E. 5.2).
- Ein auffälliges Ergebnis der Screening-Methode bedeutet keine Feststellung von Unwirtschaftlichkeit (E. 5.3).
- Der für die Wirtschaftlichkeitsprüfung tragende Grundgedanke einer Toleranzmarge wird durch die Anwendung der Screening-Methode nicht verändert (E. 5.4).
- Praxistypologische Merkmale wie etwa die Selbstdispensation sind auf der Stufe der Einzelfallprüfung zu berücksichtigen, soweit sie nicht bereits im Rahmen der Screening-Methode einbezogen wurde (E. 5.5). Die Führung einer Praxisapotheke (Selbstdispensation) muss in die Wirtschaftlichkeitsprüfung einfliessen; der in der Screening-Methode berücksichtigte Morbiditätsfaktor Pharmaceutical Cost Group (PCG) macht die Berücksichtigung der Selbstdispensation nicht entbehrlich (E. 6.5).

#### 4. Zur Bedeutung der Screening-Methode

Art. 56 Abs. 6 KVG hält fest, dass die Vertragsparteien (Leistungserbringende und Versicherer) vertraglich eine Methode zur Kontrolle der Wirtschaftlichkeit festlegen. Dabei ist zunächst auf die ANOVA-Methode als statistische Methode zur Kontrolle der Wirtschaftlichkeit zurückgegriffen worden. Am 20. März 2018 vereinbarten die Verbände in der Folge die Screening-Methode, welche aus einer zweistufigen Regressionsanalyse besteht. Im Vertrag vom 20. März 2018 ist zudem festgehalten, dass die vertraglich vereinbarte (zweistufige) Screening-Methode) nur einen ersten Schritt einer Wirtschaftlichkeitsprüfung darstellt; sie soll dazu dienen, Ärztinnen und Ärzte mit auffälligen Kosten zu bestimmen (dazu E. 4.3.2 des Urteils).

Das Bundesgericht hat in seiner Entscheidung die Screening-Methode genau untersucht und dabei als Ausgangspunkt festgelegt, dass die Screening-Methode als solche statistischer Natur ist. Dabei hält das Bundesgericht fest, dass das provisorische Ergebnis des Screenings anschliessend auf Grund einer vollständigen Einzelfallbetrachtung validiert werden muss. Es geht darum, dass die Screening-Methode eine umso grössere Treffgenauigkeit hat, als eine grosse Zahl von Faktoren einbezogen wird. Wenn aber – so weiter das Bundesgericht – mehr Faktoren einbezogen werden (und insoweit eine höhere Treffgenauigkeit von Verdachtsfällen resultiert) bleibt zugleich intransparent, ob die einbezogenen Faktoren die tatsächlichen Verhältnisse effektiv abbilden (E. 5.2.2). Deshalb ist für das Bundesgericht jede Screening-Methode nur die Wiedergabe eines provisorischen Ergebnisses, welches anschliessend zwingend auf Grund einer vollständigen Einzelfallbetrachtung validiert werden muss.

Das Bundesgericht äussert sich in der Folge dazu, was mit der Einzelfallanalyse gemeint ist. Es geht dabei nicht – wie bei der analytischen Methode – um die Auswertung von einzelnen



Patientendossiers. Zwar ist das je nach Bedarf das zutreffende Vorgehen; indessen steht nach bundesgerichtlicher Auffassung bei diesem zweiten Schritt nicht eine Auswertung der Patientendossiers im Vordergrund, sondern es soll dem Arzt/der Ärztin Gelegenheit gegeben werden, das Kostenbild zu begründen (E. 5.2.4).

Ergänzend weist das Bundesgericht darauf hin, dass die vertraglich vereinbarte Screening-Methode mit anschliessender Einzelfallprüfung grundsätzlich zwingend ist und dass nicht gleichsam voraussetzungslos auf eine andere Art der Prüfung ausgewichen werden darf (E. 5.2.4 am Ende). Damit hat letztlich das Bundesgericht dasjenige bestätigt, was zwischen FMH und den Krankenversicherer Verbänden vertraglich vereinbart wurde: Es wird die Screening-Methode als erster Schritt angewendet, an welchen sich zwingend eine Einzelfallprüfung anschliessen muss.

Das Urteil des Bundesgerichts bleibt recht knapp, soweit es um die Konkretisierung dieser anschliessenden Einzelfallprüfung geht. Zwar hält das Bundesgericht fest, dass „je nach Bedarf auf ausgewählte Patientendossiers zurückzugreifen“ ist; zugleich weist das Bundesgericht darauf hin, dass eher im Vordergrund steht, dass Arzt bzw. Ärztin Gelegenheit erhält, das Kostenbild zu begründen (E. 5.2.4). Was das bedeutet, ist wenig griffig. Es wäre wünschbar, wenn das Bundesgericht bzw. die Verwaltungspraxis konkretisieren würden, wie dieser anschliessende zweite Schritt abzulaufen hat. Insoweit ist der Ertrag des Bundesgerichtsurteils recht klein.

## 5. Frage nach dem Beweismittel und der Beweislast

Mit dem Urteil des Bundesgerichts steht fest, dass die Screening-Methode keinen Beweis und kein hinreichendes Beweismittel darstellt. Es geht lediglich um einen ersten Schritt, der in der Folge zwingend durch einen zweiten Schritt zu vervollständigen ist, wenn ein Beweis erbracht werden soll. Beweisrechtlich relevant ist also die Screening-Methode erst dann, wenn im anschliessend zwingend zu durchlaufenden zweiten Schritt der Wirtschaftlichkeitsprüfung – der Einzelfallprüfung – ein bestimmtes Resultat erreicht wird.

Diese Feststellung hat erhebliche Auswirkungen auf die Beweislast. Die Krankenversicherer, welche vom Arzt und von der Ärztin eine Rückforderung verlangen, müssen das Fundament dieser Rückforderung beweisen. Wenn ihnen dies nicht gelingt, entsteht eine Beweislosigkeit.

Solche Beweislosigkeiten haben bei Rückforderungen wegen unwirtschaftlicher Behandlung ein Gewicht. So hat auch das Bundesgericht im Urteil 9C\_236/2022 sowie 9C\_237/2022 (Urteil vom 22. November 2023) festgehalten, dass im beurteilten konkreten Fall bezogen auf die geltend gemachte Unwirtschaftlichkeit eine Beweislosigkeit besteht (E. 3.4). Eine solche Beweislosigkeit wirkt sich zu lasten der Krankenversicherer aus – ihnen ist nicht gelungen, den Tatbestand einer unwirtschaftlichen Behandlung zu beweisen.

Mit dem nun vorliegenden Grundsatzurteil hat das Bundesgericht geklärt, dass ein Ergebnis der Screening-Methode allein noch nicht genügt, um eine Unwirtschaftlichkeit nachzuweisen. Es besteht gestützt nur auf die Ergebnisse der Screening-Methode immer noch eine Beweislosigkeit. Ein Beweis der Grundlage für eine Rückforderung ist erst erbracht, wenn die Abklärungen im Nachgang zur Durchführung der Screening-Methode – d.h. die Ergebnisse der Einzelfallprüfung – aufzeigen, dass eine unwirtschaftliche Behandlung vorliegt.

## 6. Toleranzmarge

Das Bundesgericht geht näher ein auf die Toleranzmarge. Dabei führt das Bundesgericht aus, dass mit der Toleranzmarge der Grundsatz der ärztlichen Behandlungsfreiheit gewahrt wird.

Auch wenn allenfalls mit der Screening-Methode die Berücksichtigung von verschiedenen Faktoren erfolgt, entfällt die Massgeblichkeit der Toleranzmarge nicht. Denn es geht gerade darum, mit der Toleranzmarge den Grundsatz der ärztlichen Behandlungsfreiheit umzusetzen. Hier hält das Bundesgericht ergänzend fest, dass die Toleranzmarge im Einzelfall festzulegen ist. Dabei weist das Bundesgericht darauf hin, dass hier massgebend sein kann, ob sich Arzt/Ärztin auf bestimmte Krankheiten oder besondere Therapieformen spezialisiert (ohne freilich zu erläutern, ob dies zu einer eher hohen oder eher tiefen Toleranzmarge führt). Es ist vorderhand wenig schlüssig, aus den Erwägungen des Bundesgerichts in Ziffer 5.4 verstehen zu wollen, wie die Toleranzmarge zu bestimmen ist.

## 7. Praxisbesonderheiten

Die Ausführungen des Bundesgerichts sind von hoher Bedeutung für die Berücksichtigung von Praxisbesonderheiten. Dabei hält das Bundesgericht eingangs fest, dass die Screening-Methode nicht alle Praxisbesonderheiten erfasst ( E. 5.5.1).

Es steht für das Bundesgericht im Vordergrund, dass Merkmale, welche auf die Praxistypologie abzielen, wenn möglich schon im Rahmen des Screenings berücksichtigt werden. Dabei ist allerdings erforderlich, dass eine «entsprechende Referenzgruppe» geschaffen und berücksichtigt wird (dazu E. 5.5.2). Andernfalls muss die Praxisbesonderheit auf der Stufe der Einzelfallprüfung (d.h. im Anschluss an die Screening-Methode) berücksichtigt werden.

Wie diese Korrektur vorgenommen wird, führt das Bundesgericht in E. 5.5.2 aus. Neben den kategorialen Merkmalen als Praxisbesonderheiten gibt es ergänzend auch Praxisbesonderheiten, welche mit dem Patientenkollektiv zusammenhängen (überdurchschnittlicher Ausländeranteil, häufige Hausbesuche, Fehlen von Notfallpatienten). Dabei steht für das

Bundesgericht fest, dass solche Besonderheiten des Patientenkollektivs durch die Screening-Methode nicht immer bzw. gar nicht erfasst werden (dazu E. 5.5.3).

Damit zeigt sich, dass der zutreffenden Berücksichtigung der Praxisbesonderheiten hohe Bedeutung zukommt. Wie dies verfahrensrechtlich erfolgen muss, wird in der anschließenden Ziffer 8 erläutert.

Im konkreten Fall hat sich das Bundesgericht vertieft mit der Ausgangslage einer Selbstdispensation befasst (dazu E. 6). Dabei ist das Bundesgericht zum Ergebnis gelangt, dass die Ausgangslage einer Selbstdispensation erhebliche Auswirkungen auf die durchschnittlichen Kosten hat, weshalb notwendigerweise Vergleichsgruppen mit und ohne Selbstdispensation zu bilden sind (E. 6.4.5).

Von Bedeutung wird für die weitere Konkretisierung der Praxisbesonderheiten sein, ob auch bezogen auf weitere Aspekte eine solche prinzipielle Abgrenzung bei der Bildung von Vergleichsgruppen notwendig ist. Jedenfalls zeigt sich, dass das Bundesgericht bei Praxisbesonderheiten durchaus zum Ergebnis kommen kann, es müssten unterschiedliche Vergleichsgruppen gebildet werden.

Insgesamt liegen damit wichtige Aussagen zur Berücksichtigung von Praxisbesonderheiten vor.

## 8. Verfahrensrechtliche Hinweise

In verfahrensrechtlicher Hinsicht weist das Bundesgericht darauf hin, dass die im Anschluss an die Screening-Methode erforderlich Einzelfallprüfung partizipativ durchgeführt werden muss. Es soll das Ziel erreicht werden, dass sich die Beteiligten gütlich einigen. Das Schiedsgericht ist für eine solche Berücksichtigung nach bundesgerichtlicher Auffassung wenig geeignet. Deshalb verlangt das Bundesgericht, dass eine Klage erst erhoben werden kann, wenn die Ergebnisse einer kompletten Einzelfallprüfung vorliegen (E. 5.6).

## 9. Zusammenfassung

Zusammengefasst zeigt die Analyse des Urteils 9C\_135/2022 Folgendes:

- Das Bundesgericht hat sich vertieft mit der heute vertraglich geltenden Screening-Methode auseinandergesetzt und dabei insbesondere klare Grenzen der Kenntnisse aus der Screening-Methode betont. Die Screening-Methode kann den Beweis einer Unwirtschaftlichkeit nicht erbringen.

- An die Ergebnisse der Screening-Methode muss sich eine partizipativ ausgestaltete Einzelfallprüfung anschliessen. Wie die Einzelfallprüfung vorzunehmen ist, lässt das Bundesgericht teilweise offen, wobei es darauf hinweist, dass gegebenenfalls – aber eher nicht im Vordergrund – auf die Analyse von Patientendossiers zurückzugreifen ist. Hier wird näherer Erklärungsbedarf bestehen, wie die zentrale und an die Screening-Methode anschliessende Einzelfallprüfung vorzunehmen ist.
- Das Bundesgericht hat bezogen auf die Berücksichtigung von Praxisbesonderheiten betont, dass die Selbstdispensation eine Praxisbesonderheit darstellt, welche dazu führt, dass unterschiedliche Vergleichsgruppen (mit und ohne Selbstdispensation) zu bilden sind. Praxisbesonderheiten können sich auf kategoriale Aspekte (z.B. Führung einer Praxisapotheke, fachliche Spezialisierung) beziehen, oder es kann sich die Praxisbesonderheit in den Eigenschaften des Patientenkollektivs konkretisieren. Die Praxisbesonderheiten müssen zwingend berücksichtigt werden, soweit sie nicht durch die Screening-Methode bereits Berücksichtigung gefunden haben.
- Die Toleranzmarge von 20 bis 30% spiegelt die ärztliche Behandlungsfreiheit. Eine genaue Screening-Methode wirkt sich auf diese Toleranzmarge nicht aus. Sie muss so oder so berücksichtigt werden. Das Bundesgericht lässt offen, wie die Toleranzmarge im Bereich zwischen 20 und 30% festzulegen ist.

Zusammengefasst liegt ein wegleitendes Bundesgerichtsurteil vor, wobei wichtige Fragen letztlich nach wie vor offenbleiben:

- Konkretisierung der Toleranzmarge
- Konkretisierung der nach den Ergebnissen der Screening-Methode durchzuführenden Einzelfallprüfung
- Konkretisierung der Praxisbesonderheiten.

Insoweit stellt das Bundesgerichtsurteil einen wichtigen Zwischenschritt dar, wobei freilich zentrale Fragen nach wie vor offen bleiben.

27. Februar 2024 / Ueli Kieser

Die Gesundheitsökonomie beurteilt im Auftrag von Politik und Behörden medizinische Wirtschaftlichkeit. Ziel ist die Vermeidung von ineffizienten oder ineffektiven Kosten. Um solche Kosten zu entdecken, sind Kenntnisse zur Methodik, Ergebnissen und Schlussfolgerungen der Gesundheitsökonomie Voraussetzung. Die Prüfung der Methodik ist dabei zentral, weil sie die Ergebnisse und die Schlussfolgerungen entscheidend beeinflusst.

Wie bei jeder Prüfung, ist die konkrete Fragestellung wichtig, welche dann mit der entsprechenden Methode verifiziert oder falsifiziert werden kann. Die konkrete Fragestellung in der Gesundheitsökonomie lautet:

1. Ist ein Arzt oder ein Medikament unwirtschaftlich, wenn vergleichsweise höhere Kosten unabhängig von medizinischen Effekten auftreten?
2. Ist eine medizinische Massnahme unwirtschaftlich, wenn sie bei gleichem medizinischen Effekt mehr Kosten verursacht werden als mit der Unterlassung dieser Massnahme?
3. Sind die Effekte objektiv messbar und die Ergebnisse reproduzierbar?

Voraussetzung ist, dass die medizinischen Effekte – im Sinne medizinisch-wissenschaftlicher Evidenz – objektiv erfasst werden. Ist dies nicht der Fall, kann die Wirtschaftlichkeit nicht bestimmt werden.

Wird sie trotzdem bestimmt, z.B. anhand von Approximationen zu fehlenden Variablen («proxy variables»), haben wir die Situation einer potentiell dysfunktionalen Wissenschaft vorliegen, sofern Approximationen als annähernd gleichwertigen Ersatz für wissenschaftliche Evidenz dargestellt werden, obwohl sie es nicht sind. Typische Vertreter solcher Approximationen sind Vergleichskosten aufgrund von Alter-, Geschlecht und Wohnkanton bei Wirtschaftlichkeitsverfahren oder Effekte medizinischer Massnahmen auf die Lebensqualität (Quality adjusted life years, QALY).

Bei der Beurteilung der Wirtschaftlichkeit werden anstelle von niedrigeren Kosten bei gleichen medizinischen Effekten behelfsmässig Ersatzmodelle verwendet<sup>2</sup>, um die Wirtschaftlichkeit einer Arztpraxis feststellen zu können. Diese setzen überhöhte Kosten zugleich einer Unwirtschaftlichkeit gleich, ein Etikettenschwindel, es handelt sich nicht um Wirtschaftlichkeitsverfahren, sondern um Kostenvergleichsverfahren.

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. In Anbetracht der folgenden Ausführungen ist es unverständlich, warum die FMH solche Verträge unterzeichnet hat.

Der Index wird gebildet, indem sämtliche Arztpraxen einer Facharztgruppe in einer Vergleichsgruppe zusammengefasst werden. Dabei wird vorausgesetzt, dass die Kosten pro Patient in der

---

<sup>2</sup> In der Statistik sind erklärende Variablen gemeint wie Diagnosen und Krankheitsschweregrade. Santésuisse verwendet nur indirekte Variablen, sogenannte «Proxys», womit automatisch ein statistischer Bias in die Wirtschaftlichkeitsverfahren eingeführt wird.

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 pro Patient 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, zum Durchschnittsalter, zur Anzahl Hausbesuche und zur Anzahl Konsultationen. Ausgewiesen werden auch die totalen Kosten: direkt und veranlasst, Regressionsindex der totalen, direkten und indirekten Kosten, Medikamentenkosten direkt und veranlasst, Regressionsindex Medikamente direkt und veranlasst. Die gleichen Zahlen enthält die Tabelle zu Labor, Mitteln und Gegenständen gemäss MiGel, Physiotherapie, Anteil Erkrankter mit hoher Franchise, Anteil Erkrankter mit Spitalaufenthalt Vorjahr sowie die Anzahl täglich rezeptierter Arzneydosen (DDD) pro pharmazeutische Kostengruppe:

ABH=Sucht ohne Nikotin, ADH=ADHS, AKK=Autoimmunkrankheiten, ALZ=Alzheimer, AST=Asthma, BSR=Bipolare Störung regulär, CAR=Herzerkrankungen, COP=COPD/schweres Asthma, DEP=Depression, DM1=Diabetes Typ I, 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 Opioide, 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 als solche, sondern die Kosten pro Patient. Es handelt sich also nicht um Wirtschaftlichkeitsverfahren, sondern – wie bereits erwähnt – um Kostenvergleichsverfahren<sup>3</sup>.

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

Oft wird vom Versicherer sogar geltend gemacht, der Benchmark von 130% sei ohnehin

---

<sup>3</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.

genügend hoch, um Praxisbesonderheiten abzudecken. Kostenüberschreitungen wären in diesem Fall sogleich mit Unwirtschaftlichkeit gleichzusetzen

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 Vergleichsgruppe betreffend die 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.

## Analyse der nicht-DDD Variablen auf Inhomogenität

Im Folgenden untersuchen wir die Datenbank von santésuisse betreffend FAG53 («praktischer Arzt») im Jahr 2019 mit der Hypothese, dass die Vergleichsgruppe nicht homogen ist. Wir haben die Daten aus einem laufenden Verfahren erhalten. Die Vergleichsgruppe umfasst 1'089 Arztpraxen, welche über 100'000 Fr. Umsatz generierten und mindestens 50 Erkrankte in diesem Jahr behandelten.

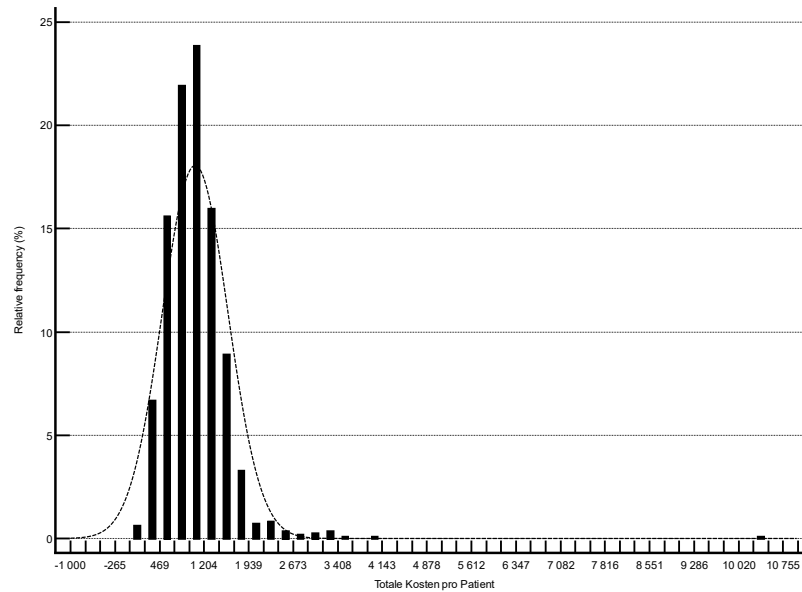
Die Untersuchung der Gesamtkosten pro Patient zeigt bereits eine deutliche Inhomogenität:

**Tabelle 1: FAG53, Kosten pro Erkrankte im Jahr 2019, Vergleich von 1'089 Arztpraxen**

<b>Summary statistics, 2019</b>	
Variable	Kosten/Pat.
Sample size	1089
Lowest value	157
Highest value	10347
Arithmetic mean	1055.70
95% CI for the Arithmetic mean	1023.50 to 1087.83
Median	1000
95% CI for the median	980.00 to 1024.00
Variance	292509.86
Standard deviation	540.84
Relative standard deviation	0.51 (51.23%)
Standard error of the mean	16.38
Coefficient of Skewness	5.51 (P<0.0001)
Coefficient of Kurtosis	81.64 (P<0.0001)
Shapiro-Wilk test	W=0.7518
for Normal distribution	reject Normality (P<0.0001)
49% Trimmed mean (n=23)	1000
95% CI of Trimmed mean	978.83 to 1021.16

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

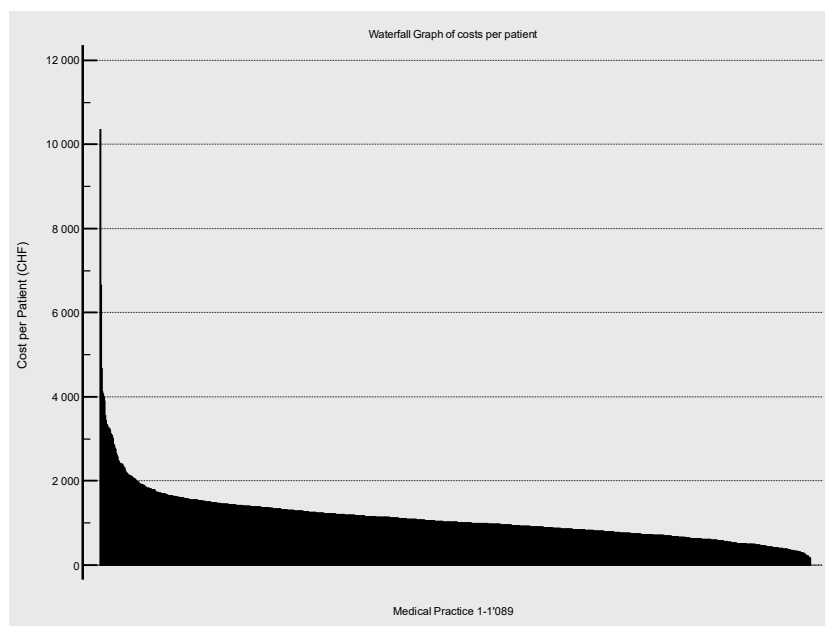




Die Ursache der Grössenunterschiede der Gesamtkosten pro Patient in der Facharztgruppe 53 im Jahr 2019 ist nicht erforscht. Es ist jedoch kaum plausibel, dass fast 50% der Arztpraxen ihre Patientinnen und Patienten medizinisch unter- bzw. übertensorgen. Viel plausibler ist, dass die Morbiditäten der 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.; bei diesem Index von 198% (statt 130%) wären dann nur 28 Arztpraxen auffällig oder gerade die vermuteten 2%. Dieser Benchmark wäre in jeder Hinsicht hilfreicher, um tatsächliche Überarztung anhand des analytischen Verfahrens zu suchen.

**Abbildung 2: Verteilung der Kosten pro Patient bei 1'089 Arztpraxen der Facharztgruppe 53 (praktischer Arzt) im Jahre 2019, unkorrigierte Kosten, Wasserfall Graph: nicht normale (Shapiro Wilk Test**

<0.0001) heavy-tail oder Pareto-Verteilung



Die Abbildung 2 belegt die «schiefe» Verteilung der Kosten pro Patientin und Patient in der Facharztgruppe 53: der niedrigste Kostenwert beträgt 157 Fr., der höchste 10'347 Fr. pro Patient (!). Eine Vergleichbarkeit der Praxen ist damit inexistent. Santésuisse benutzt jedoch keine Homogenisierungsfiler für die Vergleichsgruppen, womit die Vergleichbarkeit nicht gegeben ist.

Die Homogenität der Vergleichsgruppen-Statistik muss richterlich beurteilt werden (Untersuchungspflicht des Beweismittels von santésuisse durch das Gericht und statistisches Know-how gilt auch für Gerichte, da Sie die Beweismittel von santésuisse korrekt einordnen *müssen*<sup>4</sup>). 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. Im Folgenden haben wir 3 Variablen ausgewählt, nämlich die Anzahl Erkrankte, die Anzahl Konsultationen und die Anzahl Hausbesuche, Für diese 3 Variablen zeigt die folgende Tabelle 2 die enorme breite der ärztlichen Leistungen pro Arztpraxis. So

<sup>4</sup> Dokument ZBI 119/2018 S. 619 Autor Tilmann Altwicker. Titel Statistikbasierte Argumentation im Verwaltungsrecht Seiten 619-642 Publikation Schweizerisches Zentralblatt für Staats- und Verwaltungsrecht Herausgeber / Redaktion Giovanni Biaggini (Red.), Arnold Marti (Red.), Lukas Widmer (Red.), Peter Karlen (Red.), Christoph Auer (Red.) ISSN 1422-0709 Verlag Schulthess Juristische Medien AG

behandelte etwa eine Praxis 101 Erkrankte, eine andere 32'775 Erkrankte. Eine Vergleichbarkeit ist allein aus diesem Grunde nicht gegeben. Auch die Zahl der Konsultation schwankt zwischen 5 und 16'592 und die Anzahl Hausbesuche zwischen 0 und 3837 und die relative Standardabweichung beträgt zwischen 71% und 223%, ist also sehr hoch. Die Verteilung dieser Variablen ist zudem in allen Fällen nicht normal, wodurch allein aus diesem Grund Regressionsstatistiken und Mittelwert-Vergleich technisch falsch gewählt sind (Shapiro Wilk Test).

**Tabelle 2: Heterogenitätsanalyse Facharztgruppe 59, 2019 (ganze Schweiz), 1'089 Arztpraxen**

Variable	"Anzahl Erkrankte"	"Anzahl Konsultationen"	"Anzahl Hausbesuche"
<b>Summary statistics</b>			
Sample size	1089	1089	1089
Lowest value	101	5	0
Highest value	32775	16592	3837
Arithmetic mean	786	3023	111
95% CI Arithmetic mean	720 to 852	2894 to 3151	96 to 126
Median	658	2572	29
95% CI for the median	624 to 701	2444.67 to 2731.66	23 to 33
Variance	1236964	4663409	61764
Standard deviation	1112	2159.49	248.5249
Relative standard deviation	1.41 (141.39%)	0.71 (71.43%)	2.2308 (223.08%)
Standard error of the mean	33.70	65.43	7.53
Coefficient of Skewness	22.38 (P<0.0001)	1.58 (P<0.0001)	6.50 (P<0.0001)
Coefficient of Kurtosis	632.46 (P<0.0001)	4.62 (P<0.0001)	68.00 (P<0.0001)
Shapiro-Wilk test	W=0.2698	W=0.8888	W=0.4475
for Normal distribution	reject Normality (P<0.0001)	reject Normality (P<0.0001)	reject Normality (P<0.0001)
49% Trimmed mean (n=23)	655.47	2567.73	28.3913
95% CI of Trimmed mean	617.69 to 693.25	2424.28 to 2711.19	22.34 to 34.43

**Fazit 1: Die Vergleichsgruppe FAG53 für das Jahr 2019, welche santésuisse für Wirtschaftlichkeitsverfahren zusammengestellt hat, ist aufgrund der**

**Inhomogenität der von santésuisse vorgelegten Proxy-Variablen für Unwirtschaftlichkeit nicht verwendbar. Das Beweismittel ist abzulehnen.**

## Analyse der Inhomogenität von Medikamentenvariablen (DDD, PCG)

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). 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>5</sup>:

**Tabelle 3: 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%

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 4: statistische Beschreibung von 3 verschiedenen PCG Variablen auf DDD-Ebene in 1'089 Arztpraxen der Facharztgruppe «praktischer Arzt» Nr. 59**

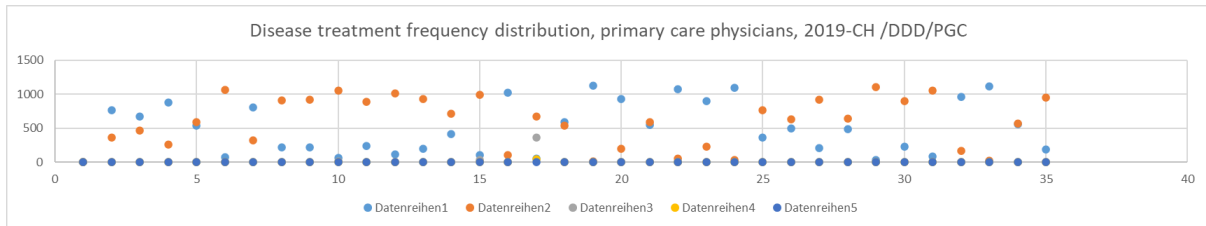
<sup>5</sup> <https://www.fmh.ch/files/pdf7/schlussbericht-wirtschaftlichkeitspruefungen-polynomics-ag.d.pdf>

Variable	Summary statistics		
	CAR	DM2	HYP
Sample size	1089	1089	1089
Lowest value	0	0	0
Highest value	17.8	231.7	553.7
Arithmetic mean	1.9705	13.2366	73.2925
95% CI for the Arithmetic mean	1.8427 to 2.0984	12.4408 to 14.0325	70.0070 to 76.5780
Median	1.5	11.1	68.6
95% CI for the median	1.3000 to 1.6000	10.4668 to 12.0332	64.5668 to 74.9665
Variance	4.6248	179.1475	3053.2905
Standard deviation	2.1505	13.3846	55.2566
Relative standard deviation	1.0914 (109.14%)	1.0112 (101.12%)	0.7539 (75.39%)
Standard error of the mean	0.06517	0.4056	1.6744
Coefficient of Skewness	2.0742 (P<0.0001)	5.0705 (P<0.0001)	1.1804 (P<0.0001)
Coefficient of Kurtosis	7.2604 (P<0.0001)	67.7586 (P<0.0001)	5.2417 (P<0.0001)
Shapiro-Wilk test for Normal distribution	W=0.8147 reject Normality (P<0.0001)	W=0.7377 reject Normality (P<0.0001)	W=0.9276 reject Normality (P<0.0001)
49% Trim-med mean (n=23)	1.4565	11.0783	68.7826
95% CI of Trimmed mean	1.3044 to 1.6086	10.3219 to 11.8346	62.8833 to 74.6819

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 3: Verteilung der DDD pro PCG in Quartilen oder keine PCG in 1'089 Arztpraxen (vertikale Achse). Datenreihe 1: keine DDD. Datenreihe 2: DDD nur in 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 5: die einzelnen Zahlen zur Abbildung 1**

Number of DDD per diseased			ABH	ADH	AIK	ALZ	AST	BSR	CAR	COP	DEP	DM1	DM2	EPI	GLA	HCH	HIV	HYP	KHO
lower	upper	class																	
0	0	0	764	667	874	541	70	807	215	213	58	239	117	201	411	102	1022	49	591
0+	91	1	363	460	253	586	1057	320	912	914	1054	887	1008	925	716	988	105	669	536
91+	182	2	0	0	0	0	0	0	0	0	9	1	1	0	0	35	0	364	0
182+	273	3	0	0	0	0	0	0	0	0	5	0	1	0	0	2	0	40	0
273+	365+	4	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	1	0	0	0	5	0

Number of DDD per diseased			KRE	KRK	MCR	MSK	NIE	PAH	PAR	PSO	PSY	RHE	SMC	SMN	THY	TRA	WAS	ZFP	ZNS
lower	upper	class																	
0	0	0	1120	927	544	1074	902	1095	363	495	207	488	28	229	80	960	1111	556	181
0+	91	1	7	200	583	53	225	32	764	632	919	639	1099	898	1047	167	16	571	946
91+	182	2	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0
182+	273	3	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
273+	365+	4	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0

**Legende zu den Abkürzungen:** ABH=Sucht, ADH=ADHS, AIK=Autoimmunkrankheiten, ALZ=Alzheimer, AST=Asthma, BSR=bipolare Störung regulär, CAR=Herzleiden, COPD=schweres Asthma/COPD, DEP=Depression, DM1=Diabetes mellitus Typ I, DM2=Diabetes mellitus Typ II, DM2+=Diabetes mellitus Typ II mit Hypertonie, EPI=Epilepsie, GLA=Glaukom, HCH=hohes Cholesterin, HIV=HIV/AIDS, KHO=hormonsensitive Tumore, KRE=Krebs, KRK=Krebs komplex, MCR= Morbus Crohn / Colitis ulcerosa, MSK=Krankheiten des Gehirns oder des Rückenmarks: multiple Sklerose, NIE=Nierenerkrankungen, PAH=pulmonale (arterielle) Hypertonie, PAR=M. Parkinson, PSO=Psoriasis, PSY=Psychose, RHE=Rheuma, SMC=chronische Schmerzen (ohne Opioide), SMN=Neuropathischer Schmerz, THY=Schilddrüsenerkrankungen, TRA=Transplantationen, WAS=Wachstumsstörungen, ZFP=zystische Fibrose, Pankreasenzyme, ZNS= Krankheiten des Gehirns oder des Rückenmarks: sonstige, hyp=Hypertonie

Die Tabellen 4 und 5 zeigen für jede einzelne PCG die Inhomogenität der behandelten Krankheiten. Die statistische Beschreibung der DDD Verteilung von PCG CAR (Herzleiden), DM2 und HYP (Hypertonie) zeigt eine relative Standardabweichung von 75%-109%, womit anhand der santésuisse Daten zweifelsfrei feststeht, dass die einzelnen Arztpraxen komplett verschiedene Krankheiten behandeln.

Die mit PCG erfassten Krankheiten sind offensichtlich extrem lückenhaft. Das Risiko besteht somit, dass Krankheiten, die nicht PCG-mässig zu einer Erklärung der Kosten verwendet werden, als «Kosten bei Gesunden» berechnet werden, womit das Risiko einer Indexüberschreitung (> 130%) aus rein zufälligen Gründen erfolgt.

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>6</sup>. Eine eklatante Verletzung der Rechtsgleichheit: die Unwirtschaftlichkeit entsteht hier wegen der fehlenden Berücksichtigung wirtschaftlicher Medikamentenkosten. Ein für viele Arztpraxen fataler Zuordnungsfehler in der statistischen Methode von santésuisse.

**Fazit 2: Die Inhomogenität der behandelten Krankheiten ist statistisch anhand der DDD/PCG Variablen dank der Datenlieferung von santésuisse zur Vergleichsgruppenbildung bewiesen. Damit ist das Beweismittel von santésuisse zur Beurteilung der Wirtschaftlichkeit zurückzuweisen.**

## Probleme bei der PCG-induzierten Morbiditätszuordnung

Gemäss Prof. Ueli Kieser sind die Medikamentenkosten in aller Regel wirtschaftlich und müssen

---

<sup>6</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)

deshalb bei der Wirtschaftlichkeitsprüfungen aus dem Index entfernt werden<sup>7</sup>. Es zeigt sich jedenfalls, dass der statistische Einbezug von Arzneimittelkosten in die Wirtschaftlichkeitsprüfung erheblichen Einschränkungen unterliegt. Insbesondere verbietet es sich, Arzneimittelkosten in Parallele zu den Kosten der ärztlichen Behandlung statistisch einzubeziehen. Es gelten mannigfaltige Besonderheiten bei den Medikamenten, welche beim schlüssigen Nachweis einer allfälligen Unwirtschaftlichkeit des ärztlichen Verhaltens zwingend zu berücksichtigen sind. Insoweit drängt sich eine grundlegende Überprüfung der heutigen Rechtsprechung zum Einbezug von Arzneimitteln in das Wirtschaftlichkeitsprüfungsverfahren auf. Die Rechtsprechung hat sich nie an diese Regel gehalten, mit Implikationen für die Ergebnisse zahlreicher Verfahren, deren Ergebnisse damit obsolet 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>8</sup>. Eine eklatante Verletzung der Rechtsgleichheit: die Unwirtschaftlichkeit entsteht hier wegen der fehlenden Berücksichtigung wirtschaftlicher Medikamentenkosten. Ein für viele Arztpraxen **fataler Zuordnungsfehler** in der statistischen Methode von santésuisse.

Frau Nationalrätin Ruth Humbel hat im Jahr 2019 eine Motion zu den pharmazeutischen Kostengruppen (PCG) eingereicht<sup>9</sup>. Sie erkannte darin richtig ein Problem darin, dass gewisse Medikamente nicht in der PCG Liste des Bundes auftauchen.

Auch im Jahr 2023 umfassen die PCG nur 34 Kostengruppen, was mit einer korrekten Morbiditätsabbildung medizinischer Tätigkeit nicht vereinbar ist. Bereits 2017 hat ein ausführliches deutsches Gutachten, erstellt durch einen wissenschaftliche Beirat in Deutschland ergeben, dass bei einer Begrenzung auf 50 oder eine noch weitere Reduktion auf nur 30 Erkrankungen die Ziele des RSA nicht mehr angemessen erreicht werden können: «Der Wissenschaftliche Beirat empfiehlt daher zukünftig die Einschränkung der berücksichtigten Erkrankungen aufzuheben und das Klassifikationsmodell als Vollmodell weiterzuentwickeln. Hierzu sind weiterführende Arbeiten erforderlich, die im Rahmen der kontinuierlichen Pflege des RSA-Modelles geleistet werden können»<sup>10</sup>. In der Literatur ist entsprechend die Aussagekraft von PCG-Variablen zur prospektiven oder retrospektiven Berechnung von tatsächlich erfolgten medizinischen Versorgungskosten nicht höher als 17%<sup>11</sup>.

In den Wirtschaftlichkeitsprüfungen von santésuisse existiert – neben zahlreichen weiteren – folgender besonders schwerwiegende Zuordnungsfehler: medizinisch indizierte und von SwissMedic bewilligte Medikamente, welche jedoch nicht in der PCG-Liste des Bundes erscheinen<sup>12</sup> werden der

<sup>7</sup> <https://docfind.ch/WZWMedikamenteKieser2018.pdf>

<sup>8</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)

<sup>9</sup> <https://www.parlament.ch/de/ratsbetrieb/suche-curia-vista/geschaefte?AffairId=20193891>

<sup>10</sup> [https://www.bundesamtsozialesicherung.de/fileadmin/redaktion/Risikostrukturausgleich/20180125Sondergutachten\\_Wirkung\\_RSA\\_2017\\_korr.pdf](https://www.bundesamtsozialesicherung.de/fileadmin/redaktion/Risikostrukturausgleich/20180125Sondergutachten_Wirkung_RSA_2017_korr.pdf)

<sup>11</sup> <https://www.physicianprofiling.ch/WZWStatistik2014.pdf>

<sup>12</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)



Arztpraxis als unwirtschaftlich im Regressions-Index von santésuisse angerechnet, womit der Regressionsindex ansteigt und die Rückforderungssumme erhöht wird.

Die Frage ist nun, in welchem Umfang Medikamente, welche in den Wirtschaftlichkeitsprüfungen nicht zugelassen sind, aber wirtschaftlich sind, weil sie von SwissMedic zugelassen wurden (Kieser 2018<sup>13</sup>), existieren, um welche Medikamente es sich handelt und wie hoch der jährliche Umsatz dieser Medikamente am Gesamtvolumen der Medikamentenkosten in der obligatorischen Krankenpflege (OKP) geschätzt werden kann.

Zu diesem Zweck haben wir die Spezialitätenliste der Medikamente mit der PCG Liste der Medikamente Global Trade Item Number (GTIN, Identifikationsnummer nach GS1-System, ehemals EAN-System) für das Jahr 2023 verglichen<sup>14</sup>. Die Tabelle 1 im Anhang gibt über die Namen der Medikamente Auskunft, die nicht auf der PCG-Liste des Bundes auftauchen. Es handelt sich um insgesamt 3'267 Unique Brands. Der Publikumspreis für sämtliche dieser nicht PCG-gelisteten Medikamente addiert beträgt 5.64 Millionen Franken pro Packung. Die auf der PCG Liste des Bundes aufgeführten Unique Brands haben gemäss dieser Berechnungsmethode einen geschätzten addierten Publikumspreis von lediglich 3.77 Millionen Franken (33.2%) am gesamten Volumen sämtlicher Medikamente der Spezialitätenliste. Das Gesamtvolumen der Medikamente betrug 7.675 Milliarden Franken im Jahr 2020. Hochgerechnet auf das Gesamtvolumen der Jahres-Medikamentenkosten dürfte es sich somit (bei einem Umsatzanteil von 66.8%) um 5.127 Milliarden Franken handeln. Dies bedeutet, dass die meisten Medikamente (66.8%), welche in der Schweiz auf OKP-Ebene ärztlich verordnet werden, nicht auf der PCG Liste des Bundes erscheinen. Die Medikamentenkosten von Ärztinnen und Ärzte, welche zufällig solche nicht PCG gelisteten Medikamente verschreiben, werden von santésuisse nicht im Regressionsindex berücksichtigt, womit der Unwirtschaftlichkeitsgrad der Arztpraxis sich automatisch und ohne Zutun der Ärztinnen und Ärzte erhöht, ein Artefakt der Methode.

In der folgenden Tabelle ist der Jahresumsatz von Medikamenten für das Jahr 2020 aufgelistet und referenziert. Es handelt sich um Medikamente, welche die Thromboserisiken senken, also orale Antikoagulantien und Thrombozyten-Aggregationshemmer. Der Umsatz dieser in der Spezialitätenliste des BAG aufgeführten und damit durch die Krankenversicherer erstattungspflichtigen Medikamente betrug im Jahr 2020 249 und 71, also 320 Millionen Franken. In den Wirtschaftlichkeitsverfahren werden diese Kosten den gesunden Personen zugeordnet, da sie nicht als Krankheitsvariable im Regressions-Index erscheinen. Vor allem internistische und kardiologische Arztpraxen werden bei der Verschreibung solcher Medikamente benachteiligt gegenüber Arztpraxen, welche solche Medikamente nicht oder in niedrigerem Umfang verschreiben.

---

<sup>13</sup> <https://docfind.ch/WZWMedikamenteKieser2018.pdf>

<sup>14</sup> Die Berechnungen sind hier abrufbar: [https://docfind.ch/SpezialitaetenListe2023\\_PCG.xlsx](https://docfind.ch/SpezialitaetenListe2023_PCG.xlsx)

**Tabelle 6: Medikamente, welche nicht auf der PCG Liste des Bundes aufgeführt sind (Stand 02/2023): orale Antikoagulantien und Antithrombotika, 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>15</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>16</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

Medikamente sind nur gering manipulationsanfällig – im Gegensatz zu Diagnosen – wie die Gesundheitsökonomie seit über 20 Jahren weiss (Konstantin Beck, Robert Leu und andere). Entsprechend ist es nicht begründbar, im früheren ANOVA Index Medikamentenkosten über der Toleranzmarge vollumfänglich zurückzufordern. Dass dies trotzdem regelmässig praktiziert wurde, zeigt die Problematik der weitgehend ungenügenden Beurteilung der santésuisse Beweismittel, eine Verletzung der richterlichen Untersuchungspflicht trotz häufig gestellten Beweisanträgen.

Die Verwendung von PCG zur Beurteilung der Wirtschaftlichkeit schaffen seit der Verwendung 2017-2023 eine zusätzliche Rechtsungleichheit, welche massiv sein dürfte, da 67% der in der Spezialitätenliste aufgeführten Medikamente in der PCG Liste des Bundes fehlen. Damit offenbart sich ein Konstruktionsfehler des Regressionsindexes, welcher aufgrund des hier aufgedeckten Zuordnungsfehlers willkürlich ist. Hier liegt eine Verletzung der Rechtsgleichheit vor. Da die Ärztinnen und Ärzte von

<sup>15</sup> [https://www.versorgungsatlas.ch/indicator/\\_030](https://www.versorgungsatlas.ch/indicator/_030)

<sup>16</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)

dieser Regel nichts wissen, diese aber seit 2017 regelmässig zu überhöhten Indexwerten geführt haben - unterschiedlichen Ausmasses, je nach Praxis – erfolgt dieser Zuordnungsfehler vermutlich arglistig, da nicht davon ausgegangen werden kann, dass santésuisse über solche zentrale Mängel keine Kenntnis hatte und hat und santésuisse davon ausgehen mag, dass Gerichte und Arztpraxen diese Zuordnungsfehler ohnehin nicht zu entdecken vermögen. Der Grund für den tiefen Abdeckungsgrad der Spezialitätenliste in der PCG-Liste ist unklar und muss durch die Behörden offen gelegt werden. Denkbar ist, dass gewisse Krankenkassen erfolgreich eine Vollabdeckung verhindert haben, um den Risikostrukturausgleich unter den Krankenkassen zu schwächen und damit die «Jagd» nach kostengünstigen Patientinnen und Patienten im Rahmen eines Wettbewerbs untereinander aufrecht zu erhalten.

**Fazit 3: Die Verwendung von PCG für den Risikostrukturausgleich von Arztpraxen entbehrt einer wissenschaftlichen Grundlage und generiert rein zufällig erhöhte Kosten-Indices unabhängig von tatsächlicher Unwirtschaftlichkeit. Rund 6 Mia. Franken Medikamentenkosten (66%) pro Jahr sind in den PCG nicht abgebildet. Ob eine Arztpraxis einen Risikostrukturausgleich erhält oder nicht, ist deshalb ein Roulette-Spiel. Für Krankenversicherer mit grossen Patientenbeständen mag dieses Roulette-Spiel einigermaßen funktionieren. Für Arztpraxen ist es ein häufig tödliches Spiel von santésuisse.**

## Toleranzgrenzen-Analyse

Die richterliche Einschätzung, wonach ein Kostenindex von über 130% mit Unwirtschaftlichkeit gleichzusetzen sei, wurde nie rechtswissenschaftlich ausreichend begründet. Immerhin zeigt diese

Einschätzung, dass eine Toleranzmarge beim Kostenindex notwendig ist.

Wie in Tabelle 3 von unverdächtiger Stelle (Polynomics Institut Olten) aufgezeigt wurde, ist der Erklärungsgehalt der PCG entweder minimal ( $R^2$  10%) oder schon gar nicht untersucht, wie z.B. in der FAG53. Dies bedeutet, dass die meisten Kosten durch den Regressions-Index nicht (zusätzlich) erklärt sind oder für zahlreiche Facharztgruppen gar nicht bekannt sind. Das sind selbstverständlich auch durch die Richterinnen zu würdigende weitere Beweise für die Inhomogenität der behandelten Erkrankten in der von santésuisse zusammengestellten Vergleichsgruppe. Gegenüber dem ANOVA-Index, welcher die demographischen Variablen berücksichtigt, ist der Gewinn an Erklärung durch den Regressions-Index in der Regel eben gering, minimal oder unbekannt. Es ist nicht erkennbar, wie santésuisse daraus ableiten will, dass wegen dem Erkenntnisgewinn des Regressions-Indexes der Benchmark für Unwirtschaftlichkeit von 130% auf 120% gesenkt werden könne. 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.

Die erklärten Kosten in den Modellen der Krankenversicherer M1 (ANOVA-Index) und M2 (REGRESSIONS-Index) sollten bei der Beurteilung dieses Beweismittels berücksichtigt werden: wie weiter oben beschrieben, ist rein statistisch von einer Toleranzmarge von 198% statt 130% auszugehen. In der aktuellen Rechtsprechung wird der Toleranzwert von 130% vorgegeben. Soweit bekannt, gibt es dazu keine Literatur. Es handelt sich wohl um einen willkürlich festgelegten Toleranzwert. Dieser Toleranzwert bedeutet folgendes: wenn die Durchschnittskosten 1'000 Fr pro Jahr betragen und das Erklärungsmodell M1 oder M2 der Krankenversicherer die Kosten zu 100% erklären würde, dann wäre schon eine Kostenüberschreitung von 1% (oder Index 101%) unwirtschaftlich. Tatsächlich sind in den bisher untersuchten Facharztgruppen (N=6) zu 13% bis 39% der Kosten erklärt (basierend auf Individualdaten-Analysen), womit von diesen 1'000 Fr. je nach Facharztgruppe zwischen 610 Fr. (oder 61%) und 870 Fr. (oder 87%) nicht erklärt sind: im Zweifel müssen diese Kosten als wirtschaftlich beurteilt werden, es wäre jedenfalls nicht sachgerecht, die nicht erklärten Kosten – wie heute üblich – der Arztpraxis als unwirtschaftliche Kosten anzulasten. Deswegen: sollen nun diese im Modell M1 oder M2 nicht erklärten Kosten einfach als gesamthaft oder nur teilweise als unwirtschaftlich bezeichnet werden? Da das Modell M1 und M2 nicht 100% der Kosten erklärt, ist es unplausibel, den sehr hohen Kostenanteil der nicht erklärten Kosten einfach den Arztpraxen aufzubürden. Die Arztpraxen sollen jedoch gemäss heutiger Praxis erklären, warum die Kosten höher sind als das Modell erwarten lässt. Da die Praxisbesonderheiten der Vergleichsgruppe der einzelnen Arztpraxis jedoch nicht bekannt sind, kann sie keine Praxisbesonderheiten vorbringen, sondern nur absolute, aber nicht relative (zur Vergleichsgruppe) Praxishäufigkeiten. Da die Praxishäufigkeiten der auffälligen Arztpraxis nicht in Relation zu den vorliegenden Praxishäufigkeiten in der Vergleichsgruppe in Relation gesetzt werden können (da sie ja unbekannt

sind), ist der Entscheid, Praxisbesonderheiten zu berücksichtigen immer ein willkürlicher. Um dieser Willkür in der Würdigung der Beweismittel von *santésuisse* entgegen treten zu können, bleiben zur zwei Möglichkeiten:

1. Das Kostenvergleichs-Beweismittel ist zu ungenau und kann deswegen nicht berücksichtigt werden.
2. Es wird eine analytische Untersuchung bei sehr hohen Kosten durchgeführt (bei Überschreitung des Kostenindex von 198%).

Denkbar ist auch, dass von den Gerichten diese beiden Möglichkeiten nicht akzeptiert werden. Dann stellt sich die Frage, wieweit die nicht erklärten Kosten als wirtschaftlich (wirtschaftlicher Anteil der unerklärten Kosten) oder eben als unwirtschaftlich (unwirtschaftlicher Anteil der nicht erklärten Kosten) aufgeteilt werden, es ist in jedem Fall nicht zulässig, alle unerklärten Kosten automatisch als unwirtschaftlich zu bezeichnen. Auch hier existiert offensichtlich keine Literatur, weswegen eine Abschätzung dieser Anteile ebenfalls nur willkürlich sein kann. Daraus ergibt sich die Schlussfolgerung, dass die bisherige Rechtsprechung mit dem Toleranzbereich von 130% eine zu überwiegendem Anteil willkürliche Rechtsprechung war.

**Fazit 4: 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. Der Benchmark für Unwirtschaftlichkeit von 130% ist im Lichte der dargestellten Evidenz nicht haltbar, zahlreiche Praxisbesonderheiten oder die Variabilität der Vergleichsgruppe würden einen Benchmark von rund 200% erwarten lassen. Mit diesem Benchmark wären auch die auffälligen Arztpraxen auf 2% reduziert. Im Übrigen verbietet jedoch die Inhomogenität der Vergleichsgruppe überhaupt die Anwendung des *santésuisse* Indexes, sei es RSS, ANOVA, oder REGRESSION.**

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 – Einbezug der Morbidität des Patientenkollektivs – 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 ebenfalls 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 stand (GEBHARD EUGSTER, KVG: Baustelle statistische Wirtschaftlichkeitsprüfung, Jusletter 27. August 2012 Rz. 13 f., 61 und 82) und Anstoss für parlamentarische Initiativen gegeben hatte, welche schliesslich zur Gesetzesänderung vom 23. Dezember 2011 (Art. 56 Abs. 6 KVG) führten.

Diese höchstrichterliche Einschätzung der Beweiskraft der Ergebnisse des Vorgehens (Vergleich der individuellen Arztpraxis mit den santésuisse-Vergleichsgruppen) ist einzig darauf zurückzuführen, dass die Tarifpartner FMH, santésuisse und curafutura eine Methode für Unwirtschaftlichkeit definiert haben. Allerdings wird hier nicht beachtet, dass der Vertrag festhält, dass die Auffälligkeiten, welche

durch die statistische Prozedur erzeugt werden, keine Beweise liefern, sondern nachfolgend in paritätischen Kommissionen geklärt werden müssen. Es muss also gerade noch geklärt werden ob der erhöhte Index durch Praxisbesonderheiten erklärt werden kann. Doch dazu fehlen die Informationen zu den Praxisbesonderheiten der Vergleichsgruppe vollständig, ein zentraler Verfahrensmangel.

Beispiel für die Unterlassung der richterlichen Untersuchungspflicht,  
mit Kommentaren der IGPROF

Folgend ein Protokoll richterlicher Aussagen, jeweils versehen mit unseren Kommentaren. Es geht uns im Folgenden nicht darum, den betreffenden Richter persönlich zu beurteilen; das liegt uns fern. Vielmehr ist uns daran gelegen, anhand dieses typischen Beispiels aufzuzeigen, wie vonseiten der Gerichte im Allgemeinen gedacht wird, damit die involvierten Kanzleien ihre Strategien gegebenenfalls daraufhin ausrichten können.

Quelle: 200 20 869 SCHG / 200 20 870 SCHG; LOU/GET/SEE Schiedsgericht in Sozialversicherungsstreitigkeiten des Kantons Bern Urteil vom 18. Januar 2022, [https://entscheidsuche.ch/docs/BE\\_Verwaltungsgesicht/BE\\_VG\\_001\\_200-2020-869\\_2022-01-18.pdf](https://entscheidsuche.ch/docs/BE_Verwaltungsgesicht/BE_VG_001_200-2020-869_2022-01-18.pdf)

### 1. Vergleichsmaterial

«Voraussetzung für die Anwendbarkeit der statistischen Methode ist, dass sich das Vergleichsmaterial hinreichend ähnlich zusammensetzt»

**Kommentar:** Die gerichtliche Prüfung der Ähnlichkeit ist die zentrale Voraussetzung, um das Beweismittel zuzulassen. Der Richter hat diese Prüfung unterlassen.

### 2. Offenlegung der Individualdaten (anonym)

«Es besteht ein Anspruch darauf, in die für den Wirtschaftlichkeitsvergleich herangezogenen Daten Einsicht zu nehmen. Bei Anwendung der statistischen Methode der Wirtschaftlichkeitsprüfung hat der Verband der Krankenversicherer deshalb die Namen der Ärzte, welche die Vergleichsgruppe bilden, sowie – in anonymisierter Form – deren individuelle Daten aus dem "santésuisse-Datenpool" offenzulegen (SVR 2011 KV Nr. 15 S. 59 E. 4.4).»

**Kommentar:** In den Verfahren behauptet santésuisse immer wieder, dass der Mittelwert der Vergleichsgruppe genügt und keine detaillierte Offenlegung notwendig sei. Diese Verweigerung von Beweismaterial dient dazu, die teils massive Unähnlichkeit der Vergleichsgruppen-Mitglieder hinter deren Mittelwert zu verstecken und damit auch den Richter darüber hinwegzutäuschen, dass die Voraussetzung der Anwendbarkeit der statistischen Methode, nämlich ein vorliegend hinreichend ähnliches „Vergleichsmaterial“, inexistent ist.

### 3. Der Richter missachtet seine Untersuchungspflicht

«... denn dem Umstand, dass seine Patienten eine andere Morbidität aufweisen als diejenigen eines Arztes ohne bzw. mit anderen ergänzenden Weiterbildungen wird im Rahmen der neuen Screeningmethode mittels des erweiterten Variablensatzes nun hinreichend Rechnung getragen.»

**Kommentar:** Dies ist eine ungeprüfte Behauptung, welche der Richter nicht untersucht hat. Er hat diese Behauptung zu belegen, andernfalls steht der Verdacht einer Voreingenommenheit im Raum.



Der Satz könnte von santésuisse selbst stammen, also von der klagenden Partei, von welcher sich der Richter mit seiner Behauptung instrumentalisieren lässt.

#### **4. Der Richter missachtet seine Untersuchungspflicht**

Indessen lässt sich mangels aktenmässiger Substantiierung nicht verifizieren, ob und wenn ja in welchem Ausmass die Verabgabung nicht auf der PCG-Liste figurierender Medikamente in den streitbetroffenen Jahren 2017 und 2018 effektiv erfolgte. Ferner wurde bereits in E. 4.3 vorne gezeigt, dass die FMH der Regressionsanalyse in Bezug auf die zugrundeliegenden Morbiditätsvariablen die Erfüllung des "heute Machbaren" attestiert.

**Kommentar:** Der Richter verletzt hier klar seine Untersuchungspflicht. Mit dem Hinweis des "heute Machbaren" erweist sich der Richter als unfähig, die Tatsachenbehauptung des Beklagten zu prüfen. Demnach kann er keine unabhängige richterliche Beurteilung der Situation durchführen, Er versteckt sich hinter der FMH und deren Aussagen. Selbstverständlich hätte mit geringem Sachverstand die Möglichkeit vorgelegen, die PCG-Liste auf figurierende und nicht figurierende Medikamente zu prüfen.

#### **5. Der Richter verkennt den Erklärungsgehalt der Regressions-Index Methode**

«Die mit der Implementierung erfolgte Anerkennung der PCG als (ein) zuverlässiger Faktor zur Detektion eines kostenintensiven Patientenguts beim Risikoausgleich ist grundsätzlich auch auf die Belange der Wirtschaftlichkeitsprüfung zu übertragen.»

**Kommentar:** Der Richter behauptet hier ohne weitere Prüfung, dass der Faktor «Anerkennung der PCG als ein Faktor zur Detektion eines kostenintensiven Patientenguts» zuverlässig sei, ohne zu untersuchen, in welchem Ausmass. Dieser Faktor hat nämlich eine geringe Aussagekraft für die Erfassung von morbiditätsassoziierten Kosten von höchstens ca 5%. PCG erklären in der Facharztgruppe der allg. Inneren Medizin nur wenige Prozente der Kosten. Dies ist offenbar dem Richter nicht bekannt. Er überschätzt die Aussagekraft der PCG als Erklärungsvariable für die Kostennotwendigkeit in krasser Weise und offenbart damit auch eine grosse Ignoranz gegenüber dem Erklärungsmodell von santésuisse.

#### **6. Der Richter verkennt den Erklärungsgehalt der Regressions-Index Methode erneut**

«Denn gemäss der unbestritten gebliebenen Darstellung der Klägerinnen ist nicht der Effekt eines einzelnen Kriteriums, sondern die Summe ihrer unabhängig wirkenden Einflüsse für die Beurteilung der Behandlungskosten des Arztes massgebend (vgl. pag. 7 Rz. 10). Das Regressionsmodell berücksichtigt denn auch im Vergleich zum Risikoausgleich (auf der ersten Stufe) einen zusätzlichen Morbiditätsindikator und einen Unsicherheitsfaktor sowie (auf der zweiten Stufe) weitere Indikatoren, mit welchen kantonsspezifische sowie fachgruppenspezifische Faktoren berücksichtigt werden (Dokumentation santésuisse, S. 5-8). Dass dies ungenügend erfolgt, wird vom Beklagten nicht substantiiert dargelegt. Ferner impliziert die konsensuale Berücksichtigung der PCG durch die Vertragsparteien ohne

weiteres, dass die dafür notwendige Datengrundlage auch als hinreichend erachtet wurde. Damit wurde der Effekt, wonach die Höhe des Regressionsindex (auch) von der Art und Anzahl Medikamente in den für die Facharztgruppe relevanten PCG abhängt (vgl. die zu Händen des Rechtsvertreters des Beklagten verfasste Stellungnahme der FMH vom 10. Februar 2021 [act. IIB 12]), bewusst in Kauf genommen. Dies ergibt sich auch daraus, dass sich die Versicherer zwar vertraglich verpflichteten, die Regressionsmethode in Absprache mit der FMH regelmässig anhand neu zur Verfügung stehender Daten und/oder Erkenntnisse zu verbessern (act. I 9 Ziff. 7), die Vertragsparteien indessen die Relevanz der Morbiditätsvariablen – so auch jene der PCG – vertraglich nicht eingeschränkt oder von weiteren Daten und zusätzlichen Erkenntnissen abhängig gemacht haben. Demnach erweist sich der Einwand der mangelnden Identifikation aufgrund in den PCG-Listen nicht aufgeführter Medikamente als nicht stichhaltig.»

**Kommentar:** Auch hier offenbart der Richter seine weitgehende Ignoranz gegenüber der Beweiskraft des Regressions-Indexes. Da das Modell in der Allg. Inneren Medizin mehr als 70% der Kosten nicht erklärt, ist grösste Vorsicht bei der Beurteilung der statistischen Ergebnisse notwendig. Der Richter verletzt hier in eklatanter Weise seine Untersuchungspflicht gegenüber den santésuisse Beweismitteln, indem er offenbar die Angaben von santésuisse massiv überschätzt bzw. nicht in der Lage ist, die Statistik und ihre erklärende Funktion für die Kosten in ihrer Bedeutung und Relevanz für die Detektion von Unwirtschaftlichkeit korrekt einzuordnen. Ein zusätzlicher Morbiditätsindikator bedeutet nämlich nicht, dass damit die bei den Arztpraxen vorliegenden Morbiditäten immer korrekter abgebildet werden. Offensichtlich ist der Richter sich dieser Einschränkungen nicht bewusst und vertraut wohl oder übel blind den Vorgaben von santésuisse. Offenbar hat der Richter auch nicht verstanden, dass santésuisse eben nicht den Unsicherheitsfaktor berücksichtigt, indem nur ein Regressions-Index angegeben wird, ohne den dazu gehörigen Unsicherheitsfaktor. Auch hier vertraut der Richter blind den Parteibehauptungen von santésuisse. Dass die privaten Vereine FMH und santésuisse die Relevanz der Morbiditätsvariablen nicht eingeschränkt haben, ist eine Falschbehauptung, weil der Richter die Einschränkung der Einzelfallprüfung und die Homogenität der Vergleichsgruppe hier vollständig ausblendet. Seine Schlussfolgerung, dass die Identifikation von nicht in PCG-Listen aufgeführten Medikamenten nicht stichhaltig sei, ist Unsinn.

#### **7. Der Richter begeht ev. wegen Voreingenommenheit Logikfehler**

«In Bezug auf die Schmerzpatienten führt die 34er-Liste eine spezifische PCG-Position "Chronische Schmerzen ohne Opiode" (Position 28 [act. IE 7]) auf, welcher Wert für die Vergleichsgruppe tiefer ist als jener des Beklagten, womit vorliegend betreffend das Statistikjahr 2018 die Annahme einer Praxisbesonderheit aufgrund von Schmerzpatienten bzw. Patienten mit psychosomatischen Beschwerdebildern zum vornherein ausser Betracht fällt.»

**Kommentar:** Hier begeht der Richter einen unverzeihlichen Logikfehler. Wenn die PCG in der

Vergleichsgruppe bei Schmerzpatienten tiefer sind als in der Arztpraxis, hat die Arztpraxis eben eine höhere Schmerzpatienten-Last als die Vergleichsgruppe, was die Praxisbesonderheit erklärt, und nicht, wie vom Richter falsch angenommen, umgekehrt. Dieser Denkfehler ist ein weiteres Indiz für den sich erhärtenden Verdacht einer groben Voreingenommenheit des Richters, der qua seines Berufsstands neutral zu denken, zu argumentieren und zu urteilen hat.

## Permanente juristische Zweifel am Screening-Verfahren

Seit Jahren haben namhafte Juristinnen und Juristen auf die Problematik des santésuisse Screening-

Verfahrens hingewiesen:

1. Dr. iur. Gebhart Eugster<sup>17</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.»
2. Prof. Ueli Kieser<sup>18</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.).»
3. Noch nie wurden in einer sonstigen Rechtsprechung statistische Beweismittel zugelassen. Die krankenversicherungsrechtliche Prüfung der Wirtschaftlichkeit mit einer statistischen Methode ist also das einzige je in der Schweiz zugelassene Beweismittel<sup>19</sup> und wird noch nicht einmal behördlich kontrolliert und validiert<sup>20</sup>.

## Praxis-zentrierte Verteidigungsstrategie

Arztpraxen sind unwirtschaftlich, wenn der Regressionsindex über 130% (oder nach einer auch

---

<sup>17</sup> <https://docfind.ch/PhyWZWEugster2009.pdf>

<sup>18</sup> <https://docfind.ch/KieserGutachtenPCG25012023.pdf>

<sup>19</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>20</sup> <https://docfind.ch/BAGStrupler052016.pdf>

anzutreffenden Gerichtspraxis über 120%) beträgt. Arztpraxen können Praxisbesonderheiten geltend machen (z.B. eigener Operationssaal, Fähigkeitsausweise, Selbstdispensation etc.). santésuisse lässt die Praxisbesonderheiten in der Regel nicht gelten. Falls Arztpraxen sich mit santésuisse nicht auf eine Vergleichslösung einigen können, erfolgt die Klage beim Schiedsgericht. Im gerichtlichen Prozess werden in der Regel Praxisbesonderheiten der Vergleichsgruppe ebenfalls nicht oder ungenügend berücksichtigt, die Rückerstattungssumme ist dann aber gerichtlich festgelegt und kann nur noch auf dem Weg zum Bundesgericht angefochten werden.

## Vergleichsgruppen-zentrierte Verteidigungsstrategie

Die Vergleichsgruppe muss mit statistischen Methoden auf die Homogenität der Facharztgruppe geprüft werden. Die von uns untersuchten Vergleichsgruppen wiesen statistisch signifikante Inhomogenitäten auf und enthielten wiederholt einzelne Vergleichspraxen, welche offensichtlich keine der Facharztgruppe entsprechende Tätigkeit durchführen<sup>21</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 bekannt sein. Sie sind es aber eben nicht.

Die Kostenvergleichsverfahren von santésuisse sind nicht in der Lage, Unwirtschaftlichkeit zu erkennen: die verwendeten Variablen einerseits (M1, M2) und die Inhomogenitäten der Vergleichsgruppen-Praxen sowie der niedrige Abdeckungsgrad der PCG Medikamente erzeugt über 10'000 Fehlbeurteilungen und Fehlurteile betreffend Wirtschaftlichkeit von Arztpraxen in der Schweiz seit 2008: es wurden jeweils nur überhöhte Kosten festgestellt (Kostenvergleichsverfahren), ohne festzustellen, ob die Anwendung der finanziellen Mittel kosteneffektiv war, eine eklatante Verletzung der Rechte von Leistungserbringern.

Rückforderungen von zu Unrecht bezahlten Bussen sind problematisch. Es existiert eine Verjährungsfrist von 5 Jahren; wurde die Vergleichsgruppen-Problematik oder andere Probleme diskutiert und dann trotzdem in einen Vergleich eingewilligt, ist eine Rückforderungsklage aussichtslos.

Die einzige Chance, sich als Arztpraxis gegen ungerechtfertigte Angriffe von santésuisse zu wehren, ist die detaillierte Offenlegung der Inhomogenität der behandelten Krankheiten in der Vergleichsgruppe (siehe Statistikteil). Die Verwendung von wirksamen Rechtsmittel durch die anwaltliche Vertretung ist dabei komplex und tangiert zahlreiche Rechtsaspekte aus Gesetztexten, Gerichtsurteilen und der rechtswissenschaftlichen Literatur. Zu nennen sind insbesondere folgende Hinweise:

**Tabelle 7: Paragraphen und Gerichtsentscheide im Zusammenhang mit WZW-Verfahren**

Rechtliches Gehör	Art. 29 Abs. 2 BV		9C_968/2009
Rechtliches Gehör	Art. 6 EMRK		
Daten Herausgabepflicht	§ 12 Abs. 2 des Gesetzes über die Verfassungs- und Verwaltungsprozessordnung des Kantons Basel-Landschaft		
Daten Herausgabepflicht	BGer Urteil 9C_968/2009		
Wahrnehmung öffentlicher Aufgaben	Art. 1a KVG		
Bindung an Grundrechte (von santésuisse)	Art. 35 Abs. 2 BV		1C_372/2014

<sup>21</sup> <https://wzw-betrug.ch/fag53/>

Anspruch auf Gehör	Art. 29 Abs. 2 BV		
Grundsatz der Gesetzmässigkeit	Art. 5 Abs. 1 BV		
Grundsatz des öffentlichen Interesses	Art. 5 Abs. 2 BV		
Grundsatz der Verhältnismässigkeit	Art. 5 Abs. 2 BV		
Grundsatz von Treu und Glauben	Art. 5 Abs. 3 BV		
Wirtschaftsfreiheit Garantie	Art. 27 BV		
Willkürverbot	Art. 9 BV		
Transparenz Schaffung bei der Methode			BGE 144 V 79 ff., 82 E. 5.3
Kontrolle der Wirtschaftlichkeit	Art. 56 Abs. 6 KVG		
Abklärung von Amtes wegen Notwendigkeit	Art. 12 VwVG		
Abklärung von Amtes wegen Notwendigkeit			
Untersuchungsgrundsatz	Art. 29 Abs. 1 BV		
Untersuchungsgrundsatz	Art. 6 Ziff. 1 EMRK		
Vergleichbare Vergleichsgruppe			BGer Urteil 9C_28/2017 vom 15.05.2017
Vergleichbare Vergleichsgruppe			9C_260/2010
Vergleichbare Vergleichsgruppe			9C_285/2010
Praxisbesonderheiten müssen zwingend berücksichtigt werden			BGE 137 V 43 ff., 45, E. 2.2
Apotheke			9C_67/2018 vom 20.12.2018
Psyche, Sucht			EVGer Urteile K 107/01, 116/01 vom 13. Mai 2003 E. 7.2.1; K50/00 vom 30.07.2001, E. 6a
Polymorbidität			EVGer Urteile K 107/01, 116/01 vom 13.05.2003, E. 7.2.1; K50/00 vom 30.07.2001, E. 6a; K 93/2 vom 26.06.2003, E. 8.1 f
Ausländische Patientinnen und Patienten			BGer Urteil 9C_558/2018
Ältere Patientinnen und Patienten			BGer Urteil 9C_773/2008 vom 12.12.2008
Hausbesuche			9C_558/2018
Kompensatorische Einsparungen			BGE 137 V 43 ff., 49, E. 2.5.6
Kompensatorische Einsparungen			BGer Urteil 9C_513/2015 vom 09.12.2015 E. 5.3
Kompensatorische Einsparungen			BGer Urteil 9C_732/2010 vom 07.04.2011, E. 3.4
Kompensatorische Einsparungen			BGE 144 V 79 ff., 83, E. 6
Notfalldienst			Eidg. Versicherungsgerichts K 83/05 vom 04.12.2006 E. 4.3
Notfalldienst			9C_558/2018

Notfalldienst			9C_559/2018
Zuschlag Indexpunkte Praxisbesonderheiten			Picecchi, a.a.O., Rz. 545 und Rz. 543; BGE 137 V 43 ff., 45 E. 2.2; BGer Urteile 9C_558/2018 und 9C_559/2018 vom 12.04.2019, E. 8.1; BGer Urteil 9C_67/2018 vom 20.12.2018, E. 7; BGer Urteil 9C_110/2012 vom 05.07.2012, E. 4.1
Zuschlag Indexpunkte Praxisbesonderheiten			BGer K 108/2001 vom 15.07.2003 bestätigte das Bundesgericht einen Zuschlag von 20 Indexpunkten pro Praxisbesonderheit
Zuschlag Indexpunkte Praxisbesonderheiten			9C_558/2018, und 9C_559/2018 vom 12.04.2019, E. 8.1
Pflicht zur Wirtschaftlichkeitskontrolle			BGE 133 V 359 E. 6.1; 127 V 43 E. 2b, 2e und 3; SBVR Soziale Sicherheit-Eugster, Rz 872; ders., Art. 56 N 4.
Versicherer tragen Beweislast	Art. 8 ZGB		BGer, 25. 9. 2008, 9C_567/2007, E. 1.3 m. w. H.; Eugster, Art. 56 N 5
Erhebung der Beweise durch das Gericht			BGer, 25. 9. 2008, 9C_567/2007. E. 1.3
Verschiedene Methoden möglich			BGE 135 V 237 E. 4.6; 133 V 37 E. 5.3.2 ff.; 130 V 377 E. 7.2; EVG, 1. 3. 2006, K 142/05, E. 7.1; Gächter/Rütsche, Rz 1104
Verschiedene Methoden möglich			ausführlich zu den verschiedenen Prüfmethode SBVR Soziale Sicherheit-Eugster, Rz 875 und 876 ff.; ders., Art. 56 N 6 und 7 ff. je m. w. H.
Verschiedene Methoden möglich			BGE 119 V 448 E. 4d; EVG, 1. 3. 2006, K 142/05, E. 7.1; 27. 11. 2001, K 90/01, E. 3b; Schürer, 78 ff.; s. dazu N 135 ff. und 139 ff.)
Hochrechnungs-Methode			SBVR Soziale Sicherheit-Eugster, Rz 875; ders., Art. 56 N 23 je m. w. H.
Freiheit der Wahlmethode			EVG, 1. 3. 2006, K 142/05, E. 7.1; 27. 11. 2001, K 90/01, E. 3b; Poledna, Arzt, 414
Prüfung der Abrechnung auf ungewöhnliche Höhe			BGE 119 V 448 E. 4b; Gächter/Rütsche, Rz 1104; s. zur Überbehandlung bzw. Überarztung N 20 f., 24)
Jedoch ohne Qualitätskontrolle der Richterarbeit			EVG, 1. 3. 2006, K 142/05, E. 8.1.1; Poledna, Arzt, 414)
Behandlungsfreiheit im Rahmen der Wirtschaftlichkeit			BGE 110 V 187 E. 5a und 6; SBVR Soziale Sicherheit-Eugster, Rz 870; ders., Art. 56 N 2
In der Regel arbeiten Leistungserbringer wirtschaftlich			BGE 129 V 167 E. 3.2; 125 V 21 E. 5b; BGer, 11. 9. 2009, 9C_224/2009, E. 1.1; Eugster, Jusletter 16. 5. 2005, Rz 8)
In der Regel arbeiten Leistungserbringer wirtschaftlich			Umkehrschluss aus Art. 33 Abs. 1 KVG i. V. m. Art. 33 lit. a KVV)
Ähnlichkeit der Vergleichsgruppe			BGE 119 V 448 E. 4b; Gächter/Rütsche, Rz 1104 ...)
Perzentilen System			SBVR Soziale Sicherheit-Eugster, Rz 875; ders., Art. 56 N 23 je m. w. H.)



Praxisbesonderheiten			BGE 119 V 448 E. 4b; Gächter/Rütsche, Rz 1104
Keine gerichtliche Datenkontrolle			EVG, 1. 3. 2006, K 142/05, E. 8.1.1; Poledna, Arzt, 414
Verwendbare Beweismittel für die WZW Prüfung			Formulare (Art. 29 Abs. 2 ATSG), – Arztberichte (vgl. Art. 29 Abs. 2 ATSG), – Arbeitgeberberichte (Art. 29 Abs. 2 ATSG), – Daten im Rahmen der Amtshilfe (Art. 32 Abs. 1 ATSG), – Daten im Rahmen der Verwaltungshilfe (Art. 32 Abs. 2 ATSG), – mündliche Auskünfte (vgl. Art. 43 Abs. 1 Satz 2 ATSG), – schriftliche Auskünfte (vgl. Art. 28 Abs. 2 und Abs. 3 ATSG), – Observationen (Art. 43a und Art. 43b ATSG) sowie – Gutachten (vgl. Art. 44 ATSG)
Vergleichsgruppe mit etwa gleichem Krankengut			BGE 119 V 448 E. 4b; 103 V 145 E. 5 je mit m. w. H.

In den laufenden Verfahren kann mit einem systematischen Vorgehen einiges mehr erreicht werden, als in der Vergangenheit gelungen ist. Das Wissenskompendium der igprof für Kanzleien und Praxen schafft hier eine gute Grundlage<sup>22</sup>. Diese wird von uns und unseren Expertinnen und Experten laufend ausgebaut und auf den neusten Stand gebracht – bezüglich der mathematisch-statistischen Aspekte und bezüglich der Rechtsaspekte. Ein jüngstes Bundesgerichtsurteil vom 22. November 2023 gibt diesbezüglich auch Grund zur Hoffnung: Es betrifft das Verfahren 9C\_236/2022 sowie 9C\_237/2022. Zu den Beweisfragen wurde mit Verweis auf Art. 56 KVG entschieden: «Eine pauschaler, nicht aus den konkreten Verhältnissen abgeleiteter Zuschlag auf die Toleranzmarge von 130% genügt schon aus Gründen der Gleichbehandlung nicht, um einer ausserordentlichen Altersstruktur angemessenen Rechnung zu tragen (E. 3.3). Praxisbesonderheiten, namentlich eine ungewöhnliche Morbiditätsstruktur, fallen nicht in die Toleranzmarge (E. 3.3). Es besteht im konkreten Fall bezogen auf die geltend gemachte Unwirtschaftlichkeit eine Beweislosigkeit (E. 3.4).» Das Bundesgericht hat also grundsätzlich begriffen, dass die Beweismittel der Versicherer mangelhaft sind. Das ist ein Schritt in die richtige Richtung.

**Fazit 5: Die Verteidigungsstrategie von Arztpraxen muss auf der konsequenten Dekonstruktion der Vergleichsgruppe als Beweismittel basieren. Zahlreiche Rechtsmittel, Gerichtsurteile und Gesetze favorisieren beklagte Arztpraxen, deren Anwendung und Kenntnisse**

<sup>22</sup> <https://docfind.ch/VEMSKompendiumWZW2024.pdf>

**darüber waren wohl bisher ungenügend, sodass ungerechtfertigte Schuldeingeständnisse in schöner Regelmässigkeit «erpresst» werden konnten, flankiert durch die Hilfe der FMH, der paritätischen Kommissionen und der Richterinnen und Richter, welche in aller Regel das Beweismittel von santésuisse auf der Screening Ebene nicht untersucht und in ihrer extremen Eingeschränktheit nicht verstanden haben.**

## Gegenklagen

Wegen der fehlenden Informationen zu den Praxisbesonderheiten in der Vergleichsgruppe ist der Vertrag zu den 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>23</sup>

Die erwähnten Verfahrensfehler müssen von den Gerichten korrigiert werden. Es geht um verfassungsrechtliche Grundprinzipien, insbesondere um die Grundsätzen von Treu und Glauben (Art. 5 Abs. 3 und Art. 9 BV), des Verhältnismässigkeitsprinzips, des Gleichbehandlungsgebots und des Willkürverbots (Art. 35 Abs. 2 BV).

---

<sup>23</sup> Quellenangabe auf Anfrage

## Schlussfolgerungen und Konsequenzen

Die Wirtschaftlichkeitsverfahren von santésuisse, vertraglich legitimiert durch die FMH<sup>24</sup>, sind keine Wirtschaftlichkeitsverfahren im Sinne einer Kosteneffektivitäts-Prüfung und bedeuten damit eine Verletzung des gesetzlichen Auftrags zur Wirtschaftlichkeitsprüfung im Sinne der Kosteneffektivität. Es handelt sich nämlich um Kostenvergleichsverfahren.

Anhand der Analyse der Vergleichsgruppe FAG53 vom Jahr 2019 zeigen wir sämtliche Mängel der Vergleichsgruppenstatistik von santésuisse auf:

1. Alle Variablen, die untersucht wurden (Demographische, DDD, PCG), zeigen eine statistisch signifikante Inhomogenität und in der Regel eine nicht-normale Verteilung, wodurch statistisch betrachtet Mittelwert-Vergleiche verunmöglicht werden. Die gesamte Rechtsprechung zur Wirtschaftlichkeitsprüfungen von Arztpraxen in der Schweiz ist damit obsolet.
1. Die zusätzliche Verwendung von Medikamenteninformationen mit DDD/PCG verschlimmert die Situation drastisch: der Abdeckungsgrad der PCG-abgebildeten Morbidität beträgt 33%.
1. Der Toleranz-Benchmark von 130% ist statistisch nicht zu begründen und willkürlich.

Wenn Arztpraxen zufällig die in den Modellen von santésuisse abgebildeten Morbiditäten nicht bedienen – nicht, weil sie überarzten, sondern weil sie schlicht andere Morbiditäten behandeln –, steigt der vormals meist normale ANOVA Index (100%) mit dem Regressionsindex auf massive Höhen (200%). Dadurch meint santésuisse begründen zu können, dass Rückforderungen von einer Million Franken pro Jahr und Arztpraxis durchaus drin liegen. Hier hat santésuisse eine inquisitorische Maschine ohne Widerstand der FMH, der Richterinnen, der Politik und der Presse etablieren können, zum Schaden unterversorgter Erkrankter oder zum Schaden der Prämienzahler, welche die Zusatzkosten von Behandlungen Erkrankter ausserhalb der Arztpraxen bezahlen müssen (Spitalambulatorien, Hospitalisationen), häufig mit tödlicher Folge für die Arztpraxis selbst<sup>25</sup>. Wir arbeiten daran, die Statistik in anderen Facharztgruppen zu analysieren, wobei santésuisse sich in letzter Zeit weigert, die einzelnen Praxisdaten herauszugeben. Wir erwarten jedenfalls die gleichen katastrophalen Zustände der Vergleichsgruppenstatistik auch für andere Facharztgruppen.

Die hier dargelegten Überlegungen sind ein Schritt in Richtung Aufklärung, insbesondere auch für Juristen und Richterinnen. In jedem Fall müssen bei der Berücksichtigung statistischer Beweismittel

---

<sup>24</sup> [https://www.fmh.ch/files/pdf29/saez\\_2023\\_21603.pdf](https://www.fmh.ch/files/pdf29/saez_2023_21603.pdf)

<sup>25</sup> Die Inquisition beschränkt sich jedoch nicht auf die mit der FMH vereinbarten Kontrollmechanismen. 1) Immer mehr werden die normativen Minutagen addiert, um Arztpraxen zu identifizieren, die angeblich mehr als 24 Stunden pro Tag arbeiten. Wir haben den diesbezüglichen Sachverhalt rechtswissenschaftlich abklären lassen: normative Minutagen sind kein Hinweis auf Unwirtschaftlichkeit, Rechtsgutachten Prof. Ueli Kieser, <https://docfind.ch/GutachtenKieserMinutage012023.pdf>. 2) Auffällige Praxen werden durch die einzelnen Krankenkassen bei den Patientinnen und Patienten mit Fehlinformationen versorgt, z.B. die Praxis würde schliessen, man solle sich einen anderen Hausarzt suchen.

in den Wirtschaftlichkeitsverfahren die entsprechenden Beweismittel richterlich oder durch unabhängige statistische Experten geprüft und verstanden werden. Ein entsprechender Lernprozess bei der Urteilsbildung ist unumgänglich.

Die bisherigen Kostenvergleichsverfahren, getarnt als Wirtschaftlichkeitsprüfungen, haben zu zahlreichen Verletzungen der Grundrechte der eingeklagten 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 deshalb nicht, weil santésuisse Beweismittel ohne öffentliche Kontrolle erstellt und bewirtschaftet, eine *carte blanche* in öffentlich-rechtlichen Verfahren.

Sammel- und Rückforderungsklagen: Wie sind die rechtlichen Möglichkeiten? Die Fehlurteile in den Wirtschaftlichkeitsverfahren gehen auf eine systematische Fehlbeurteilung der Beweismittel durch die Versicherungsgerichte zurück. Davon kann heute weitgehend ausgegangen werden. Was wäre also naheliegender, als auf diese eigentliche «Sammelklage» der Versicherer an einem ganzen Berufsstand mit ebendiesem rechtlichen Mittel zu reagieren – einer Sammelklage? Die igprof hat diesen Schritt erwogen und sich diesbezüglich rechtlich beraten lassen. Im Schweizer Recht sind Sammelklagen nicht möglich. Da es sich bei den Wirtschaftlichkeitsverfahren aber um öffentlich rechtliche Verfahren handelt, haben wir hier andererseits den Vorteil, dass die Grundrechte gelten: Freiheits-, Gleichheits- und Justizgrundrechte. Bezüglich der Wirtschaftlichkeitsverfahren stellen sich vor allem Fragen der Justizgrundrechte. Es wäre zu beurteilen, inwieweit diese allenfalls durch die gängige Rechtspraxis der Verfahren verletzt worden sind, um Schadensersatzforderungen durchzusetzen. Diese Verletzungen wären dann aber im Einzelfall zu erheben und die entsprechenden Klagen als Einzelklagen zu führen. Gelingt es, einen solchen Fall zu gewinnen, so könnten weitere Klagende auf diesen als Präzedenzfall verweisen. Täten dies etliche Praxen, so könnte dies die Versicherer wohl zu einem Überdenken ihres Handelns bewegen, so auch die Versicherungsgerichte hoffentlich zu einer Revalidierung ihrer Rechtspraxis.

Vergleiche: Was ist bei Vergleichen zu beachten? Grundsätzlich gilt: durch Gerichtsurteile verhängte Bussen können nicht rückgefordert werden. Vergleichszahlungen hingegen, die von den paritätischen Kommissionen ausgehandelt wurden, könnten prinzipiell rückgefordert werden, allerdings nicht vorbehaltlos. Zum einen muss hierzu nachgewiesen werden, dass ein neuer Tatbestand vorliegt, neue Erkenntnisse, welche eine Revalidierung des Falls verlangen. Dies ist mit den neuen Erkenntnissen der igprof bezüglich statistischer Mängel gegeben, insbesondere der Mängel der PCG-Listen, welche erst ab 2017 in den Verfahren der Versicherer eingesetzt wurden und von der igprof erst zum heutigen Zeitpunkt im vollen Umfang als zur Beurteilung der Wirtschaftlichkeit mathematisch-statistisch untauglich erkannt sind. Die Krux ist hier allerdings: Punkte, welche im betreffenden Verfahren diskutiert wurden, können nun nicht mehr neu betrachtet werden, denn der Vergleich hat hier ein Übereinkommen

geschaffen. Es müssten also Aspekte der Beweisführung moniert werden, welche neu sind, damals nicht diskutiert wurden und infolgedessen auch nicht Gegenstand des Vergleichs gewesen sind. In diesen Fällen könnte die igprof quasi als Zentralstelle fungieren und mit einer Vollmacht versehen diese Verfahren im Namen der Praxis führen.

Ein jüngstes Urteil des Bundesgerichts lässt hoffen! In summa können wir festhalten: Es ist wenig Erfolg versprechend, in früheren Verfahren nachträglich nun noch Gerechtigkeit (oder zumindest eine gerechtere Rechtsprechung) erfechten zu wollen. Nicht zuletzt ist hier auch die Verjährungsfrist von fünf Jahren zu bedenken. In den laufenden Verfahren kann hingegen mit systematischem Vorgehen einiges mehr erreicht werden, als in der Vergangenheit gelungen ist. Das nun hier auf Deutsch und französisch vorliegende Wissenskompendium der igprof für Kanzleien und Praxen schafft hier eine gute Grundlage. Diese wird von uns und unseren Expertinnen und Experten laufend ausgebaut und auf den neusten Stand gebracht – bezüglich der mathematisch-statistischen Aspekte und bezüglich der Rechtsaspekte. Ein jüngstes Bundesgerichtsurteil vom 22. November 2023 gibt diesbezüglich auch Grund zur Hoffnung: Es betrifft das Verfahren 9C\_236/2022 sowie 9C\_237/2022. Zu den Beweisfragen wurde mit Verweis auf Art. 56 KVG entschieden: «Eine pauschaler, nicht aus den konkreten Verhältnissen abgeleiteter Zuschlag auf die Toleranzmarge von 130% genügt schon aus Gründen der Gleichbehandlung nicht, um einer ausserordentlichen Altersstruktur angemessen Rechnung zu tragen (E. 3.3). Praxisbesonderheiten, namentlich eine ungewöhnliche Morbiditätsstruktur, fallen nicht in die Toleranzmarge (E. 3.3). Es besteht im konkreten Fall bezogen auf die geltend gemachte Unwirtschaftlichkeit eine Beweislosigkeit (E. 3.4).» Das Bundesgericht hat also grundsätzlich begriffen, dass die Beweismittel der Versicherer mangelhaft sind. Das ist ein Schritt in die richtige Richtung.

Zurzeit sind zahlreiche Klagen in der Beurteilung. Die von uns beratend unterstützen 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.

## 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.

- Unabhängige statistisch-wissenschaftliche Überprüfung sämtlicher Vorgänge bei der Erstellung der Vergleichsgruppendaten pro Facharztgruppe (alle Facharztgruppen)
- Prüfung, ob strafrechtliche Sachverhalte bei der Erstellung der Vergleichsgruppendaten vorliegen
- Prüfung von Wiedergutmachungen
- Sistierung sämtlicher Wirtschaftlichkeitsverfahren (Moratorium)

## Anhang:

### **Tabelle 1: Medikamente, welche nicht auf der PCG Liste des Bundes erscheinen, aber in der Spezialistenliste gelistet sind: 3'267 unique brands**

Acarizax Lyophilisat  
 Accofil  
 Accupaque  
 Acetalgin  
 Acetylcystein Zentiva  
 Acidum folicum Streuli  
 Aclasta  
 Acnatac  
 Acne Creme plus  
 Actikerall  
 Actiq  
 Activelle  
 Actonel Wochentablette  
 Acular  
 Acyclovir Zentiva  
 Acyclovir-Mepha  
 Adartrel  
 Adenuric  
 AdreView Iobenguane (I-123)  
 Adtralza  
 Advantan  
 Advate  
 Adynovi  
 Aeries  
 Aesculamed Forte Venentabl  
 Afstyla  
 Agiolax  
 Agopton 15  
 Agopton 30  
 Aimovig  
 Ajovy  
 Akineton  
 Akineton Retard  
 Aklied  
 Akne-mycin  
 Akne-mycin 2000  
 Akynzeo  
 Alacare  
 Albumin Biotest  
 Albumin CSL 20 %  
 Albumin CSL 5 %  
 Albumorm 20 %  
 Albumorm 5 %  
 Aldactone  
 Aldara  
 Alendronat Sandoz  
 Alendronat Spirig HC Wochentabletten  
 Alendronat Zentiva Wochentabletten  
 Alendron-Mepha 70  
 Alfamino  
 Alfamino HMO  
 Alfaré  
 Alfaré HMO  
 Alfuzosin Axapharm  
 Alfuzosin Sandoz  
 Alfuzosine Uno Zentiva  
 Alfuzosin-Mepha retard  
 Alkindi  
 Allergo Comod  
 Allergodil  
 Allergovit Alnus  
 Allergovit Alnus/Corylus  
 Allergovit Artemisia

Allergovit Betula  
 Allergovit Betula/Alnus/Corylus  
 Allergovit Corylus  
 Allergovit Mix Gram/Arte/Sec/Plant  
 Allergovit Mix Gramin 60/Secale 40  
 Allergovit Mix Gramin 80/Secale 20  
 Allergovit Mix Gramin Cerea/Artemi  
 Allergovit Mix Gramin Cerea/Betula  
 Allergovit Mix Gramin Cerea/Plantag  
 Allergovit Mix Gramin/Artemi/Secale  
 Allergovit Mix Gramin/Bet/Sec/Plant  
 Allergovit Mix Gramin/Betula/Secale  
 Allergovit Mix Gramin/Seca/Plantag  
 Allergovit Mix Graminea  
 Allergovit Mix Graminea Cerealis  
 Allergovit Parietaria  
 Allergovit Plantago  
 Allergovit Secale  
 Allopur  
 Allopurinol Zentiva  
 Allopurinol-Mepha  
 Almogran  
 Aloxi  
 Alprolix  
 Althéra  
 Althéra HMO  
 Alucol Gel  
 Alutard SQ Apis mellifera  
 Alutard SQ Betula verrucosa  
 Alutard SQ Canis familiaris  
 Alutard SQ Dermatophago pterony  
 Alutard SQ Felis domesticus  
 Alutard SQ Frühblühermischung  
 Alutard SQ Milben-Mischung  
 Alutard SQ Phleum pratense  
 Alutard SQ Vesputa spp  
 Alutard SQ-U 6-Gräsermisch+Roggen  
 Alutard SQ-U Apis mellifera  
 Alutard SQ-U Betula verrucosa  
 Ambisome  
 Ameluz  
 Amikin  
 Amorolfin Leman Nagellack  
 Amorolfin-Mepha Nagellack  
 Amoxicillin Axapharm  
 Amoxicillin Sandoz  
 Amoxicillin Spirig HC  
 Amoxi-Mepha  
 Amoxi-Mepha 1000  
 Amoxi-Mepha 500  
 Amoxi-Mepha 750  
 Ampho-Moronol  
 Amukina MED  
 Anastrozol Zentiva  
 Ancopir  
 Andreafol  
 Andreamag  
 Androcur  
 Androcur 10  
 Androcur Depot  
 Andursil  
 Anesderm  
 Angeliq  
 Angina MCC Streuli  
 Anidulafungin Accord  
 Anidulafungin Labatec  
 Anidulafungin Pfizer  
 Antidry bath ölige Lösung  
 Antidry calm  
 Antidry calm sensitive  
 Antidry care  
 Antidry Lotion



Antidry Lotion sensitive  
Antidry wash ölige Lösung  
Antramups  
Anxiolit  
Aptamil AS Syneo  
Arilin 500  
Arixtra  
Arlevert  
Arnuity Ellipta  
Arteria-vita N  
Artirem  
Aspégic forte  
Aspirin Cardio  
ASS Cardio Axapharm  
ASS Cardio Spirig HC  
Assan  
Assan rem  
ASS-Cardio-Mepha  
Atarax  
Atorvastatin Viatris  
Atovaquon Plus Spirig HC  
Atovaquon-Proguanil-Mepha  
AtroMed  
Augmentin  
Avalox  
Avamys  
Avodart  
Azafalk  
Azarek  
Aziclav  
Aziclav Duo  
Aziclav forte  
Azithromycin Pfizer  
Azithromycin Sandoz  
Azithromycin Spirig HC  
Azithromycin-Mepha  
Bactrim  
Bactrim forte  
Bain extra doux  
Balmed Hermal F Ölbad  
Balmed Hermal Ölbad  
Balmed Hermal Plus Ölbad  
Baqsimi  
Baraclude  
Becozym forte  
Benadon  
Benefix  
Benerva  
Ben-u-ron  
Benzac 5  
Beovu  
Beriate  
Berinert  
Beriplex P/N 1000  
Beriplex P/N 500  
Besremi  
Betadine Lösung standardisiert  
Betadine Salbe  
Betadine Vaginal-Ovula  
Betahistin Spirig HC  
Betahistin-Mepha 16  
Betahistin-Mepha 24  
Betaserc  
Betesil  
Betmiga  
Betnesol  
Betnovate  
Betnovate C  
Betnovate Scalp Appl  
Bexin  
Bexin Efeu Hustensirup  
Bexin Hustentabletten

Bexsero  
Bilastin axapharm  
Bilastin Spirig HC  
Bilastin Zentiva  
Bilastin-Mepha  
Bilaxten  
Bilaxten kids  
Binosto  
Biodoron  
Blissel  
Bondronat  
Bonviva  
Bonviva i.v.  
Boostrix  
Boostrix Polio  
Botox  
Brilique  
Brivex  
Bronchipret TP  
Buccolam  
Budesonid Sandoz  
Budesonid Xiromed  
Buscopan Inject  
Cabazitaxel-Teva  
Caduet  
Calcimagon D3  
Calcimagon D3 Forte  
Calcitriol Salmon Pharma  
Calcium D3 Sandoz  
Calcium-D3-Mepha  
Calciumfolinat Sandoz  
Calciumfolinat Sandoz eco  
Calmerphan L  
Calmesin-Mepha  
Calperos D3  
Cancidas  
Candesartan CPS  
Candesartan Plus CPS  
Carbamid Crème Widmer  
Carbamid Emulsion Widmer  
Carbamid VAS 0.03  
Cardiax ASS  
Cardiplant 450  
Cariban  
Carmenthin  
Carnitene  
Caspofungin Labatec  
Caspofungin Mylan  
Caspofungin Sandoz eco i.v.  
Caspofungin-Mepha  
Caverject  
Caverject DC  
Cayston  
Ceclor  
Ceclor Retard  
Cefazolin Labatec  
Cefepime OrPha  
Cefpodoxim Sandoz  
Ceftriaxon Labatec  
Ceftriaxon Sandoz  
Cefuroxim Axapharm  
Cefuroxim Sandoz  
Cefuroxim Spirig HC  
Cefuroxim-Mepha  
Celecoxib Zentiva  
Celestone Chronodose  
Cellufluid  
Celluvisc Unit Dose  
Cerdelga  
Cerezyme  
Cernevit  
Cetallerg Sandoz

Cetirizin Spirig HC  
Cetirizin Streuli  
Cetirizin Zentiva  
Cetirizin-Mepha  
Cholib  
Choriomon  
Cibinqo  
Ciclocutan  
Ciclocutan Nagellack  
Ciclopoli Nagellack  
Ciloxan  
Cimifemin Forte  
Cimifemin Uno  
Cinacalcet Devatis  
Cinacalcet-Mepha  
Cinnageron  
Cinryze  
Cip eco  
Ciproflax  
Ciprofloxacin axapharm  
Ciprofloxacin Sandoz eco  
Ciprofloxacin Spirig HC  
Ciprofloxacin Zentiva  
Ciprofloxacin-Mepha  
Ciproxin  
Ciproxin HC  
CitraFleet  
Clabin  
Clarelux  
Clariscan  
Clarithromycin Sandoz  
Clarithromycin Spirig HC  
Clarithromycin-Mepha  
Claritine  
Claromycin  
Claromycin forte  
Clensia  
Clexane  
Clexane Multi  
Climavita  
Climavita forte  
Clindamycin Pfizer  
Clindamycin Sandoz  
Clindamycin Zentiva  
Clindamycin-Mepha  
Clobetasol Leman  
Clobex Shampoo  
Clopidogrel Axapharm  
Clopidogrel Sandoz eco  
Clopidogrel Spirig HC  
Clopidogrel Streuli  
Clopidogrel Zentiva  
Clopidogrel-Mepha  
Clopidrax  
Clorazepate Zentiva  
Clottafact  
Co Dafalgan  
Co-Amoxicillin Axapharm  
Co-Amoxicillin Devatis  
Co-Amoxicillin Labatec  
Co-Amoxicillin Sandoz  
Co-Amoxicillin Spirig HC  
Co-Amoxicillin Zentiva  
Co-Amoxi-Mepha  
Codein Knoll  
Codicontin  
Co-Latanoprost Viatrix  
Colctab  
Cololyt  
Colophos  
Colosan Mite Citron  
Colosan Mite Mint

Colpermin  
Condrosulf 400  
Condrosulf 800  
Constella  
Contractubex  
Corisol  
Cortinasal  
Cosopt S  
Cresemba  
Cubicin  
Cuprior  
Curakne  
Cutaquig  
Cutivate  
CUVITRU  
Cyclacur  
Cyklokapron  
Cytotec  
Cytotec CP Biotest  
D3 VitaCaps  
Dacepton  
Dafalgan  
Dafalgan 150  
Dafalgan 300  
Dafalgan 600  
Dafalgan 80  
Daflon 500  
Dafnegil  
Daktarin  
Dalacin C  
Dalacin T Akne Emulsion  
Dalacin V  
Dalmadorm  
Dalmadorm Mite  
Daptomycin Accord  
Daptomycin Labatec  
Daraprim  
DaTSCAN 123 I-loflupane  
Deanxit  
Deca Durabolin  
Decapeptyl  
Decitabin Accord  
Decoderm Bivalent  
Deferasirox Accord  
Deferipron Lipomed  
Demetrin  
Depo Medrol  
Depo Medrol Lidocain  
Deprivita  
Dermafusone  
Der-med dry skin  
Der-med Hautwaschlotion  
Dermovate  
Dermovate Scalp Application  
Desferal  
Desloratadin Sandoz  
Desloratadin Spirig HC  
Desloratadin-Mepha  
Desomedin  
Detrusitol SR  
De-ursil  
De-ursil RR  
De-ursil RR Mite  
Dexafree UD  
Dexagenta-POS  
Dexamethason Galepharm  
Dexamethason Helvepharm  
Dexamethason Zentiva  
Dexeryl  
Dexilant  
Diaphin  
Diaphin IR

Diaphin SR  
Diazepam Desitin Rectal Tube  
Diazepam-Mepha  
Dibase 10'000  
Dicetel  
Dicloabak  
Dicynone  
Dienogest Mylan  
Dienogest Sandoz  
Dienogest Spirig HC  
Dienogest-Mepha  
Differin  
Difclir  
Diflucan  
Diosmin Hesperidin Zentiva  
Diprogenta  
Diprophos  
Diprosalic  
Diprosone  
Distraneurin  
Divigel  
Dolobene  
Domperidon axapharm lingual  
Domperidon lingual Spirig HC  
Domperidon-Mepha oro  
Doptelet  
Dormicum  
Dormiplant  
Dostinex  
Dotagraf  
Dotarem  
Doxium  
Doxyclin  
Doxyclin forte  
Doxycyclin-Mepha  
Doxylag  
Doxysol 100  
Doxysol 200  
Drossadin  
Drossafol  
Duac Akne  
Duodart  
Duofer  
Duofer Fol  
Duphalac  
Duphaston  
Dupixent  
Durogesic Matrix  
Duspatalin Retard  
Dutasterid Duo Spirig HC  
Dutasterid Spirig HC  
Dutasterid Tamsulosin Sandoz eco  
Dutasterid Tamsulosin Xiromed  
Dutasterid Tamsulosin Zentiva  
Dutasterid Xiromed  
Dutasterid-Tamsulosin-Mepha  
Dymista  
Dysport  
Ecalta  
Echinacin  
Echinamed forte  
EchinaMed Halsschmerz-Spray  
Echinamed Resistenz-Tabletten  
Echinarom Erkältungskrankheiten  
Ecofenac Sandoz  
Ecomucyl Sandoz  
Edarbyclor  
Effentora  
Effigel  
Effortil  
Efient  
Eflueda

Efudix  
Ektoselen Medizinalshampoo  
Eletriptan Axapharm  
Eletriptan Pfizer  
Eletriptan Viatrix  
Eletriptan-Mepha  
Elidel  
Eliquis  
Elmiron  
Elocom  
Elocta  
Elotrans  
Emadine  
Emedrin N  
Emend  
Emerade  
Emgality  
Emla Patch  
Emovate  
Emsalex  
Enalapril Zentiva  
Encepur N  
Engerix B 10  
Engerix B 20  
Entecavir Mylan  
Entecavir Sandoz  
Entecavir-Mepha  
Entumin  
Eplusa  
Epiduo  
Epiduo Forte  
EpiPen  
EpiPen Junior  
Epogam 1000 Vegicaps soft  
Esbriet  
Esomep i.v.  
Esomep MUPS  
Esomeprazol Axapharm  
Esomeprazol MUT Sandoz  
Esomeprazol Spirig HC  
Esomeprazol Zentiva  
Esomeprazol-Mepha  
Esoprax  
Esperoct  
Estalis  
Estradot  
Estrofem N  
Evenity  
Evista  
Evryydi  
Excipial  
Excipial Kerasal  
Excipial Mandelölsalbe  
Excipial U Hydrolotio  
Excipial U Lipolotio  
Exkivity  
Eylea  
Fabrazyme  
Faktor VII NF Takeda  
Faktu  
Famvir  
Faros 300  
Fastum  
Feiba NF  
Feminelle  
Femoston  
Femoston conti  
Femoston mono  
Feniallerg  
Fentalis  
Fentanyl Sandoz MAT  
Fentanyl Spirig HC

Fentanyl Zentiva TTS  
Fentanyl-Mepha  
Ferinject  
FerMed  
Ferroprox  
Ferro Sanol  
Ferrum Hausmann  
Fertifol  
Fexofenadin Sandoz  
Fexofenadin Spirig HC  
Fexofenadine Zentiva  
Fexofenadin-Mepha  
Fibrogammin  
Fibryga  
Filgrastim-Teva  
Finasterax  
Finasterid Sandoz  
Finasterid Spirig HC  
Finasterid Zentiva  
Finasterid-Mepha  
Firazyr  
Flagyl  
Flagyl Trichopak  
Flammazine  
Flatulex  
Flectoparin Tissugel  
Florinef  
Floxal  
Floxal UD  
Fluarix Tetra  
Flucazol  
Flucoderm  
Fluconax  
Fluconazol Axapharm  
Fluconazol Pfizer  
Fluconazol Sandoz eco  
Fluconazol Zentiva  
Fluconazol-Mepha 150 N  
Fluconazol-Mepha 200 N  
Fluconazol-Mepha 50 N  
Fluconazol-Mepha Teva  
Fluidose  
Fluimucil  
Fluimucil 10%  
Fluimucil 600  
Fluomizin  
Flutinas Polynex  
FML Liquifilm  
FML Neo Liquifilm  
Forsteo  
Fortam  
Fortecortin  
Fosamax Wochentabletten  
Fosavance Wochentabletten  
Fosfolag  
Fosfomycin Sandoz  
Fosfomycin Spirig HC  
Fosfomycin-Mepha  
Fostimon  
Fragmin  
Fraxiforte 0.6 ml  
Fraxiforte 0.8 ml  
Fraxiforte 1 ml  
Fraxiparine 0.2 ml  
Fraxiparine 0.3 ml  
Fraxiparine 0.4 ml  
Fraxiparine 0.6 ml  
Fraxiparine 0.8 ml  
Fraxiparine 1 ml  
Freka Clyss Klistier  
FSME Immun CC  
FSME Immun Junior

Fucicort  
Fucidin  
Fucidin H  
Fucithalmic Tropfegel  
Fulphila  
Fungotox  
Furadantin Retard  
Furosemide Zentiva  
Furospir  
Fusicutan  
Fusicutan plus  
Gabapentin Pfizer  
Gabapentin Sandoz  
Gabapentin Sandoz eco  
Gabapentin Spirig HC  
Gabapentin-Mepha  
Gadovist 1.0  
Gadovist vorgefüllte Patronen  
Galafold  
Garamycin  
Gastrografin  
Gatinar  
Gavisconell Liquid Mint  
GeloDurat  
Gencydo  
Ginkgo Sandoz  
Ginkgo Spirig HC  
Ginkgo-Mepha  
Glandosane  
Gluc Bichsel  
Glucagen Novo Hypo Kit  
Glucosalin 2:1 Braun  
Glucosaline 2:1 Braun  
Gonal F  
Gonal f Pen  
Gorgonium  
Granisetron Fresenius  
Grasustek  
Grazax Lyophilisat oral  
Grofenac  
Gutron  
Gynoflor  
Gyno-Tardyferon  
Haemate P  
Haemocomplettan P  
Haemoctin  
Harpagomed  
**Harvoni**  
Havrix 1440  
Havrix 720  
HBVAXPRO 10  
HBVAXPRO 40 Dialyse  
Helicobacter Test Infai  
Helixor  
Helixor A  
Helixor A Serie 1  
Helixor A Serie 2  
Helixor A Serie 3  
Helixor A Serie 4  
Helixor M  
Helixor M Serie 1  
Helixor M Serie 2  
Helixor M Serie 3  
Helixor M Serie 4  
Helixor P  
Helixor P Serie 1  
Helixor P Serie 2  
Helixor P Serie 3  
Helixor P Serie 4  
Hemangirol  
Hemlibra  
Hepa S



Hepagel  
Heparin-Na Braun  
Hepatect CP  
Hepaxane  
Hiberix  
Hippuran I-123 Curium  
Hirudoid  
Hizentra  
Holoxan  
Hova  
Hydrocortison Galepharm  
Hydrocortison-POS  
Hydrocortone  
Hydromorphoni HCl Streuli  
HyperIMed  
Hyperiplant Rx  
HyQvia  
Hytrin BPH  
Hytrin BPH Starterpackung  
Ialugen Creme  
Ialugen Plus Creme  
Ibandronat Helvepharm Osteo  
Ibandronat Sandoz  
Ibandronat Spirig HC  
Ibandronat-Mepha  
Ibandronat-Mepha Osteo  
Iberogast  
Icatibant Xiromed  
Iclusig  
Idelvion  
Ig Vena Kedrion 5%  
Imacort  
Imazol  
Imigran  
Imigran 10  
Imigran 20  
Imigran 50  
Imigran Pen Injektionsgerät  
Imigran T  
Immunate S/D  
Immunine STIM Plus  
Imodium  
Imovane  
Importal  
Imurek  
Indium DTPA In111 Curium  
Indivina  
Indophtal  
Indophtal UD  
Infanrix DTPa-IPV  
Infanrix DTPa-IPV+Hib  
Infanrix hexa  
Inflamac Lotio  
Inhibace  
Inhibace Mite  
Inhibace Plus  
Inhixa  
Inhixa Multi  
Integrilin  
Intratect 10%  
Intratect 5%  
Invanz  
Iomeron  
Iopamiro  
Iqymune  
Iscador A  
Iscador A Serie 0  
Iscador A Serie I  
Iscador A Serie II  
Iscador M  
Iscador M c. Ag  
Iscador M c. Ag Serie 0

Iscador M c. Ag Serie I  
 Iscador M c. Ag Serie II  
 Iscador M c. Cu  
 Iscador M c. Cu Serie 0  
 Iscador M c. Cu Serie I  
 Iscador M c. Cu Serie II  
 Iscador M c. Hg  
 Iscador M c. Hg Serie 0  
 Iscador M c. Hg Serie I  
 Iscador M c. Hg Serie II  
 Iscador M Serie 0  
 Iscador M Serie I  
 Iscador M Serie II  
 Iscador M spezifiziert  
 Iscador P  
 Iscador P c. Hg  
 Iscador P c. Hg Serie 0  
 Iscador P c. Hg Serie I  
 Iscador P c. Hg Serie II  
 Iscador P Serie 0  
 Iscador P Serie I  
 Iscador P Serie II  
 Iscador Qu  
 Iscador Qu c. Ag  
 Iscador Qu c. Ag Serie 0  
 Iscador Qu c. Ag Serie I  
 Iscador Qu c. Ag Serie II  
 Iscador Qu c. Cu  
 Iscador Qu c. Cu Serie 0  
 Iscador Qu c. Cu Serie I  
 Iscador Qu c. Cu Serie II  
 Iscador Qu c. Hg  
 Iscador Qu c. Hg Serie 0  
 Iscador Qu c. Hg Serie I  
 Iscador Qu c. Hg Serie II  
 Iscador Qu Serie 0  
 Iscador Qu Serie I  
 Iscador Qu Serie II  
 Iscador Qu spezifiziert  
 Iscador U c. Hg  
 Iscador U c. Hg Serie 0  
 Iscador U c. Hg Serie I  
 Iscador U c. Hg Serie II  
 Isoniazid Labatec  
 Isotretinoin Sandoz  
 Isotretinoin-Mepha  
 Isturisa  
 Itraconazol Axapharm  
 Itraconazol Sandoz eco  
 Itraconazol Zentiva  
 Itraconazol-Mepha  
 Itrazol  
 Itulazax Lyophilisat oral  
 Ivemend  
 Jadenu  
 Jarsin 300  
 Jarsin 450  
 Jetrea  
 Jext  
 Jinarc  
 Jivi  
 Jorveza  
 Jurnista  
 Kadefemin Estriol  
 Kalcipos-D3  
 Kalium Hausmann  
 Kaloba  
 Kamillex  
 Kamillofluid  
 Kapanol  
 KCL Retard Hausmann  
 Kefzol

Keli-Med  
Kemadrin  
Kenacort  
Kenacort A  
Kenacort A 10  
Kenacort A 40  
Kendural  
Kentera  
Keppur  
Keto-med Shampoo  
KetoVision  
Ketozol-Mepha Shampoo  
Kiovig  
Klacid  
Klacidped  
Klacidped Forte  
Klean Prep  
Kliogest N  
Klisyri  
Konakion MM  
Konakion MM paediatric  
Kovaltry  
Kytiril  
Kytta med Rheumasalbe  
Lacdigest  
Lacrifluid  
Lacrinorm  
Lacrinorm F UD  
Lacri-Vision  
Lacrycon  
Laita  
Lamisil  
Lansoprax  
Lansoprazol Sandoz  
Lansoprazol Zentiva  
Lansoprazol-Mepha  
Lasix  
Latanoprost Viatris  
Latuda  
Laxipeg  
Laxiplant Soft  
Laxoberon Abführtropfen  
Ledaga  
Legalon 70  
Letrozol Zentiva  
Leucovorin Calcium Farnos  
Leucovorin-Teva  
Levocetirizin Sandoz  
Levocetirizin Spirig HC  
Levocetirizin-Mepha  
Levofloxacin Sandoz 250  
Levofloxacin Sandoz 500  
Levofloxacin-Mepha Teva  
Levosert  
Levosert One  
Lexotanil  
Librax  
Linezolid Mylan  
Linezolid Pfizer  
Linezolid Sandoz  
Linola  
Linola Fett  
Linomed  
Lioton 1000  
Liposic  
Liposic Fluid UD  
Livial  
Livogiva  
Livostin  
Lixiana  
Loceryl Nagellack  
Locoid

Locoid Crelo  
Lodotra  
Logimax  
Loperamid Sandoz  
Loperamid Spirig HC  
Loperamid Streuli  
Loperamid Zentiva  
Loperamid-Mepha  
Loramet  
Loratadin Sandoz  
Loratin-Mepha 10  
Lotio Decapans  
Lubex Extra Mild  
Lubexyl  
Lucentis  
Lundeos  
Lunsumio  
Lur Shampoo  
Lutrelif  
Luveris  
LuVit D3 ölige Lös  
Luxturna  
Lyman 40000 Mono Spray  
Lyman 50000  
Macrogol Sandoz  
Macrogol Spirig HC  
Macrogol Spirig HC Junior  
Macrogol-Mepha  
Macrogol-Mepha Junior  
MAG 3 Kit Markierungsbesteck  
Magnesiocard 10  
Magnesiocard 2.5  
Magnesiocard 5  
Magnesiocard 7.5  
Magnesium Diasporal  
Magnesium Diasporal CitraCaps  
Magnesium Sandoz 243  
Magnevist  
Makatussin  
Makatussin Comp  
Malarone  
Maltofer  
Maltofer FOL  
Malveol  
Marament N  
Marcoumar  
Maviret  
Maxalt  
Maxalt Lingual  
Maxidex  
Maxitrol  
Measles Vaccine live  
Mediaven forte  
Medrol  
Menamig  
Menopur  
Menopur Multidose  
Menopur Multidose Pen  
Menveo  
Mephameson  
Merional HG  
Meronem  
Meropenem Fresenius  
Meropenem Labatec  
Mestinon  
Metamizol Spirig HC  
Metamizol-Mepha  
Metamucil  
Methergin  
Methotrexat Sandoz  
Methotrexat-Teva onco  
Metofol

Metolazon Galepharm  
Metopiron 250  
Metrissa  
Metrolag  
Metronidazol Zentiva  
Metronidazol Zentiva Tricho  
Metronidazole Zentiva  
Metvix  
Mg5 Granoral  
Mg5 Longoral  
Mg5 Oraleff  
Miacalcic  
Miacalcic Nasalspray  
MIBG I-123 Curium  
Micardis Amlol  
Microlax  
Micropaque  
Micropaque Scanner  
Mictonet  
Mictonorm  
Mifegyne  
Miglustat Dipharma  
Milupa Aptamil Pepti Syneo  
Milupa Aptamil Pregomin  
Milupa Aptamil Pregomin AS  
Mimpara  
Minalgin  
Minirin  
Minirin Melt  
Mirena  
Mirvaso  
MMRvaxPRO  
Mobilat Intense  
Modasomil  
Mogadon  
Molaxole  
Mometason Spirig HC  
Mometasonfuroat Sandoz  
Mometason-Mepha  
Monofer  
Monovo  
Monuril  
Morphini HCl Streuli  
Morphinium HCl  
Motilium  
Moventig  
Movicol  
Movicol aromafrei  
Movicol Chocolat  
Movicol Junior aromafrei  
Movicol Liquid  
Movicol Trinkfertig  
Moviprep eine Anwendung  
Moviprep Orange eine Anwend  
Movymia  
Moxifloxacin Sandoz  
Moxifloxacin Spirig HC  
Moxifloxacin-Mepha  
M-retard Zentiva  
MST Continus  
Mucofluid  
Mucofluid 200  
Mucofor  
Muco-Mepha  
Muco-Mepha 200  
Muco-Mepha 600  
Mucosolvon Hustensirup  
Mucosolvon Retard  
Multilind  
Mutaflor  
Mutaflor mite  
Myambutol

Mycamine  
Mycobutin  
Myconormin  
Mycostatin  
Mycoster  
Mydriaticum Dispersa  
Myoview Markierungsbesteck  
Myozyme  
Myrtaven  
Na iodid I-123 Heider  
Naabak  
NaCl Bichsel  
NaCl Braun  
NaCl Gluc 1:2 Bichsel  
Naramig  
Nasacort Dosierspray  
Nasensalbe Rüedi Spirig HC  
Nasenspray Neo Spirig HC  
Nasivin Pur  
Nasivin Pur Dosiertropfer  
Nasofan  
Nasonex Dosier Nasenspray  
Natecal D  
Nebido  
Nebilet plus  
NeisVac-C  
Neo Angin  
Neocate Infant  
Nephrotrans  
Nervifene  
Neulasta  
Neupogen Amgen  
Neurodol Tissugel  
Neurontin  
Nevanac  
Nexium  
Nexium Mups 20  
Nexium Mups 40  
Nexviadyme  
Ngenla  
Nimotop  
Nizoral  
Nizoral Shampoo  
Nocutil  
Nootropil  
Nopil  
Nopil forte  
Normacol  
Normison  
Normison Mite  
Norprolac  
Norsol  
Novalgin  
Novo Helisen Depot D. fari/D. pter  
Novo Helisen Depot D. farinae  
Novo Helisen Depot D. pteronyss  
NovoEight  
Novofem  
NovoSeven raumtempstab  
Noxafil  
Nozinan  
Nplate  
Nutraplus  
Nuwiq  
Nystalocal  
Ocaliva  
Octagam 10%  
Octanate  
Octaplex 1000  
Octaplex 500  
Octostim  
OctreoScan

Octreotid Labatec  
Octreotid-Mepha LA  
Oculac  
Oculac SDU  
Oestro Gynaedron  
Oestrogel  
Olfen  
Olmesartan Amlodipin Zentiva  
Olmesartan-HCT-Mepha Teva  
Olmesartan-Mepha Teva  
Omeprax  
Omeprax Drossapharm  
Omeprazol Axapharm  
Omeprazol MUT Sandoz  
Omeprazol Sandoz  
Omeprazol Sandoz eco  
Omeprazol Spirig HC  
Omeprazol Zentiva  
Omeprazol-Mepha  
Omida Rubisan N  
Omix Ocas  
Omniscan  
OncoTICE  
Ondansetron Accord  
Ondansetron Fresenius  
Ondansetron Labatec  
Ondansetron ODT Labatec  
Ondansetron ODT Sandoz  
Ondansetron Sandoz  
Ondansetron-Teva  
Ondansetron-Teva oro  
Onpattro  
Opatanol  
Opran  
Optava Unit Dose  
Optiderm  
Optiderm F  
Optiray 300  
Optiray 350  
Oracea  
Oralair  
Oralair Kombipac  
Orladeyo  
Orlistat Sandoz  
Orlistat Spirig HC  
Orlistat-Mepha  
Ospen 1000  
Ospen 1500  
Ospen 400  
Ospen 750  
Osteocal D3  
Ovaleap  
Ovestin  
Ovitrelle  
Ovixan  
Oxycodon Naloxon Spirig HC  
Oxycodon Neuraxpharm ret Uno  
Oxycodon Sandoz  
Oxycodon-Mepha  
Oxycodon-Naloxon Sandoz  
Oxycodon-Naloxon-Mepha  
Oxycontin  
Oxynorm  
Ozurdex intravitreales  
Padmed Circosan N  
Padmed Laxan  
Palexia  
Palladon  
Palonosetron Accord  
Palonosetron Labatec  
Palonosetron Sandoz  
Palonosetron-Teva

Pamorelin LA  
Panotile  
Panprax  
Pantoprazol Axapharm  
Pantoprazol NOBEL  
Pantoprazol Nycomed  
Pantoprazol Sandoz  
Pantoprazol Spirig HC  
Pantoprazol Streuli  
Pantoprazol Viatrix  
Pantoprazol Zentiva  
Pantoprazol-Mepha  
Pantoprazol-Mepha Teva  
Pantothen Streuli  
Pantozol  
Paracetamol Axapharm  
Paracetamol Sandoz  
Paracetamol Spirig HC  
Paracetamol Zentiva  
Paracetamol-Mepha  
Paragol N  
Pariet  
Parlodel  
Parsabiv  
Paspertin  
Pegasys  
Pelgraz  
Pelmeg  
Pennsaid  
Pentacarinat  
Pentavac  
Pentoxi-Mepha  
Perenterol  
Pergoveris Pen  
Perindopril Zentiva  
Pertector  
Pethidin Streuli  
Pevaryl  
Pevisone  
Phoscap  
Phosphonorm  
Picoprep  
PIGMANORM  
Piperacillin Tazob. Mylan  
Piperacillin Tazob. Sandoz  
Piperacillin/Tazob. Fresenius  
Piperacillin-Tazobactam Labatec  
Pitavastatin Sandoz  
Pitavastatin Zentiva  
Pitavastatin-Mepha  
Pivalone Compositum  
Plavix  
Plenadren  
Plenvu  
Pneumovax 23  
Pneumovax Impfstoff  
Podomexef  
Polvac Bäume Basisbehandlung  
Polvac Bäume Fortsetzungsbehand  
Polvac Gräser Roggen Basisbehand  
Polvac Gräser Roggen Basisbehand  
Polvac Gräser Roggen Fortsetz  
Polvac Gräser Roggen Fortsetzung  
Posaconazol Accord  
Posaconazol Devatis  
Posaconazol Mylan  
Posaconazol Sandoz  
Posaconazol Zentiva  
Poteligeo  
Pradaxa  
Pradif T  
Prasugrel-Mepha



Prazine  
Pred Forte  
Prednicutan  
Prednicutan Crinale  
Prednisolon Streuli  
Prednison Axapharm  
Prednison Galepharm  
Prednison Spirig HC  
Prednison Streuli  
Pregabalin Viatrix  
Pregabalin-Mepha Lös zum Einnehmen  
Premens  
Prevenar 13  
Prevyomis  
Prialt  
Primofenac Emulsions-Gel  
Primolut N  
Primovist  
Primperan  
Priorix  
Priorix-Tetra  
Privigen  
Procto Synalar N  
Progestogel  
Progynova  
Progynova Mite  
ProHance  
ProHance PFS  
Prolastin  
Prolia  
Prontolax  
ProQuad  
Prorhinel  
Proscar  
Prospanex  
Prosta Urgenin  
Prostaplant F  
Protagent  
Protagent SE  
Prothromplex NF  
Protopic  
Pruri-Med  
Pruri-med Lipolotion  
Puregon  
Puregon Pen  
Pylera  
Pyrazinamid Labatec  
Qtern  
Quinsair  
Quofenix  
Rabeprazol Sandoz  
Ramipril-Mepha  
Rapiscan  
Rayaldee  
ReBalance 250  
ReBalance 500  
Rebalance RX  
Rectogesic  
Redormin  
Redormin 500  
ReFacto AF FuseNGo  
Refixia  
Relaxane  
Relestat  
Relpax  
Remicade (PI)  
Reparil N  
Replagal  
Resolor  
Resorban  
Respreeza  
Revaxis

Revolade  
Rezirkane  
Rheumalix  
Rheumalix forte  
Rhinathiol  
Rhinovent  
Rhophylac  
Rhumalgan  
Riamet  
Riamet Dispersible  
Rifampicin Labatec  
Rifampicine Labatec  
Rifater  
Rifinah 150  
Rimactan  
Rimactazid 150/75  
Rimstar  
Ringer Bichsel  
Rinosedin  
Riopan 800  
Rixubis  
Rizatriptan Sandoz  
Rizatriptan Spirig HC  
Rizatriptan-Mepha oro  
Roaccutan  
Rocaltrol  
Rocephin  
Rohypnol  
Rosalox  
Rudolac  
Sabcaps  
Salagen  
Salvacyl  
Sandostatin  
Sandostatin LAR  
Sangerol Dossier Mundspray  
Sangerol Mundspüllösung  
Santuril  
Saxenda  
Scabi-med  
Scemblix  
Scheriproct  
Schmids Rheuma-Crème  
Scintimun Granulocyte  
Scopolamine Dispersa  
Sebiprox Shampoo  
Sebivo  
Sebolox Shampoo  
Sedonium  
Sensicutan  
Seresta  
Sevredol  
Sevre-Long  
Shingrix  
Sibelium  
Siccafluid  
Siccafluid UD  
Siccaprotect  
Sicorten Plus  
Signifor  
Signifor LAR  
SimiMed Ginkgo  
Sintrom 1 Mitis  
Sintrom 4  
Sinupret  
Sinupret forte  
Sitagliptin Metformin Spirig HC  
Sitagliptin Sandoz eco  
Sitagliptin Spirig HC  
Sitagliptin Zentiva  
Skinoren  
Slenyto

Sodium iodide I-123 Curium  
Sodium iodide I-131 T Curium  
Solacutan  
Solaraze  
Solatran  
Solevita neo  
Solifenacin NOBEL  
Solifenacin Sandoz  
Solifenacin Spirig HC  
Solifenacin Zentiva  
Solifenacin-Mepha  
Soliris  
Solmag 300  
Solmucalm  
Solmucol 100  
Solmucol 200  
Solmucol 400  
Solmucol 600  
Solu Medrol  
Solu-Cortef  
Solu-Moderin  
Somatuline Autogel  
Somavert  
Sondelbay  
Sonovue  
Soolantra  
Sotalol-Mepha  
Spasmex  
Spasmo Urgenin Neo  
Spersadex comp.  
Spersadex mono  
Spersapolymyxin  
Spinraza  
Spiricort 20  
Spiricort 5  
Spiricort 50  
Sporanox  
Sporanox G  
Sportium  
Sportusal  
Sportusal sine Heparino  
Squa-Med Medizinal Shampoo  
Staloral 300 3 Bäum  
Staloral 300 3 Bäume  
Staloral 300 Birke  
Stamicis Markierungsbesteck  
Stilnox  
Stilnox CR  
Structum 500  
Stugeron  
Succinolin  
Sumatriptan Sandoz  
Sumatriptan Zentiva  
Sumatriptan-Mepha  
Supracyclin Tabs  
Supracyclin Tabs forte  
Surmontil  
Symfona 120  
Symfona 240  
Synagis  
Synalar N  
Syntocinon  
System Conti  
System Sequi  
Takhzyro  
Tamsulosin Axapharm  
Tamsulosin Mylan  
Tamsulosin retard Zentiva  
Tamsulosin Sandoz eco  
Tamsulosin Streuli  
Tamsulosin T Sandoz  
Tamsulosin T Spirig HC

Tamsulosin T-Mepha  
Tamsulosin-Mepha retard  
Tamsunax  
Tardyferon  
Targin  
Targocid  
Tavanic  
Tavanic i.v.  
Tavegyl  
Tebokan 120  
Tebokan 240  
Teceos  
TechneScan DMSA  
TechneScan DTPA  
TechneScan HDP  
TechneScan MAG3  
TechneScan PYP  
Technescan Sestamibi  
Tegsedi  
Tekcis Tc-99m  
Tektrotyd Markierungsbesteck  
Telebrix 12 Sodium  
Telebrix Gastro  
Telfast  
Temesta  
Temesta Expidet  
Temgesic  
Tenofovir Mylan  
Tenofovir Sandoz  
Tenofovir-Mepha  
Terbifil  
Terbinafin Axapharm  
Terbinafin Zentiva  
Terbinafin-Mepha  
Terbinax  
Teriparatid-Mepha  
Terrosa  
Tetley Technegas  
Tetralysal  
Tetravac  
Tezspire  
Thallous chloride TI-201 Curium  
Thyrogen  
Tiapridal  
Tiberal  
Tibolon Sandoz  
Tibolon Spirig HC  
Tibolon-Mepha  
Tilcotil  
Tineafin  
Tobradex  
Tobrex  
Toctino  
Tolak  
Toplexil N  
Topsym  
Topsym Polyvalent  
Torasemid Mylan  
Torasemid Sandoz eco  
Torasemid Spirig HC  
Torasemid Zentiva  
Torasemid-Mepha  
Torem  
Toviaz  
Tramactil Uno  
Tramadol plus Spirig HC  
Tramadol retard Zentiva  
Tramadol Sandoz  
Tramadol Zentiva  
Tramadol-Mepha  
Tramadol-Mepha retard  
Tramadol-Paracetamol-Mepha

Tramal  
Tramal Retard  
Trandate  
Transipeg  
Transipeg forte  
Transtec  
Tranxilium  
Tranxilium Tabs  
Traumalix forte  
Traumalix forte EmGel  
Traumaplant  
Travocort  
Trecondi  
Tretinac  
Triamcort Depot  
Triamject  
Triderm  
Trimipramin Sandoz  
Trimipramine Zentiva  
Triogen  
Trisequens N  
Triveram  
Tyroqualin  
Ultomiris  
Ultracortenol  
UltratechneKow FM  
Ultravist 150  
Ultravist 240  
Ultravist 300  
Ultravist 370  
Ultravist vorgefüllte Patronen  
Uman Albumin Kedrion 200 g/L  
Uman Albumin Kedrion 250 g/L  
Uriconorm  
Urispas  
Urocit  
Urokinase HS Medac  
Uromitexan  
Urorec  
Ursochol 150  
Ursochol 300  
Ursofalk  
Utrogestan  
Uvamin retard  
Vabysmo  
Vagifem  
Vagi-Hex  
Vagirux  
Valaciclovir Sandoz  
Valaciclovir Therica  
Valaciclovir Zentiva  
Valaciclovir-Mepha  
Valacivir-Mepha  
Valium  
Valtrex  
Vancocin  
Vancomycin Fairmed  
Vancomycin Labatec  
Vancomycin Sandoz  
Varilrix  
Varitect CP  
Varivax  
Vaxelis  
VaxigripTetra  
Veklury  
Vemlidy  
Venofer  
Venoruton 1000  
Venoruton Forte  
Venucreme  
Venugel  
Veregen 10%

Vermox  
Verquvo  
Verrumal  
Vesicare  
Vesoxx  
VEYVONDI  
Vfend  
Vibramycin Akne Tabs  
Vibramycin Tabs  
Vibravenös  
Vi-De 3  
Vi-De 3 Monatsdosis  
Viferol D3 25'000  
Vigamox  
Viread  
Virgan  
Virupos  
Visanne  
Visannette  
Viscotears  
Viscotears SDU  
Visipaque  
Visudyne  
Vitamin A Blache  
Vitamin B1 Streuli  
Vitamin B12 Amino  
Vitamin B6 Streuli  
Vitamin D3 Spirig HC  
Vitamin D3 Streuli  
Vitarubin  
Vitarubin Depot  
Vitarubin Oral  
Voncento 1000 I.E./2400 I.E.  
Voncento 500 I.E./1200 I.E.  
Voriconazol Accord  
Voriconazol Pfizer  
Voriconazol Sandoz  
Voriconazol-Mepha  
Vpriv  
Vyepti  
Vyndaquel  
Wellvone  
Wilate  
Willfact  
Xanax  
Xanax Retard  
Xarelto  
Xarelto vascular  
Xatral uno  
Xenetix  
Xenical  
Xeomin  
Xgeva  
Xylo Dexpanthenol Spirig HC  
Xyrem  
Xyzal  
Yellox  
Yttriumcitrat (90Y) YMM1  
Yuflyma  
Zabak  
Zaditen  
Zaditen Ophtha  
Zaditen Ophtha SDU  
Zafrilla  
Zaldiar  
Zarzio  
Zavesca  
Zavicefta  
Zeffix  
Zemplar  
Zentel  
Zepatier

Ziextenzo  
Zinacef  
Zinat  
Zithromax  
Zofran  
Zofran Zydis  
Zoldorm  
Zoledronat Osteo Labatec  
Zoledronat Osteo Sandoz  
Zoledronat Osteo Spirig HC  
Zolgensma  
Zolmitriptan Sandoz  
Zolmitriptan Spirig HC  
Zolmitriptan-Mepha oro  
Zolpidem Axapharm  
Zolpidem CR Zentiva  
Zolpidem Spirig HC  
Zolpidem Streuli  
Zolpidem Zentiva  
Zolpidem-Mepha Solub  
Zolpidem-Mepha Teva  
Zomig  
Zomig nasal  
Zomig Oro  
Zopiclone Zentiva  
Zovirax  
Zutectra  
Zyban  
Zyclara  
Zyloric 100  
Zyloric 300  
Zyvoxid

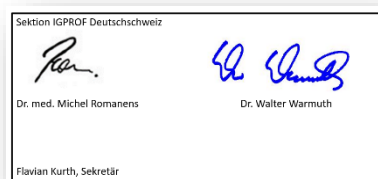
Tabelle 2: Details zu Medikamenten der Tabelle 1:

[https://docfind.ch/SpezialitaetenListe2023\\_PCG.xlsx](https://docfind.ch/SpezialitaetenListe2023_PCG.xlsx)

# Compendium des connaissances Procédure de l'économicité pour les cabinets d'avocats, les juges et les cabinets médicaux

## Auteurs :

Dr. méd. Michel Romanens (responsable, avec signature)  
Dr. Walter Warmuth (responsable, avec signature)  
Flavian Kurth, secrétaire de l'AEMS / Fondation FAIRFOND



## Le texte le plus récent est publié ici :

allemand, suivi de la traduction française :

<https://docfind.ch/VEMSKompendiumWZW2024.pdf>

## Droits d'auteur :

L'intégralité du texte ne peut être citée qu'avec l'indication de la source.

### Proposition de citation de la source version allemande :

Compendium de connaissances sur les procédures d'économicité pour les cabinets d'avocats, les juges et les cabinets médicaux. Romanens, M, Warmuth W, Kurth F. <https://docfind.ch/VEMSKompendiumWZW2024.pdf>

### Autre littérature : présentation Médicaments et économicité, novembre 2023 :

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

## Adresse de correspondance :

Dr. méd. Michel Romanens  
Spitalstrasse 9  
4600 Olten  
[michel.romanens@hin.ch](mailto:michel.romanens@hin.ch)

## Sites web :

<https://physicianprofiling.ch>  
<https://igprof.ch>  
<https://wirtschaftlichkeitspruefung.ch>  
<https://vems.ch>

Olten, 16.01.2024 (version étendue), révisé le 16.02.2024 avec Arrêt du tribunal fédéral 9c\_135/2022



## Déclaration

Le groupe d'intérêt "Physician Profiling" s'occupe de la qualité et de l'impact des profils en médecine. Les profils sont établis pour pouvoir examiner par exemple les malades, les effets (secondaires) des médicaments et les cabinets médicaux en fonction de caractéristiques particulières. En économie de la santé, des profils sont établis pour permettre d'évaluer le rapport coût-efficacité des médicaments ou des cabinets médicaux. Le profil établi est constitué de variables explicatives. En fonction du contenu explicatif des variables utilisées, nous obtenons des profils fiables ou non fiables<sup>26</sup>. Si des profils peu fiables sont utilisés, des erreurs de classification sont commises avec des conséquences réelles dans la pratique médicale quotidienne. Il vaut donc la peine de vérifier la qualité des profils utilisés et de mentionner les conséquences médicales, juridiques, sociales et éthiques des erreurs de classification constatées.

## Utilité et utilisateurs de ce compendium

Lorsque des cabinets d'avocats sont contactés par des cabinets médicaux qui font l'objet d'une procédure d'économie de la part des assureurs, ils disposent d'un niveau de connaissances variable concernant ces procédures. Le point commun de tous les juristes est qu'ils ne connaissent pas ou peu de précédents dans lesquels les assureurs ont finalement renoncé à exiger un remboursement dans le cadre de ces procédures. De tels cas n'existent en effet que très peu, et il semble donc que le meilleur service à rendre aux cabinets poursuivis soit d'orienter leur défense vers un accord aussi favorable que possible et d'unir leurs forces et leur engagement dans ce sens. D'autant plus que c'est souvent le souhait du cabinet : en finir avec l'affaire par une transaction la moins douloureuse possible, afin de pouvoir se concentrer à nouveau sur le travail avec les patientes et les patients.

Toutefois, les cabinets d'avocats se retrouvent inévitablement confrontés à un dilemme de conscience : les règles de l'Etat de droit ne s'appliquent apparemment que partiellement aux procédures d'économie. Ainsi, les cabinets identifiés comme surmédicalisés sont régulièrement considérés comme devant être remboursés s'ils ne sont pas en mesure de prouver leur caractère économique. Dans le cadre de cette condamnation préalable, les tribunaux des assurances s'appuient en outre sur les moyens de preuve des assureurs en tant que partie plaignante, sans recueillir ou faire recueillir leurs propres moyens de preuve neutres. Il s'agit là aussi d'un procédé unique en son genre, qui n'est ni habituel ni

---

<sup>26</sup> [https://www.rand.org/content/dam/rand/pubs/technical\\_reports/2010/RAND\\_TR863.pdf](https://www.rand.org/content/dam/rand/pubs/technical_reports/2010/RAND_TR863.pdf)

déjà accepté dans aucun autre type de procédure. Enfin, les moyens de preuve des assureurs se révèlent, à y regarder de plus près, tout sauf pertinents : on s'appuie sur des écarts de valeurs moyennes qui sont affinés et ajustés avec des variables censées tenir compte des particularités du cabinet. Un cabinet qui apparaît encore comme un cabinet de surmédicalisation ne peut pas compter sur un jugement favorable des juges. Il ne s'agit alors plus que d'une comparaison aussi favorable que possible. Et les variables censées expliquer des coûts moyens plus élevés ne font pas non plus suffisamment leur travail, elles peuvent même avoir l'effet inverse : "justifier" qu'un cabinet qui ne surmédicalise effectivement pas, surmédicalise soi-disant.

Selon la profondeur avec laquelle le cabinet d'avocats mandaté s'enfonce dans ce nid de guêpes, le conflit de conscience des juristes impliqués sera plus ou moins profond. Car malgré tout, il est vrai que cet abandon des règles en vigueur de l'État de droit n'est pas un dérapage unique, mais qu'il est systématique, c'est-à-dire qu'il correspond à la pratique juridique courante et à l'usage. Comment vivre avec cela et conserver sa fierté et sa déontologie professionnelles ? Même le juriste le plus engagé se trouve ici face à un dilemme unique en son genre dans la jurisprudence suisse. Il ne reste plus qu'à ne pas s'orienter sur ce qui a été mesuré et expérimenté - ni sur ce qui a été raconté : le récit si bien entretenu d'un corps médical qui, en règle générale, examine et traite un peu trop. Comme on le lit partout dans les médias ...

Une telle procédure inéquitable peut également avoir des conséquences désastreuses pour les médecins des cabinets défendeurs. Tout comme le cabinet, ils veulent en général simplement faire du bon travail et ont traité selon leur âme et conscience. Ils ne sont donc pas conscients d'avoir commis une faute et n'en ont pas commis la plupart du temps. Ils ont tout simplement soigné leurs patients, y compris ceux qui étaient très malades et qui ont donc engendré des coûts très élevés. A la fin d'une telle procédure, après plusieurs mois d'une procédure éprouvante pour les nerfs, ils se retrouvent néanmoins avec une obligation de remboursement juteuse ou avec un accord solide, et pour couronner le tout, ils doivent maintenant régler les factures du cabinet d'avocats mandaté. Cela peut conduire à des tensions et peut-être à une évaluation injuste de l'engagement du cabinet par le cabinet.

Pour éviter autant que possible ce genre de situations désagréables, il est utile de développer systématiquement les connaissances. Car ce que les cabinets et les études ont en commun, c'est qu'ils ne peuvent pas comprendre comment on en est arrivé à une telle injustice, à des erreurs d'appréciation aussi flagrantes en matière de l'économicité, dans une procédure qui est une procédure officielle, développée par des institutions et des instituts qui, on peut le supposer, sont garants de qualité et de professionnalisme. Les experts en mathématiques statistiques le savent depuis des années, mais les juristes ne sont pas des statisticiens, pas plus que les médecins.

Avec le présent compendium des connaissances, nous voulons donc créer un lien entre les trois domaines qui touchent aux procédures d'économicité des assureurs : Médecine, Statistiques et Droit.

Le texte explique comment une défaillance des organes médicaux et des institutions juridiques due à un manque de connaissances des bases statistiques et mathématiques a pu aboutir à la situation que nous connaissons aujourd'hui : l'un des plus grands scandales judiciaires de Suisse, si ce n'est le plus grand. Il doit permettre aux cabinets d'avocats de disposer de connaissances sur lesquelles ils peuvent fonder leur argumentation et d'une source de savoir à laquelle ils peuvent se référer. Cela doit aider à obtenir davantage dans les cas respectifs, de meilleurs accords ou, espérons-le, avec le temps, de plus en plus de non-lieux. Au-delà du cas individuel, l'objectif est d'amener les assureurs à prendre conscience de la résistance qu'ils rencontrent et de les obliger à reconsidérer leur comportement déloyal.

## Résumé

Grâce aux bases de données disponibles depuis 2008 sur les groupes de comparaison, le manque d'homogénéité des groupes de comparaison ne fait aucun doute d'un point de vue statistique et juridique. La preuve de l'inefficacité de l'ANOVA et de l'indice de régression présuppose obligatoirement un groupe de comparaison homogène, car même l'indice de régression ne permet guère d'expliquer le surplus de 13% à 39% des coûts. On peut donc en déduire que la plage de tolérance de 130% est arbitraire.

Plus de 50 variables caractérisent ces groupes de comparaison selon l'état actuel. L'analyse des bases de données des groupes de comparaison montre cependant que les groupes de comparaison ne sont pas homogènes. Il en résulte en même temps que la méthode analytique (c'est-à-dire l'examen de cas individuels) est impérativement nécessaire pour constater un éventuel manque d'économicité en cas d'existence de particularités du cabinet. En outre, les groupes de coûts pharmaceutiques de la Confédération (PCG) utilisés créent une inégalité juridique considérable, car plus de 6 milliards de francs de coûts annuels de médicaments ne figurent pas dans la liste PCG. La méthode de contrôle de santé suisse génère, en raison des lacunes statistiques, de nombreux cas de non-economicité dus à la méthode de contrôle, un artefact non économique avec plus de 10'000 plaintes fausses et inutiles déposées par santé suisse.

De plus, les particularités de la pratique des groupes de comparaison ne sont pas connues. Si les particularités de la pratique dans le groupe de comparaison ne sont pas prises en compte par l'obligation d'enquête du juge - comme c'est le cas aujourd'hui -, il y a un vice de procédure. Cela conduit régulièrement à une violation des droits fondamentaux garantis par la Constitution et à des demandes reconventionnelles.

L'obligation d'examiner l'homogénéité du groupe de comparaison est une condition préalable au respect des principes de l'État de droit. Un changement de pratique judiciaire avec prise en compte et pondération du manque d'homogénéité du groupe de comparaison est inévitable depuis 2008.

Avec l'arrêt du Tribunal fédéral du 12.12.2023, publié le 13.02.2024 (BGE\_9C 135/2022), l'indice de régression n'est désormais plus considéré comme un moyen de preuve de l'inefficacité, le renversement du fardeau de la preuve n'existe plus et l'examen au cas par cas des coûts accrus est obligatoire pour pouvoir même intenter une action en justice. De nombreuses activités (condamnations préalables) par des commissions paritaires sont donc obsolètes. A partir de maintenant, il n'est généralement pas justifiable de payer une amende sur la seule base de l'indice de régression.

## Après 20 ans : Reset des procédures d'économicité basé sur l'ATF

### 9C 135/2022

Dans un arrêt qui fera date, le Tribunal fédéral a stoppé sur des points centraux l'évolution des procédures d'économicité vers une machine mathématique sans lien avec la réalité médicale :

1. l'indice de régression n'est plus un moyen de preuve (et ne l'a d'ailleurs jamais été)
2. Les méthodes de contrôle d'économicité autres que l'indice de régression ne sont pas autorisées (data mining, minutage normatif, etc.).
3. Le contrat FMH-santésuisse-Curafutura du 01.02.2023 est mal conçu, le renversement de la preuve et d'autres méthodes de contrôle de l'économicité ne sont pas autorisés.
4. Les particularités du cabinet doivent impérativement être prises en compte avant qu'une plainte puisse être déposée auprès des autorités cantonales.
5. Les maladies traitées doivent être largement similaires dans le groupe de comparaison, les pratiques aberrantes doivent être éliminées.

Jusqu'à présent, les tribunaux et les commissions paritaires ont accepté à tort comme corrects ces principes dénoncés depuis 20 ans par l'AEMS, avec pour conséquence de nombreuses condamnations erronées comme suit :

1. L'indice de régression prouve le manque de rentabilité, à moins que le cabinet médical ne puisse faire valoir des particularités du cabinet.
2. La formation de groupes de comparaison porte sur un ensemble de malades homogène et suffisant du point de vue juridique.

## Signification de cet arrêt du Tribunal fédéral

Contrairement au contrat EAE du 01.02.2024, un examen au cas par cas est obligatoire. Le screening n'est plus un moyen de preuve, le renversement du fardeau de la preuve ne s'applique plus. Le contrat EAE du 01.02.2023 entre la FMH, santésuisse et curafutura est donc obsolète, une correction des faits attendue depuis longtemps par le Tribunal fédéral. Les moyens de preuve à présenter au tribunal des assurances ne sont plus possibles sans constatation de particularités du cabinet médical sur la seule base de l'indice de régression. Les particularités des cabinets médicaux telles que la propharmacie doivent impérativement être prises en compte et la statistique nationale doit être adaptée en conséquence. D'autres particularités de la pratique sont également mentionnées et doivent être prises en compte, les pratiques aberrantes et autres facteurs perturbant l'homogénéité du groupe de comparaison doivent également être éliminés.

## Résumé des principales conclusions du Tribunal fédéral (avec renvois aux passages de l'arrêt)

Avec ce nouvel arrêt, le Tribunal fédéral a encore une fois précisé que les groupes de comparaison doivent traiter à peu près le même type de malades pour que les différences de coûts soient significatives pour la jurisprudence (4.1.).

Contrairement à ce qui est indiqué dans le contrat relatif à la méthode de dépistage du 01.02.2023, ce n'est pas le médecin qui doit apporter la preuve, mais santésuisse. Toutefois, le médecin qui se fait remarquer par des coûts élevés a un devoir de collaboration pour expliquer les particularités de son cabinet. Dans tous les cas, les coûts anormaux ne doivent pas être assimilés à des travaux non rentables (4.4.1).

La méthode de régression n'a plus de valeur probante, contrairement à l'indice ANOVA, et l'alternative de la méthode analytique disparaît également (5.2.1).

D'autre part, l'examen analytique des dossiers des patients reste en fin de compte incontournable lors de l'évaluation de l'économicité (5.2.4).

D'autres méthodes que l'analyse de régression ne sont en outre pas autorisées, car elles sapent le contrôle uniforme de l'économicité (5.2.4).

Il s'agit notamment du data mining et de l'utilisation de minutages normatifs. Les anomalies individuelles du cabinet médical ne peuvent être constatées que par comparaison avec le groupe de référence, mais les données du groupe de référence ne sont pas utilisées ou ne sont même pas connues des plaignantes (5.3.1).

Les anomalies constatées lors de la procédure de dépistage peuvent tout au plus donner lieu à une procédure de constatation (5.3.2.), la procédure de dépistage n'est donc pas une méthode de preuve (5.3.2.) et ne peut pas fonder une plainte. Les particularités de la pratique peuvent être de nature catégorielle (capacités spéciales) ou exister en raison de la composition des maladies (5.5.2.).

Les PCG peuvent refléter des maladies coûteuses, mais cela ne signifie pas qu'en l'absence de PCG coûteux, des maladies coûteuses n'ont pas été traitées (5.5.3).

L'absence d'un terme d'erreur (écart-type, facteur d'incertitude) ou l'existence de pratiques aberrantes et de leurs effets n'ont rien à voir avec un manque d'économicité ; en conséquence, de tels cas doivent être écartés (5.5.4).

La technicité de la procédure de screening est moins appropriée pour servir de base à une plainte. La plainte auprès du tribunal arbitral cantonal doit toujours être basée sur l'examen du cas individuel (5.6.).

Les demandes de remboursement ne doivent être basées que sur les coûts directs excessifs (6.4.1). Les déterminations probantes nécessaires ne sont pas fournies par PCG (6.5.1).

## Conclusions dans le cas de plainte

Les cabinets médicaux attaqués par santésuisse ont, depuis le nouvel arrêt du Tribunal fédéral, une situation de départ entièrement nouvelle et plus forte ; il s'agit d'une réinitialisation nécessaire depuis 20 ans dans le sens d'une meilleure évaluation juridique de l'économicité. En ce qui concerne le résultat de l'augmentation des coûts selon l'indice de régression, il faut en premier lieu partir du principe de l'innocence et donc de la nécessité des coûts augmentés. C'est à santésuisse de fournir la preuve que les coûts accrus ne sont pas économiques. C'est toutefois le cabinet médical qui est tenu d'enquêter sur cette question. Grâce aux PCG, il est toutefois facile de déterminer si le groupe de comparaison présente des malades et des maladies comparables. En outre, santésuisse doit fournir les particularités de pratique des cabinets du groupe de comparaison comme moyen de preuve, afin que l'analyse des particularités de pratique soit objectivement possible. Comme santésuisse ne connaît pas les particularités des cabinets des groupes de comparaison, santésuisse n'est pas en mesure de fabriquer des preuves pour les coûts excessifs des cabinets médicaux. Mais sans ces preuves, l'arrêt du Tribunal fédéral 9C\_135/2022 ne permet plus de déposer plainte. Toute la méthode de screening devient donc obsolète et la FMH doit, comme nous l'avons toujours demandé, prendre le chemin de la réalité de la détection du caractère non économique. Cela nécessite des concepts et des méthodes entièrement nouveaux. La convention du 01.02.2023 est juridiquement caduque, les négociations menées jusqu'à présent au sein des commissions paritaires doivent être complètement réorganisées : ce n'est pas le cabinet médical dont les coûts sont excessifs qui doit apporter la preuve de son manque de rentabilité, mais santésuisse.

## Commentaires détaillés sur le texte du Tribunal fédéral (uniquement disponible en allemand)

## Classification juridique de BGE 9C\_135 par le Prof. U. Kieser **ACTUALITÉS**

i. S. : Association Ethique et Médecine Suisse

---

### **Arrêt du Tribunal fédéral 9C\_135/2022 concernant le contrôle de l'économicité**

Une classification juridique

#### 1. sur l'arrêt

Dans l'arrêt 9C\_135/2022, le Tribunal fédéral se penche sur des questions fondamentales de la procédure d'économicité et clarifie des problèmes centraux. L'arrêt a été rendu par une formation de cinq juges et constitue donc un arrêt de principe. Il est envisagé de publier l'arrêt dans le Recueil officiel.

#### 2ème structure

La présente appréciation juridique mentionne tout d'abord les principaux résultats de l'arrêt (point 3). Ensuite, elle aborde de manière approfondie la méthode de dépistage convenue contractuellement (chiffre 4). Vient ensuite la question de savoir comment, selon la jurisprudence actuelle, une preuve de non-rentabilité peut être apportée (chiffre 5). D'autres indications portent sur la marge de tolérance (chiffre 6) ainsi que sur les particularités du cabinet (chiffre 7). L'évaluation se termine par des indications procédurales (chiffre 8). Un résumé des principaux résultats se trouve au chiffre 9.

#### 3. principaux résultats

Dans son arrêt, le Tribunal fédéral a fait les principales constatations suivantes :

- La méthode convenue par contrat exige, en cas de résultat anormal de l'analyse de régression (méthode de screening), un examen ultérieur au cas par cas (consid. 5.2).
- Un résultat frappant de la méthode de screening ne signifie pas une constatation de non-rentabilité (consid. 5.3).

- L'idée fondamentale d'une marge de tolérance, qui est à la base de l'examen de l'économicité, n'est pas modifiée par l'application de la méthode de screening (consid. 5.4).
- Les caractéristiques typologiques des cabinets médicaux, telles que la propharmacie, doivent être prises en compte au niveau de l'examen du cas individuel, dans la mesure où elles n'ont pas déjà été intégrées dans le cadre de la méthode de screening (consid. 5.5). La gestion d'une pharmacie de cabinet (dispensation personnelle) doit être prise en compte dans l'examen de l'économicité ; le facteur de morbidité Pharmaceutical Cost Group (PCG) pris en compte dans la méthode de screening ne rend pas superflue la prise en compte de la dispensation personnelle (consid. 6.5).

#### 4. l'importance de la méthode de dépistage

L'art. 56, al. 6 LAMal stipule que les parties contractantes (fournisseurs de prestations et assureurs) fixent par contrat une méthode de contrôle de l'économicité. Dans un premier temps, la méthode ANOVA a été utilisée comme méthode statistique de contrôle de l'économicité. Le 20 mars 2018, les associations ont ensuite convenu de la méthode de screening, qui consiste en une analyse de régression à deux niveaux. Le contrat du 20 mars 2018 stipule en outre que la méthode de screening (à deux niveaux) convenue contractuellement) ne constitue qu'une première étape d'un contrôle de l'économicité ; elle doit servir à déterminer les médecins dont les coûts sont anormaux (à ce sujet, consid. 4.3.2 du jugement).

Dans sa décision, le Tribunal fédéral a examiné de près la méthode de screening et a établi comme point de départ que la méthode de screening en tant que telle est de nature statistique. Ce faisant, le Tribunal fédéral constate que le résultat provisoire du screening doit ensuite être validé sur la base d'un examen complet de chaque cas. Il s'agit du fait que la méthode de screening a une précision d'autant plus grande qu'un grand nombre de facteurs sont pris en compte. Mais, selon le Tribunal fédéral, si un plus grand nombre de facteurs sont pris en compte (et qu'il en résulte une plus grande précision des cas suspects), il n'est pas possible de savoir si les facteurs pris en compte reflètent effectivement les conditions réelles (consid. 5.2.2). C'est pourquoi, pour le Tribunal fédéral, chaque méthode de screening n'est que le reflet d'un résultat provisoire qui doit ensuite impérativement être validé sur la base d'un examen complet de chaque cas.

Le Tribunal fédéral s'exprime par la suite sur ce que l'on entend par analyse de cas individuels. Il ne s'agit pas - comme dans la méthode analytique - de l'évaluation de dossiers individuels de patients. Certes, il s'agit là d'une procédure appropriée selon les besoins ; toutefois, selon l'avis du Tribunal fédéral, cette deuxième étape n'a pas pour but principal d'évaluer les



dossiers des patients, mais de donner au médecin la possibilité de justifier l'image des coûts (consid. 5.2.4).

En complément, le Tribunal fédéral indique que la méthode de dépistage convenue contractuellement, suivie d'un examen au cas par cas, est en principe obligatoire et qu'il n'est pas possible de se rabattre sur un autre type d'examen, pour ainsi dire sans conditions (consid. 5.2.4 in fine). En fin de compte, le Tribunal fédéral a ainsi confirmé ce qui avait été convenu contractuellement entre la FMH et les associations d'assureurs-maladie : La méthode de screening est utilisée comme première étape, à laquelle doit obligatoirement succéder un examen au cas par cas.

L'arrêt du Tribunal fédéral reste assez succinct en ce qui concerne la concrétisation de cet examen ultérieur du cas individuel. Certes, le Tribunal fédéral constate que "selon les besoins, il faut recourir à des dossiers de patients sélectionnés" ; en même temps, le Tribunal fédéral indique qu'il est plutôt important que le médecin ait la possibilité de justifier l'image des coûts (consid. 5.2.4). Ce que cela signifie n'est pas très clair. Il serait souhaitable que le Tribunal fédéral ou la pratique administrative concrétisent la manière dont cette deuxième étape doit se dérouler. Sur ce point, le rendement de l'arrêt du Tribunal fédéral est assez faible.

##### 5) Question relative aux moyens de preuve et à la charge de la preuve

Avec l'arrêt du Tribunal fédéral, il est clair que la méthode de screening ne constitue pas une preuve ni un moyen de preuve suffisant. Il s'agit uniquement d'une première étape qui doit ensuite être obligatoirement complétée par une deuxième étape si une preuve doit être apportée. La méthode de screening n'est donc pertinente du point de vue du droit de la preuve que si un certain résultat est atteint lors de la deuxième étape de l'examen de l'économicité, à savoir l'examen au cas par cas, qui doit obligatoirement être réalisée par la suite.

Cette constatation a des conséquences importantes sur la charge de la preuve. Les assureurs-maladie qui demandent un remboursement au médecin doivent prouver le fondement de ce remboursement. S'ils n'y parviennent pas, il en résulte une absence de preuve.

De tels manquements à l'obligation de fournir des preuves ont un impact sur les demandes de remboursement pour traitement non économique. Ainsi, le Tribunal fédéral a également constaté dans les arrêts 9C\_236/2022 et 9C\_237/2022 (jugement du 22 novembre 2023) que, dans le cas concret jugé, il n'y avait pas de preuve concernant le caractère non économique invoqué (consid. 3.4). Une telle absence de preuve se répercute au détriment des assureurs-maladie - ils n'ont pas réussi à prouver l'existence d'un traitement non économique.

Par le présent arrêt de principe, le Tribunal fédéral a clarifié le fait qu'un résultat de la méthode de screening ne suffit pas à lui seul à prouver le caractère non économique. Il n'y a toujours pas de preuve fondée sur les seuls résultats de la méthode de screening. La preuve du

fondement d'une demande de remboursement n'est apportée que lorsque les clarifications consécutives à la mise en œuvre de la méthode de dépistage - c'est-à-dire les résultats de l'examen au cas par cas - démontrent l'existence d'un traitement non économique.

## 6. marge de tolérance

Le Tribunal fédéral se penche plus en détail sur la marge de tolérance. Le Tribunal fédéral explique que la marge de tolérance permet de respecter le principe de la liberté de traitement du médecin.

Même si la méthode de screening permet de tenir compte de différents facteurs, le caractère déterminant de la marge de tolérance ne disparaît pas. En effet, il s'agit précisément de mettre en œuvre le principe de la liberté de traitement du médecin avec la marge de tolérance. Le Tribunal fédéral précise en outre que la marge de tolérance doit être fixée au cas par cas. Le Tribunal fédéral indique à cet égard que le fait que le médecin se spécialise dans certaines maladies ou formes de thérapie particulières peut être déterminant (sans toutefois expliquer si cela conduit à une marge de tolérance plutôt élevée ou plutôt faible). Il est pour l'instant peu concluant de vouloir comprendre, à partir des considérations du Tribunal fédéral au chiffre 5.4, comment la marge de tolérance doit être déterminée.

## 7. particularités de la pratique

Les explications du Tribunal fédéral sont d'une grande importance pour la prise en compte des particularités du cabinet. A cet égard, le Tribunal fédéral constate d'emblée que la méthode de screening n'englobe pas toutes les particularités du cabinet ( consid. 5.5.1).

Pour le Tribunal fédéral, il est primordial que les caractéristiques qui visent la typologie de la pratique soient si possible déjà prises en compte dans le cadre du screening. Il est toutefois nécessaire qu'un "groupe de référence correspondant" soit créé et pris en compte (cf. consid. 5.5.2). Dans le cas contraire, la particularité du cabinet doit être prise en compte au niveau de l'examen au cas par cas (c'est-à-dire à la suite de la méthode de screening).

Le Tribunal fédéral explique comment cette correction est effectuée au considérant 5.5.2. Outre les caractéristiques catégorielles en tant que particularités du cabinet, il existe également des particularités complémentaires liées au collectif de patients (proportion d'étrangers supérieure à la moyenne, visites à domicile fréquentes, absence de patients en urgence). Le Tribunal fédéral constate que de telles particularités du collectif de patients ne sont pas toujours ou pas du tout prises en compte par la méthode de screening (cf. consid. 5.5.3).

Il apparaît ainsi que la prise en compte correcte des particularités de la pratique revêt une grande importance. La manière dont cela doit se faire en termes de droit procédural est expliquée au chiffre 8 ci-après.

Dans le cas concret, le Tribunal fédéral s'est penché de manière approfondie sur la situation initiale d'une autodispensation (cf. consid. 6). Le Tribunal fédéral est parvenu à la conclusion que la situation initiale d'une dispensation personnelle a des répercussions considérables sur les coûts moyens, raison pour laquelle il faut nécessairement former des groupes de comparaison avec et sans dispensation personnelle (consid. 6.4.5).

Il sera important pour la concrétisation ultérieure des particularités de la pratique de savoir si une telle délimitation de principe est également nécessaire pour la formation de groupes de comparaison en ce qui concerne d'autres aspects. En tout cas, il s'avère que le Tribunal fédéral peut tout à fait arriver à la conclusion qu'il faut former différents groupes de comparaison en cas de particularités de la pratique.

Dans l'ensemble, on dispose ainsi d'informations importantes sur la prise en compte des particularités de la pratique.

## 8. conseils de procédure

D'un point de vue procédural, le Tribunal fédéral indique que l'examen au cas par cas nécessaire à la suite de la méthode de dépistage doit être effectué de manière participative. L'objectif doit être que les parties concernées parviennent à un accord à l'amiable. Selon l'avis du Tribunal fédéral, le tribunal arbitral est peu approprié pour une telle prise en compte. C'est pourquoi le Tribunal fédéral exige qu'une plainte ne puisse être déposée que lorsque les résultats d'un examen complet du cas individuel sont disponibles (consid. 5.6).

## 9. résumé

En résumé, l'analyse de l'arrêt 9C\_135/2022 montre ce qui suit :

- Le Tribunal fédéral s'est penché de manière approfondie sur la méthode de screening actuellement en vigueur dans les contrats et a notamment souligné les limites claires des connaissances issues de la méthode de screening. La méthode de screening ne peut pas apporter la preuve d'un manque de rentabilité.
- Les résultats de la méthode de dépistage doivent être suivis d'un examen participatif du cas individuel. Le Tribunal fédéral laisse en partie ouverte la question de savoir comment procéder à l'examen individuel, tout en indiquant qu'il faut, le cas échéant - mais pas en premier lieu - recourir à l'analyse des dossiers des patients. Il

sera nécessaire d'expliquer plus en détail comment procéder à l'examen central du cas individuel qui fait suite à la méthode de dépistage.

- Le Tribunal fédéral a souligné, en ce qui concerne la prise en compte des particularités du cabinet, que la propharmacie constitue une particularité du cabinet qui conduit à la formation de groupes de comparaison différents (avec et sans propharmacie). Les particularités du cabinet peuvent se référer à des aspects catégoriels (p. ex. gestion d'une pharmacie de cabinet, spécialisation professionnelle) ou se concrétiser dans les caractéristiques du collectif de patients. Les particularités du cabinet doivent impérativement être prises en compte, dans la mesure où elles n'ont pas déjà été prises en considération par la méthode de screening.
- La marge de tolérance de 20 à 30% reflète la liberté de traitement du médecin. Une méthode de dépistage précise n'a pas d'effet sur cette marge de tolérance. Elle doit être prise en compte d'une manière ou d'une autre. Le Tribunal fédéral ne précise pas comment la marge de tolérance doit être fixée dans la fourchette de 20 à 30%.

En résumé, il s'agit d'un arrêt du Tribunal fédéral qui fait date, même si des questions importantes restent en fin de compte ouvertes :

- Concrétisation de la marge de tolérance
- Concrétisation de l'examen au cas par cas à effectuer selon les résultats de la méthode de dépistage
- Concrétisation des particularités de la pratique.

A cet égard, l'arrêt du Tribunal fédéral représente une étape intermédiaire importante, même si des questions centrales restent encore ouvertes.

## Détermination de l'économicité

L'économie de la santé évalue l'économicité médicale pour le compte de la politique et des autorités. L'objectif est d'éviter les coûts inefficaces ou inefficients. Pour détecter de tels coûts, il est indispensable de connaître la méthodologie, les résultats et les conclusions de l'économie de la santé. L'examen de la méthodologie est ici central, car il a une influence décisive sur les résultats et les conclusions.

Comme pour tout examen, il est important de poser une question concrète, qui peut ensuite être vérifiée ou falsifiée à l'aide de la méthode correspondante. La question concrète en économie de la santé est la suivante

- a) Un médecin ou un médicament n'est-il pas économique si des coûts comparativement plus élevés apparaissent indépendamment des effets médicaux ?
- b) Une mesure médicale est-elle non économique si, pour le même effet médical, elle entraîne plus de coûts que si elle n'avait pas été prise ?
- c) Les effets sont-ils objectivement mesurables et les résultats reproductibles ?

La condition préalable est que les effets médicaux - au sens de l'évidence médicale et scientifique - soient saisis objectivement. Si ce n'est pas le cas, l'économicité ne peut pas être déterminée. Si elle est tout de même déterminée, par exemple à l'aide d'approximations de variables manquantes ("proxy variables"), nous nous trouvons dans la situation d'une science potentiellement dysfonctionnelle, dans la mesure où les approximations sont présentées comme un substitut à peu près équivalent aux preuves scientifiques, alors qu'elles ne le sont pas. Les coûts comparatifs basés sur l'âge, le sexe et le canton de résidence dans les procédures d'économicité ou les effets des mesures médicales sur la qualité de vie (Quality adjusted life years, QALY) sont des représentants typiques de telles approximations.

Lors de l'évaluation de l'économicité, des modèles de substitution sont utilisés à titre provisoire au lieu de coûts plus bas pour les mêmes effets médicaux<sup>27</sup> afin de pouvoir déterminer l'économicité d'un cabinet médical. Il ne s'agit pas de méthodes d'économicité, mais de méthodes de comparaison des coûts.

Santésuisse a signé avec la FMH des contrats selon lesquels l'évaluation de l'économicité se fait jusqu'en 2008 avec l'indice RSS, de 2008 à 2017 avec l'indice ANOVA et depuis 2017 avec l'indice REGRESSIONS. Au vu de ce qui suit, on ne comprend pas pourquoi la FMH a signé de tels contrats.

---

<sup>27</sup> En statistique, il s'agit de variables explicatives telles que les diagnostics et la gravité des maladies. Santésuisse n'utilise que des variables indirectes, appelées "proxys", ce qui introduit automatiquement un biais statistique dans les procédures d'économicité.

L'indice est calculé en rassemblant tous les cabinets médicaux d'un groupe de spécialistes dans un groupe de comparaison. On part du principe que les coûts par patient dans le groupe de spécialistes concerné, éventuellement corrigés en fonction de l'âge, du sexe, du canton de résidence, de l'hospitalisation l'année précédente, de la physiothérapie, du laboratoire, des groupes de coûts pharmaceutiques, ne doivent pas dépasser un indice de 130%. Exemple : Si les coûts totaux moyens par patient s'élèvent à 1'000 Fr., des coûts par patient de 1'300 Fr. ou plus ne sont pas économiques et doivent être remboursés s'ils n'ont pas été engagés.

Le groupe de comparaison est établi par santésuisse sur la base du groupe de spécialistes. Les variables décrivant le groupe de comparaison peuvent être demandées pour chaque cabinet médical du groupe de comparaison. Ce tableau des cabinets médicaux anonymisés contient des informations sur le canton du cabinet médical, le nombre de malades, le nombre moyen de malades, l'âge moyen, le nombre de visites à domicile et le nombre de consultations. Sont également indiqués les coûts totaux : directs et facturés, l'indice de régression des coûts totaux, directs et indirects, les coûts des médicaments directs et facturés, l'indice de régression des médicaments directs et facturés. Les mêmes chiffres figurent dans le tableau concernant le laboratoire, les moyens et appareils selon la LiMA, la physiothérapie, la part des malades avec une franchise élevée, la part des malades avec une hospitalisation l'année précédente ainsi que le nombre de doses de médicaments prescrites quotidiennement (DDD) par groupe de coûts pharmaceutiques :

ABH=addiction sans nicotine, ADH=ADH, AKK=maladies auto-immunes, ALZ=Alzheimer, AST=asthme, BSR=trouble bipolaire régulier, CAR=maladies cardiaques, COP=COPD/asthme sévère, DEP=dépression, DM1=Diabète de type I, DM2=Diabète de type 2, EPI=Epilepsie, GLA=Glaucome, HCH=Haut cholestérol, HIV=VIH SIDA, HYP=Hypertension, KHO=Tumeurs hormono-sensibles, KRE=Cancer, KRK=Cancer complexe, MCR= maladie de Crohn, MSK= sclérose en plaques, NIE= maladie rénale, PAH= hypertension pulmonaire, PAR= maladie de Parkinson, PSO= psoriasis, PSY= psychose, RHE= rhumatisme, SMC= douleurs chroniques sans opioïdes, SMC= douleurs neuropathiques, THY= thyroïde, TRA= transplantations, WAS= trouble de la croissance, ZFP= mucoviscidose / enzymes pancréatiques, SNC= maladies du système nerveux central. Système nerveux sans SEP.

La comparaison des coûts ne mesure donc pas l'économicité en tant que telle, mais les coûts par patient. Il ne s'agit donc pas de méthodes d'économicité, mais - comme nous l'avons déjà mentionné - de méthodes de comparaison des coûts<sup>28</sup>.

Il est possible pour le défendeur que des frais supérieurs à un indice de 130% puissent être déclarés. Pour ce faire, le cabinet médical est invité à présenter les particularités de sa pratique. Les particularités du cabinet peuvent être prises en compte comme facteur de coût supplémentaire dans

---

<sup>28</sup> Lorsque le législateur et les assureurs-maladie parlent de procédures d'économicité, ils font référence à des procédures de comparaison des coûts qui n'ont en premier lieu rien à voir avec l'économicité. On peut donc se demander si l'usage de la langue n'est pas ici abusif.

les procédures de comparaison des coûts. La question de savoir si cela se produit ne repose pas toujours sur des critères objectifs, car les particularités du cabinet ne sont pas connues du groupe de comparaison.

Souvent, l'assureur fait même valoir que le benchmark de 130% est de toute façon suffisamment élevé pour couvrir les particularités du cabinet. Dans ce cas, les dépassements de coûts seraient immédiatement assimilés à un manque de l'économicité.

En règle générale, on part du principe qu'environ 2% des médecins ne sont pas économiques. Le groupe de spécialistes des médecins généralistes (FAG53) regroupe en 2019 un total de 1'089 cabinets médicaux. Les coûts totaux par patient s'élèvent à 1'056 francs. Avec un seuil de tolérance de 1'373 francs (=130% de 1'089 francs), 222 ou 20% des cabinets médicaux dépassent l'indice non corrigé de 130%. La fourchette des coûts totaux par patient se situe entre 157 et 10'347 francs ; 272 cabinets médicaux se situent en dessous de l'indice non corrigé de 70% avec des coûts totaux par patient ne dépassant pas 739 francs. L'homogénéité du groupe de comparaison concernant les coûts totaux par patient est donc inexistante : 45% des cabinets médicaux se situent en dehors des plages de tolérance de <70% ou >130%. En conséquence, l'écart-type des coûts totaux par patient de 540 Fr. est élevé, avec un écart-type relatif de 51%.

La correction de l'indice avec l'analyse de régression augmente le nombre de cabinets médicaux avec un indice de régression de > 130% de 222 à 232, tandis que le nombre de cabinets médicaux avec un indice de régression de <70% est réduit de 272 à 94. Cela signifie que même avec l'indice de régression, une inhomogénéité pertinente persiste dans le groupe de comparaison.

## Analyse de l'hétérogénéité des variables non-DDD

Dans ce qui suit, nous examinons la base de données de santésuisse concernant la FAG53 ("médecin généraliste") en 2019 avec l'hypothèse que le groupe de comparaison n'est pas homogène. Nous avons obtenu les données d'une procédure en cours. Le groupe de comparaison comprend 1 089 cabinets médicaux qui ont généré un chiffre d'affaires de plus de 100 000 francs et ont traité au moins 50 malades au cours de cette année. L'examen des coûts totaux par patient montre déjà une nette inhomogénéité :

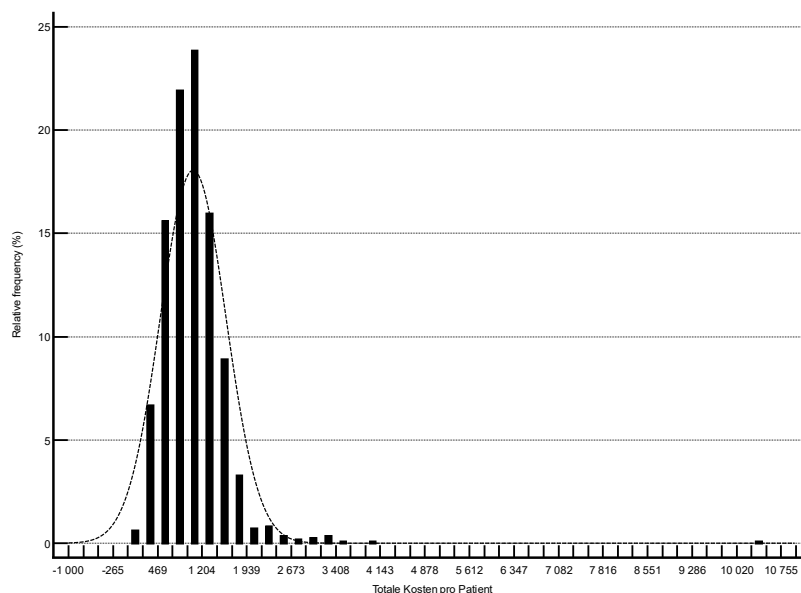
**Tableau 1 : FAG53, coûts par malade en 2019, comparaison de 1'089 cabinets médicaux**

<b>Statistiques récapitulatives, 2019</b>	
Variable	Coûts/Pat.
Taille de l'échantillon	1089
Valeur la plus basse	157
Valeur la plus élevée	10347
Moyenne arithmétique	1055.70
95% CI pour la moyenne arithmétique	1023.50 à 1087.83
Médiane	1000
95% CI pour la médiane	980.00 à 1024.00
Variance	292509.86
Déviat ion standard	540.84
Déviat ion standard relative	0.51 (51.23%)
Erreur standard de la moyenne	16.38
Coefficient de skewness	5.51 (P<0.0001)
Coefficient de kurtosis	81.64 (P<0.0001)
Test de Shapiro-Wilk	W=0.7518
pour la distribution normale	rejeter la normalité (P<0.0001)
49% Moyenne équilibrée (n=23)	1000
95% CI de la moyenne tronquée	978.83 à 1021.16

**Figure 1 : Répartition des coûts totaux par patient pour 1'089 cabinets médicaux du groupe de**



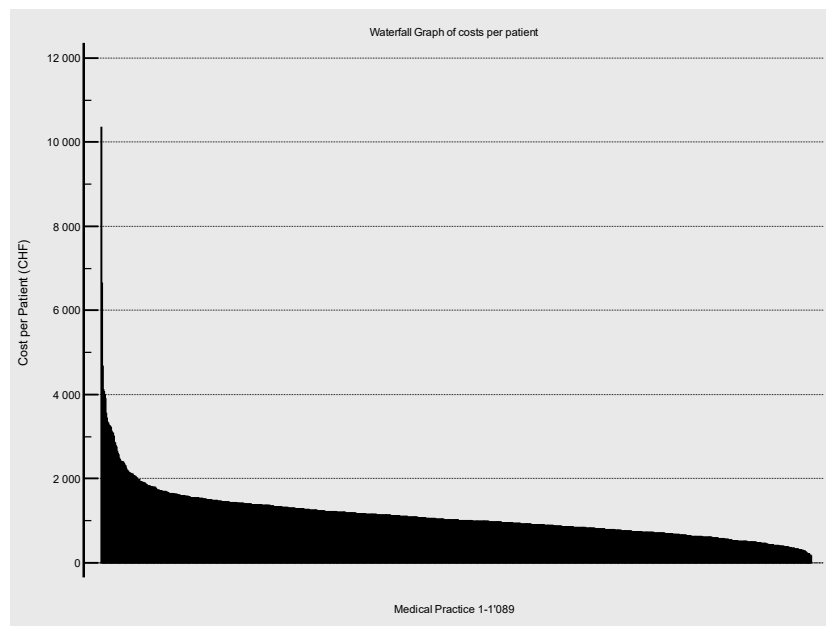
**spécialistes 53 (médecin généraliste) en 2019, coûts non corrigés (pas de distribution normale)**



La cause des différences de taille des coûts totaux par patient dans le groupe de spécialistes 53 en 2019 n'a pas été étudiée. Il n'est toutefois guère plausible que près de 50% des cabinets médicaux sous-traitent ou surtraitent leurs patients sur le plan médical. Il est beaucoup plus plausible que les morbidités des malades soient trop différentes pour pouvoir identifier des coûts inutiles avec le benchmark de 130% mentionné. Le 98e centile des coûts totaux par patient s'élève à 2 101 francs ; avec cet indice de 198% (au lieu de 130%), seuls 28 cabinets médicaux se distingueraient ou tout juste les 2% supposés. Ce benchmark serait à tout égard plus utile pour rechercher la surmédicalisation effective à l'aide de la méthode analytique.

**Figure 2 : Répartition des coûts par patient pour 1'089 cabinets médicaux du groupe de spécialistes**

**53 (médecin généraliste) en 2019, coûts non corrigés, graphique en cascade : distribution non normale (test de Shapiro Wilkinon <0.0001) heavy-tail ou Pareto**



La figure 2 atteste de la répartition "oblique" des coûts par patient dans le groupe de spécialistes 53 : la valeur la plus basse des coûts est de 157 francs, la plus haute de 10'347 francs par patient (!). La comparabilité des cabinets est donc inexistante. Or, SantéSuisse n'utilise pas de filtres d'homogénéisation pour les groupes de comparaison, ce qui rend la comparabilité impossible.

L'homogénéité de la statistique des groupes de comparaison doit être évaluée par le juge (obligation d'examen des preuves de SantéSuisse par le tribunal et savoir-faire statistique vaut également pour les tribunaux, car vous devez classer correctement les preuves de SantéSuisse<sup>29</sup>). Un coup d'œil sur les bases de données montre qu'il existe de très fortes inhomogénéités selon le groupe de comparaison. Cela peut être saisi statistiquement avec le calcul de la taille du groupe, la distribution des centiles des coûts totaux (au niveau du cabinet) ou la distribution des centiles de l'indice de régression ainsi que le test de la distribution normale des données et le calcul de l'écart-type (pour autant que les chiffres par variable soient distribués normalement). Ces tests doivent être établis par année et par groupe de spécialistes. Souvent, comme nous l'avons déjà mentionné, un indice de régression très faible (<70%) est trouvé.

L'inhomogénéité du groupe de comparaison peut être constatée avec pratiquement toutes les variables disponibles pour le groupe de spécialistes 53 en 2019. Nous avons choisi 3 variables, à savoir

<sup>29</sup> Document ZBI 119/2018 p. 619 Auteur Tilmann Altwicker. Titre Argumentation fondée sur les statistiques en droit administratif Pages 619-642 Publication Revue centrale suisse de droit public et administratif Editeur / Rédaction Giovanni Biaggini (éd.), Arnold Marti (éd.), Lukas Widmer (éd.), Peter Karlen (éd.), Christoph Auer (éd.) ISSN 1422-0709 Editions Schulthess Juristische Medien AG

le nombre de malades, le nombre de consultations et le nombre de visites à domicile. Pour ces 3 variables, le tableau 2 ci-dessous montre l'énorme diversité des prestations médicales par cabinet médical. Ainsi, un cabinet médical a traité 101 malades, un autre 32'775 malades. Pour cette seule raison, la comparaison n'est pas possible. De même, le nombre de consultations varie entre 5 et 16'592 et le nombre de visites à domicile entre 0 et 3837, et l'écart-type relatif se situe entre 71% et 223%, ce qui est très élevé. De plus, la distribution de ces variables n'est pas normale dans tous les cas, ce qui fait que, pour cette seule raison, les statistiques de régression et la comparaison des moyennes sont techniquement mal choisies (test de Shapiro Wilkison).

**Tableau 2 : Analyse de l'hétérogénéité du groupe de spécialistes 59, 2019 (toute la Suisse), 1'089 cabinets médicaux**

Variable	"Nombre de malades"	"Nombre de consultations"	"Nombre de visites à domicile"
<b>Statistiques récapitulatives</b>			
Taille de l'échantillon	1089	1089	1089
Valeur la plus basse	101	5	0
Valeur la plus élevée	32775	16592	3837
Moyenne arithmétique	786	3023	111
95% CI Moyenne arithmétique	720 à 852	2894 à 3151	96 à 126
Médiane	658	2572	29
95% CI pour la médiane	624 à 701	2444.67 à 2731.66	23 à 33
Variance	1236964	4663409	61764
Déviat ion standard	1112	2159.49	248.5249
Déviat ion standard relative	1.41 (141.39%)	0.71 (71.43%)	2.2308 (223.08%)
Erreur standard de la moyenne	33.70	65.43	7.53
Coefficient de skewness	22.38 (P<0.0001)	1.58 (P<0.0001)	6.50 (P<0.0001)
Coefficient de kurtosis	632.46 (P<0.0001)	4.62 (P<0.0001)	68.00 (P<0.0001)
Test de Shapiro-Wilk pour la distribution normale	W=0.2698 rejeter la normalité (P<0.0001)	W=0.8888 rejeter la normalité (P<0.0001)	W=0.4475 rejeter la normalité (P<0.0001)
49% Moyenne équilibrée (n=23)	655.47	2567.73	28.3913
95% CI de la moyenne tronquée	617.69 à 693.25	2424.28 à 2711.19	22.34 à 34.43

**Conclusion 1 : Le groupe de comparaison FAG53 pour l'année 2019, que**

santésuisse a constitué pour les procédures d'économicité, n'est pas utilisable en raison de l'inhomogénéité des variables proxy de non-économicité présentée par santésuisse. Le moyen de preuve doit être rejeté.

## Analyse de la non-homogénéité des variables relatives aux médicaments (DDD, PCG)

La comparaison des coûts purement cantonale sans correction pertinente de l'indice des coûts (indice RSS) a été corrigée depuis 2008 par les variables de l'âge, du sexe et du canton de résidence au niveau national (indice ANOVA). Depuis 2017, une correction est effectuée pour les coûts par des variables telles que l'hospitalisation l'année précédente, la franchise choisie et les groupes de coûts pharmaceutiques (indice REGRESSIONS). Ces modèles tentent d'expliquer les coûts totaux par patient ("capitation"). Les coûts expliqués par l'indice ANOVA et l'indice REGRESSIONS s'élèvent dans les groupes de spécialistes pour les variables démographiques +régression selon le rapport Polynomics 2017, tableau 31<sup>30</sup> :

**Tableau 3 : Pouvoir explicatif des coûts totaux par patient dans le modèle de régression (R<sup>2</sup>) pour 7 groupes de spécialistes selon M1 (variables démographiques explicatives, ANOVA) et selon M2 (avec prise en compte supplémentaire de l'hospitalisation l'année précédente, de la franchise, de la PCG, etc.)**

*Exemple de lecture Médecine interne : M1 24% + M2 15%=39*

1. Médecine interne générale 24%+15%=39
2. Chirurgie 16%+4%=20%,
3. Gynécologie 10%+3%=13%,
4. Cardiologie 14%+10%=24
5. P diatrie 12%+5%=17
6. Ophtalmologie 31%+9%=40% et
7. Psychiatrie 8%+17%=25

Les groupes de coûts pharmaceutiques sont une variable indirecte de la morbidité (insuline=diab te, etc.). Il permet tout de même d'estimer indirectement l'homogénéité des maladies

<sup>30</sup> <https://www.fmh.ch/files/pdf7/schlussbericht-wirtschaftlichkeitspruefungen-polynomics-ag.d.pdf>

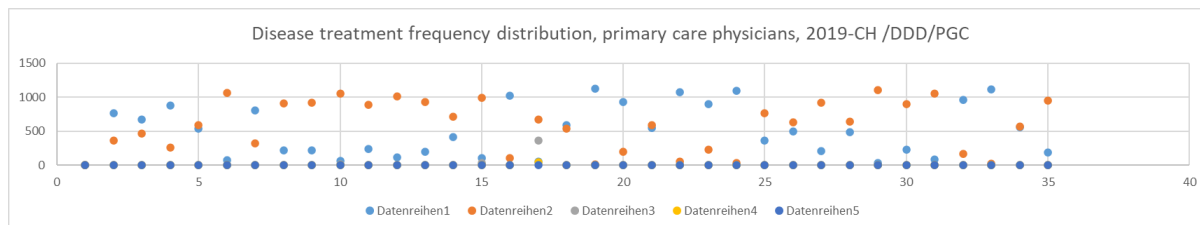
traitées. Voici le chiffre pour le groupe de spécialistes 53 avec 1'089 cabinets médicaux :

**Tableau 4 : description statistique de 3 variables PCG différentes au niveau DDD dans 1'089 cabinets médicaux du groupe de spécialistes "médecin généraliste" n° 59**

Variable	Statistique descriptive		
	CAR	DM2	HYP
Taille de l'échantillon	1089	1089	1089
Valeur la plus basse	0	0	0
Valeur la plus élevée	17.8	231.7	553.7
Moyenne arithmétique	1.9705	13.2366	73.2925
95% CI pour la moyenne arithmétique	1.8427 à 2.0984	12.4408 à 14.0325	70.0070 à 76.5780
Médiane	1.5	11.1	68.6
95% CI pour la médiane	1.3000 à 1.6000	10.4668 à 12.0332	64.5668 to 74.9665
Variance	4.6248	179.1475	3053.2905
Déviat ion standard	2.1505	13.3846	55.2566
Déviat ion standard relative	1.0914 (109.14%)	1.0112 (101.12%)	0.7539 (75.39%)
Erreur standard de la moyenne	0.06517	0.4056	1.6744
Coefficient de skewness	2.0742 (P<0.0001)	5.0705 (P<0.0001)	1.1804 (P<0.0001)
Coefficient de kurtosis	7.2604 (P<0.0001)	67.7586 (P<0.0001)	5.2417 (P<0.0001)
Test de Shapiro-Wilkinson pour la distribution normale	W=0.8147 rejeter la normalité (P<0.0001)	W=0.7377 rejeter la normalité (P<0.0001)	W=0.9276 rejeter la normalité (P<0.0001)
49% Moyenne équilibrée (n=23)	1.4565	11.0783	68.7826
95% CI de la moyenne tronquée	1.3044 à 1.6086	10.3219 à 11.8346	62.8833 to 74.6819

L'hétérogénéité des maladies traitées, constatée à partir de la PCG comme variable proxy, peut également être représentée comme suit. Les médicaments prescrits quotidiennement sont lisibles sur la base de la DDD et peuvent être répartis par trimestre dans l'année. Il en résulte 5 champs : pas de DDD, DDD pendant un trimestre ou 1-90 jours, DDD pendant deux trimestres ou 91-181 jours, etc. Il en résulte pour le groupe de spécialistes 53 la répartition suivante des DDD par PCG pour l'année 2019 :

**Figure 3 : Répartition des DDD par PCG en quartiles ou pas de PCG dans 1'089 cabinets médicaux (axe vertical). Série de données 1 : pas de DDD. Série de données 2 : DDD prescrites uniquement dans un quartile de l'année. Série de données 3 : DDD prescrits dans deux quartiles de l'année. Série de données 4 : DDD prescrites dans trois quartiles de l'année. Série de données 5 : DDD prescrites sur l'ensemble de l'année (DDD moyennes par patient, PCG et cabinet).**



**Tableau 5 : les différents chiffres de la figure 1**

Number of DDD per diseased			ABH	ADH	AIK	ALZ	AST	BSR	CAR	COP	DEP	DM1	DM2	EPI	GLA	HCH	HIV	HYP	KHO
lower	upper	class																	
0	0	0	764	667	874	541	70	807	215	213	58	239	117	201	411	102	1022	49	591
0+	91	1	363	460	253	586	1057	320	912	914	1054	887	1008	925	716	988	105	669	536
91+	182	2	0	0	0	0	0	0	0	0	9	1	1	0	0	35	0	364	0
182+	273	3	0	0	0	0	0	0	0	0	5	0	1	0	0	2	0	40	0
273+	365+	4	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	1	0	0	0	5	0

Number of DDD per diseased			KRE	KRK	MCR	MSK	NIE	PAH	PAR	PSO	PSY	RHE	SMC	SMN	THY	TRA	WAS	ZFP	ZNS
lower	upper	class																	
0	0	0	1120	927	544	1074	902	1095	363	495	207	488	28	229	80	960	1111	556	181
0+	91	1	7	200	583	53	225	32	764	632	919	639	1099	898	1047	167	16	571	946
91+	182	2	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0
182+	273	3	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
273+	365+	4	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0

**Légende des abréviations :** ABH=addiction, ADH=ADHS, AIK=maladies auto-immunes, ALZ=Alzheimer, AST=asthme, BSR=trouble bipolaire régulier, CAR=maladies cardiaques, COPD=asthme sévère/COPD, DEP=dépression, DM1=diabète sucré de type I, DM2=diabète sucré de type II, DM2+=diabète sucré de type II avec hypertension, EPI=épilepsie, GLA=glaucome, HCH=haute cholestérolémie, VIH=VIH/SIDA, KHO=tumeurs sensibles aux hormones, IRC=cancer, CRC=cancer complexe, MCR= maladie de Crohn / colite ulcéreuse, MSK=maladies du cerveau ou de la moelle épinière : sclérose en plaques, NIE=maladies rénales, PAH=hypertension (artérielle) pulmonaire, PAR=M. Parkinson, PSO=Psoriasis, PSY=Psychose, RHE=Rhumatisme, SMC=Douleurs chroniques (sans opioïdes), SMN=Douleur neuropathique, THY=Maladies de la thyroïde, TRA=Transplantations, WAS=Troubles de la croissance, ZFP=Fibrose kystique, enzymes pancréatiques, SNC=Maladies du cerveau ou de la moelle épinière : autres, hyp=Hypertonie

Les tableaux 4 et 5 montrent, pour chaque PCG, l'hétérogénéité des maladies traitées. La description statistique de la distribution des DDD des PCG CAR (maladies cardiaques), DM2 et HYP (hypertension) montre un écart-type relatif de 75%-109%, ce qui permet d'affirmer sans aucun doute, sur la base des données de santéuisse, que les différents cabinets médicaux traitent des maladies complètement différentes.

Les maladies prises en compte par la PCG sont manifestement extrêmement lacunaires. Le risque est donc que les maladies qui ne sont pas utilisées conformément à la PCG pour expliquer les coûts soient calculées comme des "coûts chez les personnes en bonne santé", ce qui entraîne un risque

de dépassement de l'indice (> 130%) pour des raisons purement aléatoires.

Les artefacts de coûts accrus sont particulièrement problématiques lorsque les médecins prescrivent des médicaments autorisés, mais qui ne figurent pas sur la liste PCG de la Confédération<sup>31</sup>. Il s'agit d'une violation flagrante de l'égalité de droit : l'inefficacité résulte ici de l'absence de prise en compte des coûts économiques des médicaments. Une erreur d'attribution fatale pour de nombreux cabinets médicaux dans la méthode statistique de santésuisse.

**Conclusion 2 : Le manque d'homogénéité des maladies traitées est statistiquement prouvé sur la base des variables DDD/PCG grâce à la fourniture de données par santésuisse pour la formation des groupes de comparaison. Ainsi, le moyen de preuve de santésuisse pour l'évaluation de l'économicité doit être rejeté.**

## Problèmes d'attribution de la morbidité induite par les PCG

---

<sup>31</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\(F\).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(F).xlsx)

Selon le professeur Ueli Kieser, les coûts des médicaments sont en règle générale économiques et doivent donc être retirés de l'indice lors des contrôles d'économicité<sup>32</sup>. Il apparaît en tout cas que l'intégration statistique des coûts des médicaments dans les contrôles d'économicité est soumise à des restrictions considérables. Il est notamment interdit d'inclure statistiquement les coûts des médicaments en parallèle avec les coûts des traitements médicaux. Les médicaments présentent de nombreuses particularités dont il faut impérativement tenir compte pour apporter la preuve concluante d'un éventuel caractère non économique du comportement du médecin. Sur ce point, une révision fondamentale de la jurisprudence actuelle concernant l'inclusion des médicaments dans la procédure de contrôle de l'économicité s'impose. La jurisprudence n'a jamais respecté cette règle, avec des implications pour les résultats de nombreuses procédures, dont les résultats sont ainsi devenus obsolètes.

Les artefacts de coûts accrus sont particulièrement problématiques lorsque les médecins prescrivent des médicaments autorisés, mais qui ne figurent pas sur la liste PCG de la Confédération<sup>33</sup>. Il s'agit d'une violation flagrante de l'égalité de droit : l'inefficacité résulte ici de l'absence de prise en compte des coûts économiques des médicaments. Une **erreur d'attribution fatale** pour de nombreux cabinets médicaux dans la méthode statistique de santésuisse.

La conseillère nationale Ruth Humbel a déposé en 2019 une motion sur les groupes de coûts pharmaceutiques (PCG)<sup>34</sup>. Elle y a reconnu à juste titre un problème dans le fait que certains médicaments n'apparaissent pas dans la liste PCG de la Confédération.

Même en 2023, les PCG ne comprennent que 34 groupes de coûts, ce qui n'est pas compatible avec une représentation correcte de la morbidité de l'activité médicale. En 2017 déjà, une expertise allemande détaillée, réalisée par un conseil scientifique en Allemagne, a montré qu'une limitation à 50 maladies ou une réduction encore plus importante à 30 maladies seulement ne permettrait plus d'atteindre les objectifs du RSA de manière appropriée : "Le conseil scientifique recommande donc de supprimer à l'avenir la limitation des maladies prises en compte et de continuer à développer le modèle de classification en tant que modèle complet. Pour ce faire, des travaux supplémentaires sont nécessaires, qui peuvent être réalisés dans le cadre de la maintenance continue du modèle RSA"<sup>35</sup>. Dans la littérature, la pertinence des variables PCG pour le calcul prospectif ou rétrospectif des coûts des soins médicaux effectivement prodigués ne dépasse pas 17%<sup>36</sup>.

Dans les contrôles d'économicité de santésuisse, il existe - parmi de nombreuses autres - l'erreur d'attribution particulièrement grave suivante : des médicaments médicalement indiqués et

<sup>32</sup> <https://docfind.ch/WZWMedikamenteKieser2018.pdf>

<sup>33</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\(F\).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(F).xlsx)

<sup>34</sup> <https://www.parlament.ch/de/ratsbetrieb/suche-curia-vista/geschaefte?AffairId=20193891>

<sup>35</sup> [https://www.bundesamtsozialesicherung.de/fileadmin/redaktion/Risikostrukturausgleich/20180125Sondergutachten\\_Wir-kung\\_RSA\\_2017\\_korr.pdf](https://www.bundesamtsozialesicherung.de/fileadmin/redaktion/Risikostrukturausgleich/20180125Sondergutachten_Wir-kung_RSA_2017_korr.pdf)

<sup>36</sup> <https://www.physicianprofiling.ch/WZWStatistik2014.pdf>



autorisés par SwissMedic, mais qui ne figurent pas dans la liste PCG de la Confédération<sup>37</sup>, sont imputés au cabinet médical comme non économiques dans l'indice de régression de santésuisse, ce qui fait augmenter l'indice de régression et le montant à rembourser.

La question est maintenant de savoir dans quelle mesure il existe des médicaments qui ne sont pas autorisés dans les contrôles d'économicité, mais qui sont économiques parce qu'ils ont été autorisés par SwissMedic (Kieser 2018<sup>38</sup>), de quels médicaments il s'agit et à combien peut être estimé le chiffre d'affaires annuel de ces médicaments dans le volume total des coûts des médicaments dans les soins obligatoires (AOS).

A cet effet, nous avons comparé la liste des spécialités des médicaments avec la liste PCG des médicaments Global Trade Item Number (GTIN, numéro d'identification selon le système GS1, anciennement système EAN) pour l'année 2023<sup>39</sup>. Le tableau 1 en annexe renseigne sur les noms des médicaments qui ne figurent pas sur la liste PCG de la Confédération. Il s'agit au total de 3 267 marques uniques. Le prix public de l'ensemble de ces médicaments ne figurant pas sur la liste PCG s'élève à 5,64 millions de francs par emballage. Selon cette méthode de calcul, les marques uniques figurant sur la liste PCG de la Confédération ont un prix public cumulé estimé à seulement 3,77 millions de francs (33,2%) du volume total de tous les médicaments de la liste des spécialités. Le volume total des médicaments s'élevait à 7,675 milliards de francs en 2020. Extrapolé au volume total des coûts annuels des médicaments, il devrait donc s'agir (avec une part de chiffre d'affaires de 66,8%) de 5,127 milliards de francs. Cela signifie que la plupart des médicaments (66,8%) prescrits par les médecins au niveau de l'AOS en Suisse ne figurent pas sur la liste PCG de la Confédération. Les coûts des médicaments des médecins qui prescrivent par hasard de tels médicaments hors liste PCG ne sont pas pris en compte par santésuisse dans l'indice de régression, ce qui fait que le degré de non-économité du cabinet médical augmente automatiquement et sans intervention des médecins, un artefact de la méthode.

Le tableau ci-dessous répertorie et référence les ventes annuelles de médicaments pour l'année 2020. Il s'agit de médicaments qui réduisent les risques de thrombose, à savoir les anticoagulants oraux et les inhibiteurs de l'agrégation plaquettaire. Le chiffre d'affaires de ces médicaments figurant dans la liste des spécialités de l'OFSP et donc remboursables par les assureurs-maladie s'élevait en 2020 à 249 et 71, soit 320 millions de francs. Dans les procédures d'économicité, ces coûts sont attribués aux personnes en bonne santé, car ils n'apparaissent pas comme variable de maladie dans l'indice de régression. Ce sont surtout les cabinets médicaux de médecine interne et de cardiologie qui sont désavantagés dans la prescription de tels médicaments par rapport aux cabinets médicaux qui ne prescrivent pas de tels médicaments ou qui les prescrivent dans une moindre mesure.

<sup>37</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\(F\).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(F).xlsx)

<sup>38</sup> <https://docfind.ch/WZWMedikamenteKieser2018.pdf>

<sup>39</sup> Les calculs peuvent être consultés ici : [https://docfind.ch/SpezialitaetenListe2023\\_PCG.xlsx](https://docfind.ch/SpezialitaetenListe2023_PCG.xlsx)

**Tableau 6 : Médicaments ne figurant pas sur la liste PCG de la Confédération (état 02/2023) : anti-coagulants oraux et antithrombotiques, avec coûts (total, en pourcentage) pour l'année 2020 et comparaison des coûts avec les antidépresseurs et les statines figurant sur la liste PCG (coûts totaux des médicaments en 2020 : 7,56 milliards de francs).**

Nom des médicaments ne figurant pas sur la liste PCG de la Confédération (sélection) <sup>40</sup>	Pourcentage du coût total des médicaments	Coût total Mio Fr.
Rivaroxaban	1,9	147,4
Apixaban		
Edoxaban		
NOAK's	2,8	214,9
Tous les anticoagulants	3,2	248,8
Eylea (produits ophtalmiques)	1,8	139,6
Inhibiteurs de l'agrégation plaquettaire <sup>41</sup>	0,9	71
Aspirine, Plavix, Efient, Integrelin, etc.		
<b>Tous (NOAK+Eylea+inhibiteurs d'aggr. Tc)</b>	<b>5,9</b>	<b>459,4</b>
<b>A titre de comparaison (figurant dans la liste PCG)</b>		
Antidépresseurs	2,6	198,4
Statines	2,5	192,8

Les médicaments ne sont que peu sujets à manipulation - contrairement aux diagnostics - comme le sait l'économie de la santé depuis plus de 20 ans (Konstantin Beck, Robert Leu et autres). Par conséquent, il n'est pas justifiable de demander le remboursement intégral des coûts des médicaments dépassant la marge de tolérance dans l'ancien indice ANOVA. Le fait que cela ait malgré tout été régulièrement pratiqué montre la problématique de l'évaluation largement insuffisante des moyens de preuve de santé suisse, une violation de l'obligation d'enquête du juge malgré les demandes de preuve fréquemment formulées.

L'utilisation des PCG pour l'évaluation de l'économicité crée depuis l'utilisation 2017-2023 une inégalité juridique supplémentaire qui devrait être massive, puisque 67% des médicaments figurant sur la liste des spécialités manquent dans la liste des PCG de la Confédération. Cela révèle un défaut de construction de l'indice de régression, qui est arbitraire en raison de l'erreur d'attribution mise en évidence ici. Il y a ici une violation de l'égalité de droit. Comme les médecins ne sont pas au courant de

<sup>40</sup> [https://www.versorgungsatlas.ch/indicator/\\_030](https://www.versorgungsatlas.ch/indicator/_030)

<sup>41</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)

cette règle, mais que celle-ci a régulièrement conduit depuis 2017 à des valeurs d'indice surévaluées - dans des proportions différentes selon les cabinets - cette erreur d'attribution est probablement commise de manière malicieuse, car on ne peut pas partir du principe que santésuisse n'avait pas et n'a pas connaissance de tels défauts centraux et santésuisse peut partir du principe que les tribunaux et les cabinets médicaux ne sont de toute façon pas en mesure de découvrir ces erreurs d'attribution. La raison du faible taux de couverture de la liste des spécialités dans la liste PCG n'est pas claire et doit être révélée par les autorités. On peut imaginer que certaines caisses-maladie ont réussi à empêcher une couverture complète afin d'affaiblir la compensation de la structure des risques entre les caisses-maladie et de maintenir ainsi la "chasse" aux patients bon marché dans le cadre d'une concurrence entre elles.

**Conclusion 3 : L'utilisation de PCG pour la compensation de la structure des risques des cabinets médicaux ne repose sur aucun fondement scientifique et génère des indices de coûts élevés de manière purement fortuite, indépendamment d'une inefficacité réelle. Environ 6 mrd. francs de coûts de médicaments (66%) par an ne sont pas représentés dans les PCG. Qu'un cabinet médical reçoive ou non une compensation de la structure des risques est donc un jeu de roulette. Pour les assureurs-maladie disposant d'un grand nombre de patients, ce jeu de roulette peut fonctionner dans une certaine mesure. Pour les cabinets médicaux, il s'agit d'un jeu souvent mortel de la part de santésuisse.**

L'évaluation judiciaire selon laquelle un indice des coûts de plus de 130% est synonyme de non-économicité n'a jamais été suffisamment justifiée sur le plan juridique. Cette évaluation montre tout de même qu'une marge de tolérance est nécessaire pour l'indice des coûts.

Comme le montre le tableau 3 d'un organisme non suspect (Polynomics Institut Olten), le contenu explicatif des PCG est soit minime ( $R^2$  10%), soit il n'est même pas étudié, comme par exemple dans la FAG53. Cela signifie que la plupart des coûts ne sont pas expliqués (en plus) par l'indice de régression ou ne sont même pas connus pour de nombreux groupes de spécialistes. Ce sont bien entendu des preuves supplémentaires, à apprécier par les juges, du manque d'homogénéité des malades traités dans le groupe de comparaison constitué par santésuisse. Par rapport à l'indice ANOVA, qui tient compte des variables démographiques, le gain d'explication apporté par l'indice de régression est en règle générale justement faible, minime ou inconnu. On ne voit pas comment santésuisse peut en déduire que le benchmark pour le manque d'économicité pourrait être abaissé de 130% à 120% en raison du gain de connaissances apporté par l'indice de régression. De plus, si les particularités des cabinets médicaux doivent être mentionnées lorsque l'indice de régression est supérieur à 130% (ou à 120%), l'égalité de traitement veut que les cabinets médicaux (trop) bon marché doivent également expliquer leur indice de régression trop bas.

Les coûts déclarés dans les modèles des assureurs-maladie M1 (indice ANOVA) et M2 (indice REGRESSIONS) devraient être pris en compte lors de l'évaluation de ce moyen de preuve : comme décrit plus haut, il faut partir d'une marge de tolérance de 198% au lieu de 130%, d'un point de vue purement statistique. Dans la jurisprudence actuelle, la valeur de tolérance est de 130%.   notre connaissance, il n'existe aucune littérature à ce sujet. Il s'agit probablement d'une valeur de tolérance fixée arbitrairement. Cette valeur de tolérance signifie la chose suivante : si les coûts moyens s'élèvent à 1'000 Fr par an et que le modèle d'explication M1 ou M2 des assureurs-maladie explique les coûts à 100%, alors un dépassement des coûts de 1% (ou indice 101%) serait déjà non économique. En réalité, dans les groupes de spécialistes étudiés jusqu'à présent (N=6), 13% à 39% des coûts sont expliqués (sur la base d'analyses de données individuelles), ce qui signifie que sur ces 1000 francs, entre 610 francs (ou 61%) et 870 francs (ou 87%) ne sont pas expliqués, selon le groupe de spécialistes : en cas de doute, ces coûts doivent être considérés comme économiques ; il ne serait en tout cas pas approprié d'imputer les coûts non expliqués au cabinet médical comme des coûts non économiques - comme c'est le cas aujourd'hui. Par conséquent, ces coûts non expliqués dans le modèle M1 ou M2 doivent-ils être considérés comme non économiques dans leur ensemble ou seulement en partie ?  tant donné que les modèles M1 et M2 n'expliquent pas 100% des coûts, il n'est pas plausible d'imputer simplement la part très élevée des coûts non expliqués aux cabinets médicaux. Selon la pratique actuelle, les cabinets médicaux doivent cependant expliquer pourquoi les coûts sont plus élevés que ce que le modèle laisse supposer. Comme les particularités de la pratique du groupe de comparaison ne sont pas connues de

chaque cabinet médical, celui-ci ne peut pas présenter de particularités de pratique, mais uniquement des fréquences de pratique absolues, et non relatives (par rapport au groupe de comparaison). Etant donné que les fréquences de pratique du cabinet médical suspect ne peuvent pas être mises en relation avec les fréquences de pratique existantes dans le groupe de comparaison (puisqu'elles sont inconnues), la décision de prendre en compte les particularités du cabinet médical est toujours arbitraire. Pour pouvoir s'opposer à cet arbitraire dans l'appréciation des moyens de preuve de santé-suisse, il reste deux possibilités :

1. Le moyen de preuve de la comparaison des coûts est trop imprécis et ne peut donc pas être pris en compte.
2. Une enquête analytique est menée en cas de coûts très élevés (si l'indice des coûts est dépassé de 198%).

Il est également possible que les tribunaux n'acceptent pas ces deux possibilités. La question se pose alors de savoir dans quelle mesure les coûts non expliqués sont répartis comme économiques (part économique des coûts non expliqués) ou justement comme non économiques (part non économique des coûts non expliqués) ; il n'est en tout cas pas admissible de qualifier automatiquement tous les coûts non expliqués de non économiques. Ici aussi, il n'existe manifestement pas de littérature, raison pour laquelle une estimation de ces parts ne peut être qu'arbitraire. On peut donc en conclure que la jurisprudence actuelle, avec sa plage de tolérance de 130%, était en grande partie arbitraire.

**Conclusion 4 : Le benchmark corrigé de 130% ne permet ni de constater des coûts de soins trop élevés ou inutiles, car les coûts totaux par patient ne sont pas suffisamment expliqués. Cela s'explique par le fait que le modèle (ANOVA, REGRESSION) ne reconnaît pas suffisamment les maladies traitées et que là où les maladies sont reconnues, l'inhomogénéité des maladies par cabinet médical est très élevée. Le benchmark de 130% pour l'inefficacité n'est pas défendable à la lumière des preuves présentées, de nombreuses particularités des cabinets médicaux ou la variabilité du groupe de comparaison permettraient de s'attendre à un benchmark d'environ 200%. Avec ce benchmark, les cabinets médicaux remarquables seraient également réduits à 2%. Par ailleurs, le manque d'homogénéité du groupe de comparaison interdit l'utilisation de l'indice santé-suisse, que ce soit RSS, ANOVA ou REGRESSION.**

## Obligation d'enquête du juge

Le Tribunal fédéral s'est prononcé sur l'objectif du dépistage statistique :

"Selon l'ATF 144 V 79 du 18.12.2017, l'objectif de l'art. 56 al. 6 LAMal est, d'une part, de rendre le calcul du caractère économique des prestations transparent et compréhensible notamment pour les médecins et, d'autre part, de prendre en compte la morbidité du collectif de patients (rapport "Initiatives parlementaires Renforcement de la médecine de famille" de la Commission de la sécurité sociale et de la santé publique du Conseil national du 21 janvier 2011, FF 2011 2519 ss, 2520 et 2523 s., ainsi que l'avis du Conseil fédéral du 4 mars 2011, FF 2011 2529 s., 2530 infra ; BO 2011 N 1308 s. [tous les intervenants], p. 1106 s. [intervention de Maury Pasquier] ; en outre GEBHARD EUGSTER, Krankenversicherung, in : Soziale Sicherheit, SBVR vol. XIV, 3e éd. 2016, p. 686 no 918, selon lequel une modification fondamentale correspondante de la procédure de conciliation fait partie des attentes centrales du législateur). Comme l'a toutefois reconnu à juste titre le tribunal arbitral cantonal, la création de l'art. 56 al. 6 LAMal visait en premier lieu à ce que les assureurs et les fournisseurs de prestations développent ou définissent ensemble une méthode de contrôle de l'économicité, mais pas à la mise en œuvre du contrôle de l'économicité en tant que tel (BO 2011 N 1309 [intervention Humbel], p 1107 [intervention du conseiller fédéral Burkhalter]). "Le nouvel alinéa 6 ne contient pas de spécification ou d'énumération exemplative de critères à prendre en compte lors de la réalisation du contrôle". Les élaborer et les fixer en partenariat relève "de la seule compétence des fournisseurs de prestations et des assureurs" (FF 2011 2524 et 2529 ss)".

Seul le deuxième point de vue - prise en compte de la morbidité du collectif de patients - a trouvé un écho dans le texte de l'art. 56, al. 6 LAMal. Le législateur a ainsi donné la priorité à la voie de l'action commune des fournisseurs de prestations et des assureurs par rapport à l'objectif, également à atteindre, d'un contrôle de l'économicité transparent et qualitatif, c'est-à-dire intégrant la morbidité du collectif de patients. Cela signifie également qu'une importance particulière doit être accordée à l'acceptation par les deux partis de la méthode de contrôle de l'économicité qui sera appliquée à l'avenir. On ne peut donc pas considérer comme contraire à la loi le fait que les partis (FMH ainsi que santésuisse et curafutura) se soient mis d'accord sur le modèle d'analyse de la variance, qui "doit être développé en commun et complété entre autres par des variables de morbidité", même si ce modèle, tout comme la comparaison des coûts moyens, a été critiqué depuis longtemps par le corps médical (GEBHARD EUGSTER, LAMal : chantier du contrôle statistique de l'économicité, Jusletter 27 août 2012 Rz. 13 f, 61 et 82) et avait donné lieu à des initiatives parlementaires qui ont finalement abouti à la modification de la loi du 23 décembre 2011 (art. 56, al. 6 LAMal).

Cette appréciation par l'instance suprême de la force probante des résultats de la procédure (comparaison du cabinet médical individuel avec les groupes de comparaison de santésuisse) est

uniquement due au fait que les partenaires tarifaires FMH, santésuisse et curafutura ont défini une méthode de non-économité. Toutefois, on ne tient pas compte du fait que la convention stipule que les anomalies générées par la procédure statistique ne fournissent pas de preuves, mais doivent être clarifiées par la suite dans des commissions paritaires. Il reste donc à déterminer si l'indice élevé peut être expliqué par des particularités du cabinet. Mais pour cela, les informations sur les particularités de la pratique du groupe de comparaison manquent complètement, ce qui constitue un défaut central de la procédure.

## Exemple d'omission de l'obligation d'enquête par le juge, avec commentaires de l'IGPROF

Voici un compte-rendu des déclarations des juges, accompagné de nos commentaires. Nous n'avons pas l'intention de porter un jugement personnel sur le juge concerné, loin de là. Nous souhaitons plutôt montrer, à l'aide de cet exemple typique, comment les tribunaux réfléchissent en général, afin que les

cabinets d'avocats impliqués puissent, le cas échéant, orienter leurs stratégies en conséquence.

Source : 200 20 869 SCHG / 200 20 870 SCHG ; LOU/GET/SEE Tribunal arbitral dans le contentieux des assurances sociales du canton de Berne Jugement du 18 janvier 2022, [https://entscheid-suche.ch/docs/BE\\_Verwaltungsgericht/BE\\_VG\\_001\\_200-2020-869\\_2022-01-18.pdf](https://entscheid-suche.ch/docs/BE_Verwaltungsgericht/BE_VG_001_200-2020-869_2022-01-18.pdf)

## **2. Matériel de comparaison**

"La condition préalable à l'applicabilité de la méthode statistique est que le matériel de comparaison soit composé de manière suffisamment similaire".

**Commentaire** : l'examen judiciaire de la similitude est la condition essentielle pour que la preuve soit admise. Le juge a omis de procéder à cet examen.

## **2. divulgation des données individuelles (anonymes)**

"Il existe un droit de regard sur les données utilisées pour la comparaison de l'économicité. Lors de l'application de la méthode statistique du contrôle de l'économicité, l'association des assureurs-maladie doit donc rendre publics les noms des médecins qui constituent le groupe de comparaison ainsi que - sous forme anonymisée - leurs données individuelles issues du "pool de données de santé-suisse" (SVR 2011 KV n° 15 p. 59 consid. 4.4)".

**Commentaire** : Dans les procédures, santé-suisse affirme toujours que la valeur moyenne du groupe de comparaison est suffisante et qu'aucune divulgation détaillée n'est nécessaire. Ce refus de fournir des preuves sert à dissimuler la dissemblance parfois massive des membres du groupe de comparaison derrière leur valeur moyenne et à tromper ainsi également le juge sur l'inexistence de la condition d'applicabilité de la méthode statistique, à savoir un "matériel de comparaison" suffisamment similaire dans le cas présent.

## **3. le juge ne respecte pas son devoir d'enquête**

"... car le fait que ses patients présentent une morbidité différente de celle d'un médecin sans formation post graduée ou avec d'autres formations complémentaires est désormais suffisamment pris en compte dans le cadre de la nouvelle méthode de dépistage au moyen du jeu de variables élargi".

**Commentaire** : il s'agit d'une affirmation non vérifiée, que le juge n'a pas examinée. Il doit prouver cette affirmation, sinon il y a un soupçon de partialité. La phrase pourrait provenir de santé-suisse elle-même, donc de la partie plaignante, par laquelle le juge se laisse instrumentaliser avec son affirmation.

## **4. le juge ne respecte pas son devoir d'enquête**

Toutefois, en l'absence d'éléments étayés dans le dossier, il n'est pas possible de vérifier si et, le cas échéant, dans quelle mesure des médicaments ne figurant pas sur la liste PCG ont effectivement



été administrés au cours des années 2017 et 2018 concernées par le litige. En outre, il a déjà été démontré au considérant 4.3 ci-dessus que la FMH atteste que l'analyse de régression est conforme à ce qui est "faisable aujourd'hui" en ce qui concerne les variables de morbidité sous-jacentes.

**Commentaire** : le juge manque ici clairement à son devoir d'investigation. En se référant à ce qui est "faisable aujourd'hui", le juge se révèle incapable d'examiner les allégations de fait du défendeur. En conséquence, il ne peut pas procéder à une évaluation judiciaire indépendante de la situation, il se cache derrière la FMH et ses déclarations. Il va de soi qu'avec peu de compétences, il aurait été possible de vérifier si la liste PCG contenait des médicaments figurant ou non sur la liste.

#### **5. le juge méconnaît le contenu explicatif de la méthode de l'indice de régression**

"La reconnaissance de la PCG comme (un) facteur fiable pour la détection d'un patient coûteux dans le cadre de la compensation des risques, qui a eu lieu avec la mise en œuvre, doit en principe être transposée aux intérêts de l'audit d'économicité".

**Commentaire** : le juge affirme ici, sans autre examen, que le facteur "reconnaissance de la PCG comme un facteur de détection d'un ensemble de patients coûteux" est fiable, sans examiner dans quelle mesure. Ce facteur a en effet une faible pertinence pour la détection des coûts associés à la morbidité, d'environ 5% au maximum. Dans le groupe de spécialistes de la médecine interne générale, les PCG n'expliquent que quelques pour cent des coûts. Le juge n'en est manifestement pas conscient. Il surestime de manière flagrante la pertinence des PCG comme variable explicative de la nécessité des coûts et révèle ainsi une grande ignorance du modèle explicatif de santé suisse.

#### **6. le juge méconnaît à nouveau le contenu explicatif de la méthode de l'indice de régression**

"En effet, selon l'exposé des requérantes, qui n'a pas été contesté, ce n'est pas l'effet d'un seul critère qui est déterminant pour l'évaluation des frais de traitement du médecin, mais la somme de leurs influences agit indépendamment (cf. p. 7, ch. 10). Par rapport à la compensation des risques, le modèle de régression tient compte (au premier niveau) d'un indicateur de morbidité supplémentaire et d'un facteur d'incertitude ainsi que (au deuxième niveau) d'autres indicateurs permettant de prendre en compte des facteurs spécifiques aux cantons et aux groupes de spécialistes (documentation santé suisse, p. 5-8). La partie défenderesse ne démontre pas de manière fondée que cela est insuffisant. En outre, la prise en compte consensuelle des PCG par les parties contractantes implique sans autre que la base de données nécessaire à cet effet a également été considérée comme suffisante. Ainsi, l'effet selon lequel le niveau de l'indice de régression dépend (également) du type et du nombre de médicaments dans les PCG pertinents pour le groupe de spécialistes (cf. la prise de position de la FMH du 10 février 2021, rédigée à l'attention du représentant juridique du défendeur [act. IIB 12]), a été sciemment pris en compte. Cela ressort également du fait que les assureurs se sont certes engagés contractuellement à améliorer régulièrement la méthode de régression en accord avec la FMH sur la base des nouvelles données et/ou connaissances disponibles (act. I 9 ch. 7), mais que les parties

contractantes n'ont pas limité contractuellement la pertinence des variables de morbidité - dont celle de la PCG - ou ne les ont pas fait dépendre de données et de connaissances supplémentaires. Par conséquent, l'objection d'un manque d'identification en raison de médicaments non mentionnés dans les listes du PCG ne s'avère pas pertinente".

**Commentaire** : Ici aussi, le juge révèle sa large ignorance de la force probante de l'indice de régression. Comme le modèle n'explique pas plus de 70% des coûts en médecine interne générale, la plus grande prudence est nécessaire dans l'évaluation des résultats statistiques. Le juge viole ici de manière flagrante son devoir d'investigation vis-à-vis des moyens de preuve de santéuisse, en surestimant manifestement massivement les données de santéuisse ou en n'étant pas en mesure de classer correctement les statistiques et leur fonction explicative des coûts dans leur importance et leur pertinence pour la détection du caractère non économique. En effet, un indicateur de morbidité supplémentaire ne signifie pas que les morbidités présentes dans les cabinets médicaux sont ainsi toujours mieux représentées. Manifestement, le juge n'est pas conscient de ces restrictions et fait aveuglément confiance, bon gré mal gré, aux directives de santéuisse. Apparemment, le juge n'a pas non plus compris que santéuisse ne tient justement pas compte du facteur d'incertitude en n'indiquant qu'un indice de régression, sans le facteur d'incertitude correspondant. Là encore, le juge se fie aveuglément aux affirmations des parties de santéuisse. Le fait que les associations privées FMH et santéuisse n'aient pas limité la pertinence des variables de morbidité est une fausse affirmation, car le juge occulte ici complètement la limitation de l'examen au cas par cas et l'homogénéité du groupe de comparaison. Sa conclusion selon laquelle l'identification de médicaments ne figurant pas dans les listes PCG n'est pas pertinente est un non-sens.

### **7. le juge commet éventuellement des erreurs de logique en raison de préjugés**

"En ce qui concerne les patients souffrant de douleurs, la liste 34 mentionne une position PCG spécifique "douleurs chroniques sans opioïdes" (position 28 [act. IE 7]), dont la valeur pour le groupe de comparaison est inférieure à celle de l'intimé, de sorte que, en l'espèce, concernant l'année statistique 2018, l'hypothèse d'une particularité du cabinet en raison de patients souffrant de douleurs ou de patients présentant des tableaux psychosomatiques est d'emblée exclue".

**Commentaire** : le juge commet ici une erreur de logique impardonnable. Si les PCG dans le groupe de comparaison sont plus faibles chez les patients douloureux que dans le cabinet médical, le cabinet médical a justement une charge de patients douloureux plus élevée que le groupe de comparaison, ce qui explique la particularité du cabinet, et non l'inverse, comme le juge le suppose à tort. Cette erreur de raisonnement est un indice supplémentaire du soupçon croissant de partialité grossière du juge qui, de par sa profession, doit penser, argumenter et juger de manière neutre.

## Doutes juridiques permanents sur la procédure de dépistage

Depuis des années, des juristes renommés ont attiré l'attention sur la problématique de la procédure de dépistage de santé suisse :

1. Dr. iur. Gebhart Eugster<sup>42</sup> : "Les chances des médecins contrôlés d'obtenir une expertise

---

<sup>42</sup> <https://docfind.ch/PhyWZWEugster2009.pdf>

analytique ou d'autres aides à la preuve concernant les particularités du cabinet médical qu'ils font valoir sont quasiment nulles auprès de la plupart des tribunaux arbitraux". Et : "Le médecin contrôlé n'a donc - en tout cas sans expertise analytique - pratiquement aucune chance de pouvoir prouver à suffisance de droit que dans son cabinet, il y a par exemple 20% de cas coûteux de plus que la moyenne des cabinets de référence. Le problème de pouvoir documenter une morbidité plus élevée de son collectif de patients par rapport au groupe de comparaison peut également être partiellement résolu par un seuil de preuve suffisamment élevé. Ce sont justement les difficultés décrites qui interdisent de considérer que la preuve de non-économicité est apportée d s 120/130 points d'indice sur la base de chiffres comparatifs exclusivement statistiques".

2. Prof. Ueli Kieser<sup>43</sup> : "Les groupes de comparaison doivent être constitués de manière à ce qu'ils soient valables pour le fournisseur de prestations à examiner. Cette comparaison doit se fonder sur des circonstances suffisamment semblables (patientèle avec un 'dossier médical' à peu près identique, domaine d'activité médicale similaire, éventuellement zone d'intervention géographique correspondant, etc.) et s'étendre sur une période suffisamment longue (pour un nombre important de factures), afin que les différences survenant par hasard soient plus ou moins compensées (ATF 119 V 448 consid. 4b ; 103 V 145 consid. 5 chacun avec d'autres références)".

3. Aucun autre moyen de preuve statistique n'a jamais été admis dans une autre jurisprudence. L'examen de l'économicité en droit de l'assurance-maladie au moyen d'une méthode statistique est donc le seul moyen de preuve jamais admis en Suisse<sup>44</sup> et n'est même pas contrôlé et validé par les autorités<sup>45</sup>.

## Stratégie de défense centrée sur le cabinet médical

Les cabinets médicaux ne sont pas économiques lorsque l'indice de régression est supérieur à 130% (ou, selon une pratique judiciaire également rencontrée, à 120%). Les cabinets médicaux peuvent faire valoir des particularités de leur pratique (p. ex. salle d'opération propre, certificats de capacité, auto-dispensation, etc.). santésuisse n'admet généralement pas les particularités de la pratique. Si les cabinets médicaux ne parviennent pas à s'entendre avec santésuisse sur une solution transactionnelle,

---

<sup>43</sup> <https://docfind.ch/KieserGutachtenPCG25012023.pdf>

<sup>44</sup> Altwicker T, Biaggini G, Marti A, Widmer L, Karlen P, Auer C. Argumentation basée sur les statistiques en droit administratif. Revue centrale suisse de droit public et administratif 2018;1-17.

<sup>45</sup> <https://docfind.ch/BAGStrupler052016.pdf>

la plainte est déposée auprès du tribunal arbitral. Lors de la procédure judiciaire, les particularités du cabinet du groupe de comparaison ne sont généralement pas non plus prises en compte ou le sont insuffisamment, mais le montant du remboursement est alors fixé par le tribunal et ne peut être contesté que par la voie du Tribunal fédéral.

## Stratégie de défense centrée sur le groupe de comparaison

L'homogénéité du groupe de comparaison doit être vérifiée à l'aide de méthodes statistiques. Les groupes de comparaison que nous avons examinés présentaient des inhomogénéités statistiques significatives et comportaient à plusieurs reprises certains cabinets de comparaison qui n'exerçaient manifestement aucune activité correspondant au groupe de spécialistes<sup>46</sup>, notamment avec plus de 37 000 malades par cabinet et par an. Des particularités de cabinet doivent donc exister pour chaque cabinet médical du groupe de comparaison. Pour pouvoir comparer les particularités de son propre cabinet avec celles des cabinets de référence, il faut connaître les particularités des cabinets de référence. Or, ce n'est pas le cas.

Les procédures de comparaison des coûts de santé suisse ne sont pas en mesure de détecter le manque d'économicité : les variables utilisées d'une part (M1, M2) et les inhomogénéités des cabinets du groupe de comparaison ainsi que le faible taux de couverture des médicaments PCG génèrent plus de 10'000 erreurs d'évaluation et de jugement concernant l'économicité des cabinets médicaux en Suisse depuis 2008 : seuls des coûts excessifs ont été constatés à chaque fois (procédure de comparaison des coûts), sans déterminer si l'application des moyens financiers était économique, une violation flagrante des droits des fournisseurs de prestations.

Les demandes de remboursement d'amendes payées à tort sont problématiques. Il existe un délai de prescription de 5 ans ; si la problématique des groupes de comparaison ou d'autres problèmes ont été discutés et que l'on a malgré tout consenti à une transaction, une action en restitution n'a aucune chance d'aboutir.

La seule chance de se défendre, en tant que cabinet médical, contre les attaques injustifiées de santé suisse est de révéler en détail le manque d'homogénéité des maladies traitées dans le groupe de comparaison (voir partie statistique). L'utilisation de moyens de recours efficaces par la représentation par avocat est ici complexe et touche à de nombreux aspects juridiques issus de textes de loi, de jugements de tribunaux et de la littérature scientifique juridique. On peut notamment citer les références suivantes :

**Tableau 7 : Paragraphes et décisions de justice en rapport avec les procédures EAE**

Droit d'être entendu	Art. 29 al. 2 Cst.		9C_968/2009
Droit d'être entendu	Art. 6 CEDH		
Obligation de fournir des données	§ 12 al. 2 de la loi sur la procédure constitutionnelle et administrative du canton de Bâle-Campagne		
Obligation de fournir des données	Arrêt du TF 9C_968/2009		
Exécution de tâches publiques	Art. 1a LAMal		
Lien avec les droits fondamentaux (de	Art. 35 al. 2 Cst.		1C_372/2014

<sup>46</sup> <https://wzw-betrug.ch/fag53/>

santésuisse)			
Droit d'être entendu	Art. 29 al. 2 Cst.		
Principe de légalité	Art. 5 al. 1 Cst.		
Principe de l'intérêt public	Art. 5 al. 2 Cst.		
Principe de proportionnalité	Art. 5 al. 2 Cst.		
Principe de bonne foi	Art. 5 al. 3 Cst.		
Liberté économique Garantie	Art. 27 Cst.		
Interdiction de l'arbitraire	Art. 9 Cst.		
Transparence Création de la méthode			ATF 144 V 79 ss, 82 consid. 5.3
Contrôle de l'économicité	Art. 56 al. 6 LAMal		
Clarification d'office Nécessité	Art. 12 de la loi sur la procédure administrative		
Clarification d'office Nécessité			
Principe de l'enquête	Art. 29 al. 1 Cst.		
Principe de l'enquête	Art. 6 ch. 1 CEDH		
Groupe de comparaison comparable			Arrêt du TF 9C_28/2017 du 15.05.2017
Groupe de comparaison comparable			9C_260/2010
Groupe de comparaison comparable			9C_285/2010
Les particularités du cabinet doivent impérativement être prises en compte			ATF 137 V 43 ss, 45, consid. 2.2
Pharmacie			9C_67/2018 du 20.12.2018
Psyché, dépendance			Arrêts du TFA K 107/01, 116/01 du 13 mai 2003 consid. 7.2.1 ; K50/00 du 30.07.2001, consid. 6a
Polymorbidité			Arrêts du TFA K 107/01, 116/01 du 13.05.2003, consid. 7.2.1 ; K50/00 du 30.07.2001, consid. 6a ; K 93/2 du 26.06.2003, consid. 8.1 f
Patients étrangers			Arrêt du TF 9C_558/2018
Patients âgés			Arrêt du TF 9C_773/2008 du 12.12.2008
Visites à domicile			9C_558/2018
Économies compensatoires			ATF 137 V 43 ss, 49, consid. 2.5.6
Économies compensatoires			Arrêt du TF 9C_513/2015 du 09.12.2015 consid. 5.3
Économies compensatoires			Arrêt du TF 9C_732/2010 du 07.04.2011, consid. 3.4
Économies compensatoires			ATF 144 V 79 ss, 83, consid. 6
Service d'urgence			Tribunal fédéral des assurances K 83/05 du 04.12.2006 consid. 4.3
Service d'urgence			9C_558/2018
Service d'urgence			9C_559/2018
Supplément points d'indice particularités du cabinet			Picocchi, op. cit., ch. 545 et ch. 543 ; ATF 137 V 43 ss, 45 consid. 2.2 ; arrêts du TF 9C_558/2018 et 9C_559/2018 du 12.04.2019, consid. 8.1 ; arrêt du TF 9C_67/2018 du 20.12.2018, consid. 7 ; arrêt du TF 9C_110/2012 du 05.07.2012, consid. 4.1
Supplément points d'indice particularités du cabinet			BGer K 108/2001 du 15.07.2003, le Tribunal fédéral a confirmé un supplément de 20 points d'indice par particularité de cabinet.

Supplément points d'indice particularités du cabinet			9C_558/2018, et 9C_559/2018 du 12.04.2019, consid. 8.1
Obligation de contrôle de l'économicité			ATF 133 V 359 consid. 6.1 ; 127 V 43 consid. 2b, 2e et 3 ; SBVR Soziale Sicherheit-Eugster, Rz 872 ; le même, art. 56 N 4.
Les assureurs ont la charge de la preuve	Art. 8 du Code civil		TF, 25. 9. 2008, 9C_567/2007, consid. 1.3 avec d'autres références ; Eugster, art. 56 N 5
Collecte des preuves par le tribunal			TF, 25. 9. 2008, 9C_567/2007. E. 1.3
Différentes méthodes possibles			ATF 135 V 237 consid. 4.6 ; 133 V 37 consid. 5.3.2 ss ; 130 V 377 consid. 7.2 ; TFA, 1. 3. 2006, K 142/05, consid. 7.1 ; Gächter/Rütsche, no 1104
Différentes méthodes possibles			pour plus de détails sur les différentes méthodes d'examen, voir SBVR Soziale Sicherheit-Eugster, Rz 875 et 876 ss ; le même, art. 56 N 6 et 7 ss, avec d'autres références.
Différentes méthodes possibles			BGE 119 V 448 E. 4d ; TFA, 1. 3. 2006, K 142/05, consid. 7.1 ; 27. 11. 2001, K 90/01, consid. 3b ; Schürer, 78 ss ; voir à ce sujet N 135 ss et 139 ss).
Méthode d'extrapolation			SBVR Soziale Sicherheit-Eugster, Rz 875 ; le même, art. 56 N 23 avec d'autres références.
Liberté de la méthode de vote			TFA, 1. 3. 2006, K 142/05, consid. 7.1 ; 27. 11. 2001, K 90/01, consid. 3b ; Poledna, Arzt, 414
Vérification du décompte pour déterminer si le montant est inhabituel			BGE 119 V 448 E. 4b ; Gächter/Rütsche, no 1104 ; voir à propos du surtraitement ou de la surmédicalisation n. 20 s., 24)
Cependant, sans contrôle de qualité du travail des juges			TFA, 1. 3. 2006, K 142/05, consid. 8.1.1 ; Poledna, Arzt, 414)
Liberté de traitement dans le cadre de l'économicité			ATF 110 V 187 consid. 5a et 6 ; SBVR Soziale Sicherheit-Eugster, Rz 870 ; le même, Art. 56 N 2
En règle générale, les fournisseurs de prestations travaillent de manière économique			ATF 129 V 167 consid. 3.2 ; 125 V 21 consid. 5b ; TF, 11. 9. 2009, 9C_224/2009, consid. 1.1 ; Eugster, Jusletter 16. 5. 2005, Rz 8)
En règle générale, les fournisseurs de prestations travaillent de manière économique			Conclusion inverse de l'art. 33, al. 1 LAMal en relation avec l'art. 33, al. 2 LAMal. Art. 33 let. a OAMal)
Similitude du groupe de comparaison			BGE 119 V 448 E. 4b ; Gächter/Rütsche, no 1104 ...)
Système de centiles			SBVR Soziale Sicherheit-Eugster, Rz 875 ; le même, art. 56 N 23 avec d'autres références).
Particularités de la pratique			BGE 119 V 448 E. 4b ; Gächter/Rütsche, no 1104
Pas de contrôle judiciaire des données			TFA, 1. 3. 2006, K 142/05, consid. 8.1.1 ; Poledna, Arzt, 414
Preuves utilisables pour le contrôle EAE			formulaire (art. 29 al. 2 LPGa), - rapports médicaux (cf. art. 29 al. 2 LPGa), - rapports de l'employeur (art. 29 al. 2 LPGa), - données dans le cadre de l'entraide administrative (art. 32 al. 1 LPGa), - données dans le cadre de l'entraide administrative (art. 32 al. 2 LPGa). 32 al. 2 LPGa), - les renseignements oraux (cf. art. 43 al. 1 phrase 2 LPGa), - les renseignements écrits (cf. art. 28



			al. 2 et al. 3 LPGA), - les observations (art. 43a et art. 43b LPGA) ainsi que - les expertises (cf. art. 44 LPGA)
Groupe de comparaison avec à peu près les mêmes malades			BGE 119 V 448 E. 4b ; 103 V 145 consid. 5 avec m. w. H.

Dans les procédures en cours, une approche systématique permet d'obtenir bien plus que ce qui a été réalisé par le passé. Le compendium des connaissances d'igprof pour les cabinets d'avocats et les cabinets médicaux crée ici une bonne base<sup>47</sup>. Nous et nos experts le développons et l'actualisons en permanence - en ce qui concerne les aspects mathématiques et statistiques et les aspects juridiques. Un récent arrêt du Tribunal fédéral du 22 novembre 2023 donne également des raisons d'espérer à cet égard : il concerne la procédure 9C\_236/2022 ainsi que 9C\_237/2022. En ce qui concerne les questions de preuve, il a été décidé, en référence à l'art. 56 LAMal, qu'"une majoration forfaitaire de la marge de tolérance de 130%, non déduite des circonstances concrètes, ne suffit pas, ne serait-ce que pour des raisons d'égalité de traitement, à tenir compte de manière appropriée d'une structure d'âge extraordinaire (consid. 3.3). Les particularités de la pratique, notamment une structure de morbidité inhabituelle, n'entrent pas dans la marge de tolérance (consid. 3.3). Dans le cas concret, il n'y a pas de preuve en ce qui concerne le caractère non économique invoqué (consid. 3.4)". Le Tribunal fédéral a donc fondamentalement compris que les moyens de preuve des assureurs sont déficients. C'est un pas dans la bonne direction.

**Conclusion 5 : La stratégie de défense des cabinets médicaux doit se baser sur la déconstruction systématique du groupe de comparaison comme moyen de preuve. De nombreux moyens juridiques, jugements de tribunaux et lois favorisent les cabinets médicaux mis en cause, leur application et leurs connaissances à ce sujet étaient sans doute insuffisantes jusqu'à présent, de sorte que des aveux de culpabilité injustifiés ont pu être "extorqués" avec une belle régularité, accompagnés de l'aide de la FMH, des commissions paritaires et des juges qui, en règle générale, n'ont pas examiné le moyen de preuve de santé suisse au niveau du screening et ne l'ont pas compris dans son caractère extrêmement limité.**

<sup>47</sup> <https://docfind.ch/VEMSKompendiumWZW2024.pdf>

## Contre-attaques

En raison de l'absence d'informations sur les particularités des cabinets médicaux dans le groupe de comparaison, le contrat relatif aux contrôles d'économicité entre la FMH, santésuisse et curafutura est manifestement mal construit et donc sans valeur. Il conduit régulièrement à des erreurs de procédure et devrait donc être résilié par tous les membres de la FMH.

"Dans le domaine de l'AOS, la relation juridique entre l'assuré et l'assureur relève du droit public et non du droit privé. Dans l'exercice de leur activité administrative publique, les assurances-maladies sont, en vertu de l'art. 35, al. 2 Cst.

Les actions de l'assureur-maladie vis-à-vis du fournisseur de prestations doivent respecter la Constitution et la loi. Dans le domaine de la LAMal, les assureurs-maladie agissent en tant qu'organes de l'assurance sociale fédérale vis-à-vis des fournisseurs de prestations. Ils doivent donc appliquer l'AOS selon les principes et les règles de l'Etat de droit également dans leurs relations avec les fournisseurs de prestations. Leur action vis-à-vis des fournisseurs de prestations est une activité administrative soumise à la Constitution et à la loi, dans le respect du principe constitutionnel de légalité, conformément à l'art. 5 al. 1 Cst. Leurs exigences et leurs décisions doivent là aussi être conformes à la Constitution".<sup>48</sup>

Les erreurs de procédure mentionnées doivent être corrigées par les tribunaux. Il s'agit de principes constitutionnels fondamentaux, notamment les principes de la bonne foi (art. 5, al. 3 et art. 9 Cst.), du principe de proportionnalité, du principe de l'égalité de traitement et de l'interdiction de l'arbitraire (art. 35, al. 2 Cst.).

---

<sup>48</sup> Indication de la source sur demande

## Conclusions et conséquences

Les procédures d'économicité de santésuisse, légitimées contractuellement par la FMH<sup>49</sup>, ne sont pas des procédures d'économicité au sens d'un contrôle du rapport coût-efficacité et impliquent donc une violation du mandat légal de contrôle de l'économicité au sens du rapport coût-efficacité. Il s'agit en effet de procédures de comparaison des coûts.

Sur la base de l'analyse du groupe de comparaison FAG53 de l'année 2019, nous mettons en évidence toutes les lacunes de la statistique des groupes de comparaison de santésuisse :

1. Toutes les variables étudiées (démographiques, DDD, PCG) présentent une inhomogénéité statistiquement significative et, en règle générale, une distribution non normale, ce qui, d'un point de vue statistique, rend les comparaisons de moyennes impossibles. Toute la jurisprudence relative aux contrôles d'économicité des cabinets médicaux en Suisse est donc obsolète.
2. L'utilisation supplémentaire d'informations sur les médicaments avec DDD/PCG aggrave drastiquement la situation : le taux de couverture de la morbidité représentée par PCG est de 33%.
3. Le benchmark de tolérance de 130% n'a pas de justification statistique et est arbitraire.

Si, par hasard, des cabinets médicaux ne traitent pas les morbidités représentées dans les modèles de santésuisse - non pas parce qu'ils sont surmédicalisés, mais tout simplement parce qu'ils traitent d'autres morbidités -, l'indice ANOVA (100%), qui était auparavant normal, atteint des sommets (200%) avec l'indice de régression. Ainsi, santésuisse pense pouvoir justifier des demandes de remboursement d'un million de francs par an et par cabinet médical. Dans ce domaine, santésuisse a pu mettre en place une machine inquisitrice sans que la FMH, les juges, les politiques et la presse ne s'y opposent, au détriment des malades mal soignés ou des payeurs de primes qui doivent payer les coûts supplémentaires des traitements des malades en dehors des cabinets médicaux (ambulatoires hospitaliers, hospitalisations), souvent avec des conséquences mortelles pour le cabinet médical lui-même<sup>50</sup>. Nous travaillons à l'analyse des statistiques dans d'autres groupes de spécialistes, santésuisse refusant ces derniers temps de fournir les données individuelles des cabinets médicaux. Nous nous attendons en tout cas à retrouver les mêmes conditions catastrophiques de la statistique des groupes de comparaison pour d'autres groupes de spécialistes.

Les réflexions présentées ici constituent un pas vers la clarification, notamment pour les juristes

---

<sup>49</sup> [https://www.fmh.ch/files/pdf29/saez\\_2023\\_21603.pdf](https://www.fmh.ch/files/pdf29/saez_2023_21603.pdf)

<sup>50</sup> L'inquisition ne se limite toutefois pas aux mécanismes de contrôle convenus avec la FMH. 1) Les minutages normatifs sont de plus en plus souvent additionnés afin d'identifier les cabinets médicaux qui travaillent prétendument plus de 24 heures par jour. Nous avons fait clarifier les faits à ce sujet par des juristes : les minutages normatifs ne sont pas un indice de non-rentabilité, avis de droit du professeur Ueli Kieser, <https://docfind.ch/GutachtenKieserMinutage012023.pdf>. 2) Les cabinets qui se font remarquer reçoivent de la part des différentes caisses d'assurance maladie des informations erronées auprès des patients, par exemple que le cabinet fermerait et qu'il faudrait chercher un autre médecin de famille.

et les juges. Dans tous les cas, lorsque des preuves statistiques sont prises en compte dans les procédures d'économicité, les preuves correspondantes doivent être examinées et comprises par les juges ou par des experts statistiques indépendants. Un processus d'apprentissage correspondant lors de la formation du jugement est inévitable.

Les procédures de comparaison des coûts menées jusqu'à présent, déguisées en examens d'économicité, ont conduit à de nombreuses violations des droits fondamentaux des médecins poursuivis en justice. Le refus des tribunaux d'étendre leur obligation d'enquête aux moyens de preuve de santé-suisse a entraîné une erreur judiciaire d'une ampleur historique, cimentée par de nombreux jugements. Cela n'a rien d'étonnant, car santé-suisse établit et gère des moyens de preuve sans contrôle public, une carte blanche dans les procédures de droit public.

Actions collectives et actions en recouvrement : quelles sont les possibilités juridiques ? Les jugements erronés dans les procédures en matière d'économicité sont dus à une mauvaise appréciation systématique des moyens de preuve par les tribunaux des assurances. On peut aujourd'hui le supposer dans une large mesure. Quoi de plus naturel donc que de réagir à cette véritable "action collective" des assureurs contre toute une profession par ce même moyen juridique - une action collective ? L'igprof a envisagé cette démarche et s'est fait conseiller juridiquement à ce sujet. En droit suisse, les actions collectives ne sont pas possibles. Mais comme les procédures de l'économicité sont des procédures de droit public, nous avons l'avantage que les droits fondamentaux s'appliquent : Droits fondamentaux de la liberté, de l'égalité et de la justice. En ce qui concerne les procédures de l'économicité, ce sont surtout des questions de droits fondamentaux de la justice qui se posent. Il faudrait évaluer dans quelle mesure ceux-ci ont éventuellement été violés par la pratique juridique courante des procédures, afin d'obtenir des dommages et intérêts. Mais ces violations devraient alors être relevées au cas par cas et les actions correspondantes devraient être menées en tant qu'actions individuelles. Si l'on parvenait à gagner un tel cas, d'autres plaignants pourraient s'y référer comme précédent. Si de nombreux cabinets le faisaient, cela pourrait inciter les assureurs à reconsidérer leur action et, espérons-le, les tribunaux des assurances à revalider leur pratique juridique.

Les comparaisons : A quoi faut-il faire attention en cas de transaction ? En principe, les amendes infligées par des décisions de justice ne peuvent pas être récupérées. En revanche, les paiements transactionnels négociés par les commissions paritaires pourraient en principe être récupérés, mais pas sans réserve. D'une part, il faut prouver qu'il existe un nouvel état de fait, de nouvelles connaissances, qui exigent une revalidation du cas. C'est le cas avec les nouvelles connaissances de l'igprof concernant les lacunes statistiques, notamment les lacunes des listes PCG qui n'ont été utilisées dans les procédures des assureurs qu'à partir de 2017 et qui ne sont reconnues par l'igprof qu'aujourd'hui dans toute leur étendue comme mathématiquement et statistiquement inadaptées à l'évaluation de l'économicité. Le problème est que les points qui ont été discutés dans la procédure en question ne peuvent plus

être reconsidérés, car la comparaison a créé une convention. Il faudrait donc contester des aspects de l'administration des preuves qui sont nouveaux, qui n'ont pas été discutés à l'époque et qui, par conséquent, n'ont pas fait l'objet de l'accord. Dans ces cas, l'igprof pourrait quasiment faire office de bureau central et, muni d'une procuration, mener ces procédures au nom du cabinet.

Un récent arrêt du Tribunal fédéral donne de l'espoir ! En résumé, nous pouvons retenir ceci : Il n'est guère prometteur de vouloir obtenir justice (ou du moins une jurisprudence plus équitable) après coup dans des procédures antérieures. Il ne faut pas non plus oublier le délai de prescription de cinq ans. Dans les procédures en cours, une approche systématique permet en revanche d'obtenir bien plus que ce qui a été fait par le passé. Le compendium des connaissances d'igprof pour les cabinets d'avocats et les cabinets médicaux, disponible ici en allemand et en français, constitue une bonne base. Nos experts et nous-mêmes le développons et l'actualisons en permanence, tant en ce qui concerne les aspects mathématiques et statistiques que les aspects juridiques. Un récent arrêt du Tribunal fédéral du 22 novembre 2023 donne également des raisons d'espérer à cet égard : il concerne la procédure 9C\_236/2022 ainsi que 9C\_237/2022. En ce qui concerne les questions de preuve, il a été décidé, en référence à l'art. 56 LAMal, qu'"une majoration forfaitaire de la marge de tolérance de 130%, non déduite des circonstances concrètes, ne suffit pas, ne serait-ce que pour des raisons d'égalité de traitement, à tenir compte de manière appropriée d'une structure d'âge extraordinaire (consid. 3.3). Les particularités de la pratique, notamment une structure de morbidité inhabituelle, n'entrent pas dans la marge de tolérance (consid. 3.3). Dans le cas concret, il n'y a pas de preuve en ce qui concerne le caractère non économique invoqué (consid. 3.4)". Le Tribunal fédéral a donc fondamentalement compris que les moyens de preuve des assureurs sont déficients. C'est un pas dans la bonne direction. Actuellement, de nombreuses plaintes sont en cours d'évaluation. Les juristes que nous conseillons appliqueront dans les prochains mois la stratégie de défense centrée sur les groupes de comparaison. A partir du 3e trimestre 2024, les conséquences sur la jurisprudence seront visibles, à la suite de quoi d'autres stratégies pourront être développées pour mettre un terme à ce scandale judiciaire.

## Des demandes concrètes

Nous constatons que les procédures de l'économicité (en fait, les procédures de comparaison des coûts), dans leur application concrète par les tribunaux, ont conduit à une erreur judiciaire unique en son genre. Il est indispensable de procéder à une analyse scientifique de cette erreur judiciaire et de procéder aux réparations qui en découlent.

1. Vérification statistique et scientifique indépendante de toutes les opérations effectuées lors de l'établissement des données des groupes de comparaison par groupe de spécialistes (tous les groupes de spécialistes)
2. Vérification de l'existence de faits pénaux lors de la création des données du groupe de comparaison
3. Examen des réparations
4. Suspension de toutes les procédures de l'économicité (moratoire)

## Annexe :

### Tableau 1 : Médicaments qui ne figurent pas sur la liste PCG de la Confédération, mais qui sont listés dans la liste des spécialités : 3'267 marques uniques

Acarizax lyophilisat  
 Accofil  
 Accupaque  
 Acétalgine  
 Acétylcystéine Zentiva  
 Acidum folicum Streuli  
 Aclasta  
 Acnatac  
 Acné Crème plus  
 Actikerall  
 Actiq  
 Activeille  
 Actonel comprimé hebdomadaire  
 Acular  
 Acyclovir Zentiva  
 Acyclovir-Mepha  
 Adartrel  
 Adenuric  
 AdreView lobenguane (1-123)  
 Adtralza  
 Advantan  
 Advate  
 Adynovi  
 Aeries  
 Aesculamed Forte Venentabl  
 Afstyla  
 Agiolax  
 Agopton 15  
 Agopton 30  
 Aimovig  
 Ajovy  
 Akineton  
 Akinéton Retard  
 Aklied  
 Acné-mycine  
 Acné-mycine 2000  
 Akynzeo  
 Alacare  
 Albumine Biotest  
 Albumine CSL 20  
 Albumine CSL 5  
 Norme d'album 20  
 Alburnorm 5 % (norme d'albumine)  
 Aldactone  
 Aldara  
 Alendronate Sandoz  
 Alendronate Spirig HC comprimés hebdomadaires  
 Alendronate Zentiva comprimés hebdomadaires  
 Alendron-Mepha 70  
 Alfamino  
 Alfamino HMO  
 Alfaré  
 Alfaré HMO  
 Alfuzosine Axapharm  
 Alfuzosine Sandoz  
 Alfuzosine Uno Zentiva  
 Alfuzosin-Mepha retard  
 Alkindi  
 Allergo Comod  
 Allergodil  
 Allergovit Alnus  
 Allergovit Alnus/Corylus  
 Allergovit Artemisia

Allergovit Betula  
 Allergovit Betula/Alnus/Corylus  
 Allergovit Corylus  
 Allergovit Mix Gram/Arte/Sec/Plant  
 Allergovit Mix Gramin 60/Secale 40  
 Allergovit Mix Gramin 80/Secale 20  
 Allergovit Mix Gramin Cerea/Artemi  
 Allergovit Mix Gramin Cerea/Betula  
 Allergovit Mix Gramin Cerea/Plantag  
 Allergovit Mix Gramin/Artemi/Secale  
 Allergovit Mix Gramin/Bet/Sec/Plant  
 Allergovit Mix Gramin/Betula/Secale  
 Allergovit Mix Gramin/Seca/Plantag  
 Allergovit Mix Graminea  
 Allergovit Mix Graminea Cerealis  
 Allergovit Parietaria  
 Allergovit Plantago  
 Allergovit Secale  
 Allopur  
 Allopurinol Zentiva  
 Allopurinol-Mepha  
 Almogran  
 Aloxi  
 Alprolix  
 Althéra  
 Althéra HMO  
 Gel Alucol  
 Alutard SQ Apis mellifera  
 Alutard SQ Betula verrucosa  
 Alutard SQ Canis familiaris  
 Alutard SQ Dermatophago pterony  
 Alutard SQ Felis domesticus  
 Alutard SQ Mélange de fleurs précoces  
 Alutard SQ Mélange pour acariens  
 Alutard SQ Phleum pratense  
 Alutard SQ Vespula spp  
 Alutard SQ-U mélange 6 graminées+seigle  
 Alutard SQ-U Apis mellifera  
 Alutard SQ-U Betula verrucosa  
 Ambisome  
 Ameluz  
 Amikin  
 Vernis à ongles Amorolfine Leman  
 Amorolfine-Mepha vernis à ongles  
 Amoxicilline Axapharm  
 Amoxicilline Sandoz  
 Amoxicilline Spirig HC  
 Amoxi-Mepha  
 Amoxi-Mepha 1000  
 Amoxi-Mepha 500  
 Amoxi-Mepha 750  
 Ampho-Moronol  
 Amukina MED  
 Anastrozole Zentiva  
 Ancopir  
 Andreafol  
 Andreamag  
 Androcur  
 Androcur 10  
 Dépôt d'Androcur  
 Andursil  
 Anesderm  
 Angeliq  
 Angine MCC Streuli  
 Anidulafungin Accord  
 Anidulafungine Labatec  
 Anidulafungine Pfizer  
 Antidry bath solution huileuse  
 Antidry calm  
 Antidry calm sensitive  
 Soins antiseptiques  
 Lotion Antidry



Lotion Antidry sensitive  
 Antidry wash solution huileuse  
 Antramups  
 Anxiolit  
 Aptamil AS Syneo  
 Ariline 500  
 Arixtra  
 Arlevert  
 Arnuity Ellipta  
 Artère-vita N  
 Artirem  
 Aspégic forte  
 Aspirine Cardio  
 ASS Cardio Axapharm  
 ASS Cardio Spirig HC  
 Assan  
 Assan rem  
 ASS-Cardio-Mepha  
 Atarax  
 Atorvastatine Viatris  
 Atovaquon Plus Spirig HC  
 Atovaquone-Proguanil-Mepha  
 AtroMed  
 Augmentin  
 Avalox  
 Avamys  
 Avodart  
 Azafalk  
 Azarek  
 Aziclav  
 Aziclav Duo  
 Aziclav forte  
 Azithromycine Pfizer  
 Azithromycine Sandoz  
 Azithromycine Spirig HC  
 Azithromycine-Mepha  
 Bactrim  
 Bactrim forte  
 Bain extra doux  
 Balmed Hermal F bain d'huile  
 Bain d'huile Balmed Hermal  
 Bain d'huile Balmed Hermal Plus  
 Baqsimi  
 Baraclude  
 Becozym forte  
 Benadon  
 Benefix  
 Benerva  
 Ben-u-ron  
 Benzac 5  
 Beovu  
 Beriate  
 Berinert  
 Beriplex P/N 1000  
 Beriplex P/N 500  
 Besremi  
 Solution Bétadine standardisée  
 Bétadine pommade  
 Ovules vaginaux Betadine  
 Bétahistine Spirig HC  
 Bétahistine-Mepha 16  
 Bétahistine-Mepha 24  
 Betaserc  
 Betesil  
 Betmiga  
 Betnesol  
 Betnovate  
 Betnovate C  
 Application pour le cuir chevelu Betnovate  
 Bexin  
 Sirop contre la toux au lierre Bexin  
 Comprimés contre la toux Bexin

Bexsero  
 Bilastin axapharm  
 Bilastin Spirig HC  
 Bilastin Zentiva  
 Bilastin-Mepha  
 Bilaxten  
 Bilaxten kids  
 Binosto  
 Biodoron  
 Blissel  
 Bondronat  
 Bonviva  
 Bonviva i.v.  
 Boostrix  
 Boostrix Polio  
 Botox  
 Brilique  
 Brivex  
 Bronchipret TP  
 Buccolam  
 Budésónide Sandoz  
 Budésónide Xiromed  
 Buscopan Inject  
 Cabazitaxel-Teva  
 Caduet  
 Calcimagon D3  
 Calcimagon D3 Forte  
 Calcitriol Salmon Pharma  
 Calcium D3 Sandoz  
 Calcium-D3-Mepha  
 Folate de calcium Sandoz  
 Folate de calcium Sandoz eco  
 Calmerphan L  
 Calmesin-Mepha  
 Calperos D3  
 Cancidas  
 Candesartan CPS  
 Candesartan Plus CPS  
 Crème Carbamide Widmer  
 Emulsion Carbamide Widmer  
 Carbamide VAS 0.03  
 Cardiax ASS  
 Cardiplant 450  
 Cariban  
 Carmenthin  
 Carnitène  
 Caspofungine Labatec  
 Caspofungine Mylan  
 Caspofungin Sandoz eco i.v.  
 Caspofungine-Mepha  
 Caverject  
 Caverject DC  
 Cayston  
 Ceclor  
 Ceclor Retard  
 Cefazolin Labatec  
 Cefepime OrPha  
 Cefpodoxime Sandoz  
 Ceftriaxone Labatec  
 Ceftriaxone Sandoz  
 Céfuroxime Axapharm  
 Céfuroxime Sandoz  
 Céfuroxime Spirig HC  
 Cefuroxim-Mepha  
 Celecoxib Zentiva  
 Celestone Chronodose  
 Cellufluid  
 Celluvisc Unit Dose  
 Cerdelga  
 Cerezyme  
 Cernevit  
 Cetallerg Sandoz

Cetirizine Spirig HC  
 Cetirizine Streuli  
 Cetirizine Zentiva  
 Cetirizine-Mepha  
 Cholib  
 Choriomon  
 Cibinqo  
 Ciclocutane  
 Ciclocutane vernis à ongles  
 Ciclopoli vernis à ongles  
 Ciloxan  
 Cimifemin Forte  
 Cimifemin Uno  
 Cinacalcet Devatis  
 Cinacalcet-Mepha  
 Cinnageron  
 Cinryze  
 Cip eco  
 Ciproflax  
 Ciprofloxacin axapharm  
 Ciprofloxacin Sandoz eco  
 Ciprofloxacin Spirig HC  
 Ciprofloxacin Zentiva  
 Ciprofloxacin-Mepha  
 Ciproxine  
 Ciproxine HC  
 CitraFleet  
 Clabin  
 Clarelux  
 Clariscan  
 Clarithromycine Sandoz  
 Clarithromycine Spirig HC  
 Clarithromycine-Mepha  
 Claritine  
 Claromycine  
 Claromycine forte  
 Clensia  
 Clexane  
 Clexane Multi  
 Climavita  
 Climavita forte  
 Clindamycine Pfizer  
 Clindamycine Sandoz  
 Clindamycine Zentiva  
 Clindamycine-Mepha  
 Clobetasol Leman  
 Shampooing Clobex  
 Clopidogrel Axapharm  
 Clopidogrel Sandoz eco  
 Clopidogrel Spirig HC  
 Clopidogrel Streuli  
 Clopidogrel Zentiva  
 Clopidogrel-Mepha  
 Clopidrax  
 Clorzépaté Zentiva  
 Clottafact  
 Co Dafalgan  
 Co-Amoxicilline Axapharm  
 Co-Amoxicilline Devatis  
 Co-Amoxicilline Labatec  
 Co-Amoxicilline Sandoz  
 Co-Amoxicilline Spirig HC  
 Co-Amoxicilline Zentiva  
 Co-Amoxi-Mepha  
 Codein Knoll  
 Codicontin  
 Co-latanoprost Viatrix  
 Colctab  
 Cololyt  
 Colophos  
 Colosan Mite Citron  
 Colosan Mite Mint

Colpermin  
 Condrosulf 400  
 Condrosulf 800  
 Constella  
 Contractubex  
 Corisol  
 Cortinasal  
 Cosopt S  
 Cresemba  
 Cubicin  
 Cuprior  
 Curakne  
 Cutaquig  
 Cutivate  
 CUVITRU  
 Cyclacur  
 Cyklokapron  
 Cytotec  
 Cytotect CP Biotest  
 D3 VitaCaps  
 Dacepton  
 Dafalgan  
 Dafalgan 150  
 Dafalgan 300  
 Dafalgan 600  
 Dafalgan 80  
 Daflon 500  
 Dafnegil  
 Daktarin  
 Dalacin C  
 Dalacin T Emulsion contre l'acné  
 Dalacin V  
 Dalmadorm  
 Dalmadorm Mite  
 Daptomycine Accord  
 Daptomycine Labatec  
 Daraprim  
 DaTSCAN 123 I-loflupane  
 Deanxit  
 Déca Durabolin  
 Décapeptyl  
 Decitabin Accord  
 Decoderm bivalent  
 Deferasirox Accord  
 Deferipron Lipomed  
 Demetrin  
 Depo Medrol  
 Depo Medrol Lidocaine  
 Deprivita  
 Dermafusone  
 Der-med peau sèche  
 Lotion lavante pour la peau Der-med  
 Dermovate  
 Application Dermovate pour le cuir chevelu  
 Desferal  
 Desloratadine Sandoz  
 Desloratadine Spirig HC  
 Desloratadine-Mepha  
 Desomedine  
 Détrusitol SR  
 De-ursil  
 De-ursil RR  
 De-ursil RR Mite  
 Dexafree UD  
 Dexagenta-POS  
 Dexaméthasone Galepharm  
 Dexaméthasone Helvepharm  
 Dexaméthasone Zentiva  
 Dexeryl  
 Dexilant  
 Diaphine  
 Diaphine IR

Diaphine SR  
Tube rectal de diazépam Desitin  
Diazepam-Mepha  
Dibase 10'000  
Dicetel  
Dicloabak  
Dicynone  
Dienogest Mylan  
Dienogest Sandoz  
Dienogest Spirig HC  
Dienogest-Mepha  
Différine  
Difclir  
Diflucan  
Diosmin Hespéridine Zentiva  
Diprogenta  
Diprophos  
Diprosalic  
Diprosone  
Distraneurin  
Divigel  
Dolobene  
Dompéridone axapharm lingual  
Dompéridone linguale Spirig HC  
Dompéridone-Mepha oro  
Doptelet  
Dormicum  
Dormiplant  
Dostinex  
Dotagraf  
Dotarem  
Doxium  
Doxycline  
Doxycline forte  
Doxycycline-Mepha  
Doxylag  
Doxysol 100  
Doxysol 200  
Drossadin  
Drossafol  
Acné Duac  
Duodart  
Duofer  
Duofer Fol  
Duphalac  
Duphaston  
Dupixent  
Matrice Durogesic  
Duspatalin Retard  
Dutastéride Duo Spirig HC  
Dutastéride Spirig HC  
Dutastéride Tamsulosine Sandoz eco  
Dutastéride Tamsulosine Xiromed  
Dutastéride Tamsulosine Zentiva  
Dutastéride Xiromed  
Dutastéride-Tamsulosine-Mepha  
Dymista  
Dysport  
Ecalta  
Echinacin  
Echinamed forte  
EchinaMed Spray contre le mal de gorge  
Comprimés de résistance Echinamed  
Echinarome Rhume  
Ecofenac Sandoz  
Ecomucyl Sandoz  
Edarbyclor  
Effentora  
Effigel  
Effortil  
Efient  
Eflueda

Efudix  
Shampooing médical Ektoselen  
Eletriptan Axapharm  
Eletriptan Pfizer  
Eletriptan Viatrix  
Eletriptan-Mepha  
Elidel  
Eliquis  
Elmiron  
Elocom  
Elocta  
Elotrans  
Emadine  
Emedrin N  
Emend  
Emerade  
Emgality  
Patch Emla  
Emovate  
Emselex  
Enalapril Zentiva  
Encepur N  
Engerix B 10  
Engerix B 20  
Entecavir Mylan  
Entecavir Sandoz  
Entecavir-Mepha  
Entumin  
Eplusa  
Epiduo  
Epiduo Forte  
EpiPen  
EpiPen Junior  
Epogam 1000 Vegicaps soft  
Esbriet  
Esomep i.v.  
Esomep MUPS  
Esomeprazole Axapharm  
Esomeprazole MUT Sandoz  
Esomeprazole Spirig HC  
Esomeprazole Zentiva  
Esomeprazol-Mepha  
Esoprax  
Esperoct  
Estalis  
Estradot  
Estrofem N  
Evenity  
Evista  
Evrysdi  
Excipial  
Excipial Kerasal  
Excipial Pommade à l'huile d'amande  
Excipial U Hydrolotio  
Excipial U Lipolotio  
Exkivity  
Eylea  
Fabrazyme  
Facteur VII NF Takeda  
Faktu  
Famvir  
Faros 300  
Fastum  
Feiba NF  
Féminin  
Femoston  
Femoston conti  
Femoston mono  
Feniallerg  
Fentalis  
Fentanyl Sandoz MAT  
Fentanyl Spirig HC

Fentanyl Zentiva TTS  
 Fentanyl-Mepha  
 Ferinject  
 FerMed  
 Ferriprox  
 Ferro Sanol  
 Ferrum Hausmann  
 Fertifol  
 Fexofénadine Sandoz  
 Fexofénadine Spirig HC  
 Fexofénadine Zentiva  
 Fexofénadine-Mepha  
 Fibrogammin  
 Fibryga  
 Filgrastim-Teva  
 Finasterax  
 Finastéride Sandoz  
 Finastéride Spirig HC  
 Finastéride Zentiva  
 Finastéride-Mepha  
 Firazyr  
 Flagyl  
 Flagyl Trichopak  
 Flammazine  
 Flatulex  
 Flectoparin Tissugel  
 Florinef  
 Floxal  
 Floxal UD  
 Fluarix Tetra  
 Flucazol  
 Flucoderm  
 Fluconax  
 Fluconazole Axapharm  
 Fluconazole Pfizer  
 Fluconazole Sandoz eco  
 Fluconazole Zentiva  
 Fluconazol-Mepha 150 N  
 Fluconazol-Mepha 200 N  
 Fluconazol-Mepha 50 N  
 Fluconazol-Mepha Teva  
 Fluidose  
 Fluimucil  
 Fluimucil 10%  
 Fluimucil 600  
 Fluomizine  
 Flutinase Polynex  
 FML Liquifilm  
 FML Neo Liquifilm  
 Forsteo  
 Fortam  
 Fortecortin  
 Comprimés hebdomadaires Fosamax  
 Comprimés hebdomadaires Fosavance  
 Fosfolag  
 Fosfomycine Sandoz  
 Fosfomycine Spirig HC  
 Fosfomycine-Mepha  
 Fostimon  
 Fragmin  
 Fraxiforte 0.6 ml  
 Fraxiforte 0.8 ml  
 Fraxiforte 1 ml  
 Fraxiparine 0.2 ml  
 Fraxiparine 0.3 ml  
 Fraxiparine 0.4 ml  
 Fraxiparine 0.6 ml  
 Fraxiparine 0.8 ml  
 Fraxiparine 1 ml  
 Clystère Freka Clyss  
 FSME Immun CC  
 FSME Immun Junior

Fucicort  
Fucidin  
Fucidine H  
Fucithalmic gel goutte à goutte  
Fulphila  
Fungotox  
Furadantin Retard  
Furosémide Zentiva  
Furospir  
Fusicutan  
Fusicutan plus  
Gabapentine Pfizer  
Gabapentine Sandoz  
Gabapentine Sandoz eco  
Gabapentine Spirig HC  
Gabapentin-Mepha  
Gadovist 1.0  
Cartouches pré-remplies Gadovist  
Galafold  
Garamycine  
Gastrographe  
Gatinar  
Gavisconell Menthe liquide  
GeloDurat  
Gencydo  
Ginkgo Sandoz  
Ginkgo Spirig HC  
Ginkgo-Mepha  
Glandosane  
Gluc Bichsel  
Kit Glucagen Novo Hypo  
Glucosaline 2:1 brun  
Glucosaline 2:1 brun  
Gonal F  
Gonal f Pen  
Gorgonium  
Granisetron Fresenius  
Grasustek  
Grazax Lyophilisat oral  
Grofenac  
Gutron  
Gynoflor  
Gyno-Tardyféron  
Haemate P  
Haemocomplettan P  
Haemoctin  
Harpagomed  
**Harvoni**  
Havrix 1440  
Havrix 720  
HBVAXPRO 10  
HBVAXPRO 40 Dialyse  
Test Helicobacter Infai  
Helixor  
Helixor A  
Helixor A série 1  
Helixor A série 2  
Helixor A série 3  
Helixor A série 4  
Helixor M  
Helixor M série 1  
Helixor M série 2  
Helixor M série 3  
Helixor M série 4  
Helixor P  
Helixor P série 1  
Helixor P série 2  
Helixor P série 3  
Helixor P série 4  
Hemangirol  
Hemlibra  
Hepa S



Hepagel  
 Héparine-Na Braun  
 Hepatect CP  
 Hepaxane  
 Hiberix  
 Hippuran I-123 Curium  
 Hirudoïde  
 Hizentra  
 Holoxan  
 Hova  
 Hydrocortisone Galepharm  
 POS à l'hydrocortisone  
 Hydrocortone  
 Hydromorphoni HCl Streuli  
 HyperIMed  
 Hyperiplant Rx  
 HyQvia  
 Hytrine BPH  
 Hytrin BPH paquet de démarrage  
 Crème lalugen  
 Crème lalugen Plus  
 Ibandronate Helvepharm Osteo  
 Ibandronate Sandoz  
 Ibandronate Spirig HC  
 Ibandronate-Mepha  
 Ibandronate-Mepha Osteo  
 Iberogast  
 Icatibant Xiromed  
 Iclusig  
 Idelvion  
 Ig Vena Kedrion 5%  
 Imacort  
 Imazol  
 Imigran  
 Imigran 10  
 Imigran 20  
 Imigran 50  
 Dispositif d'injection Imigran Pen  
 Imigran T  
 Immunate S/D  
 Immunine STIM Plus  
 Imodium  
 Imovane  
 Importal  
 Imurek  
 Indium DTPA In111 Curium  
 Indivina  
 Indophtalique  
 Indophtal UD  
 Infanrix DTPa-IPV  
 Infanrix DTPa-IPV+Hib  
 Infanrix hexa  
 Inflammac Lotio  
 Inhibace  
 Inhibace Mite  
 Inhibace Plus  
 Inhixa  
 Inhixa Multi  
 Integrilin  
 Intratect 10%  
 Intratect 5%  
 Invance  
 Iomeron  
 Iopamiro  
 Iqymune  
 Iscador A  
 Iscador A Série 0  
 Iscador A série I  
 Iscador A série II  
 Iscador M  
 Iscador M c. Ag  
 Iscador M c. Ag Série 0

Iscador M c. Ag Série I  
 Iscador M c. Ag Série II  
 Iscador M c. Cu  
 Iscador M c. Cu Série 0  
 Iscador M c. Cu Série I  
 Iscador M c. Cu série II  
 Iscador M c. Hg  
 Iscador M c. Hg Série 0  
 Iscador M c. Hg Série I  
 Iscador M c. Hg série II  
 Iscador M série 0  
 Iscador M série I  
 Iscador M série II  
 Iscador M spécifique  
 Iscador P  
 Iscador P c. Hg  
 Iscador P c. Hg Série 0  
 Iscador P c. Hg Série I  
 Iscador P c. Hg série II  
 Iscador P Série 0  
 Iscador P série I  
 Iscador P série II  
 Iscador Qu  
 Iscador Qu c. Ag  
 Iscador Qu c. Ag Série 0  
 Iscador Qu c. Ag Série I  
 Iscador Qu c. Ag Série II  
 Iscador Qu c. Cu  
 Iscador Qu c. Cu série 0  
 Iscador Qu c. Cu série I  
 Iscador Qu c. Cu série II  
 Iscador Qu c. Hg  
 Iscador Qu c. Hg Série 0  
 Iscador Qu c. Hg Série I  
 Iscador Qu c. Hg série II  
 Iscador Qu Série 0  
 Iscador Qu série I  
 Iscador Qu série II  
 Iscador Qu spécifique  
 Iscador U c. Hg  
 Iscador U c. Hg Série 0  
 Iscador U c. Hg Série I  
 Iscador U c. Hg Série II  
 Isoniazide Labatec  
 Isotrétinoïne Sandoz  
 Isotrétinoïne-Mepha  
 Isturisa  
 Itraconazole Axapharm  
 Itraconazole Sandoz eco  
 Itraconazole Zentiva  
 Itraconazole-Mepha  
 Itrazol  
 Itulazax Lyophilisat oral  
 Ivemend  
 Jadenu  
 Jarsin 300  
 Jarsin 450  
 Jetrea  
 Jext  
 Jinarc  
 Jivi  
 Jorveza  
 Jurnista  
 Kadefemin Estriol  
 Calcipos-D3  
 Potassium Hausmann  
 Kaloba  
 Kamillex  
 Fluide à la camomille  
 Capanol  
 KCL Retard Hausmann  
 Kefzol

Keli-Med  
Kemadrin  
Kenacort  
Kenacort A  
Kenacort A 10  
Kenacort A 40  
Kendural  
Kentera  
Keppur  
Shampooing Keto-med  
KetoVision  
Ketozol-Mepha Shampooing  
Kiovig  
Klacid  
Klacidped  
Klacidped Forte  
Klean Prep  
Kliogest N  
Klisyri  
Konakion MM  
Konakion MM pédiatrique  
Kovaltry  
Kytril  
Kytta med pommade contre les rhumatismes  
Lacdigest  
Lacrifluid  
Lacrinorm  
Lacrinorm F UD  
Lacri-Vision  
Lacrycon  
Laitea  
Lamisil  
Lansoprax  
Lansoprazole Sandoz  
Lansoprazole Zentiva  
Lansoprazol-Mepha  
Lasix  
Latanoprost Viatris  
Latuda  
Laxipeg  
Laxiplant Soft  
Laxoberon Gouttes laxatives  
Ledaga  
Legalon 70  
Létrozole Zentiva  
Leucovorine Calcium Farnos  
Leucovorin-Teva  
Lévocétirizine Sandoz  
Lévocétirizine Spirig HC  
Lévocétirizine-Mepha  
Lévofoxacine Sandoz 250  
Lévofoxacine Sandoz 500  
Lévofoxacine-Mepha Teva  
Levosert  
Levosert One  
Lexotanil  
Librax  
Linezolid Mylan  
Linezolid Pfizer  
Linezolid Sandoz  
Linola  
Graisse Linola  
Linomed  
Lioton 1000  
Liposic  
Liposic Fluid UD  
Livial  
Livogiva  
Livostin  
Lixiana  
Vernis à ongles Loceryl  
Locoid

Locoid Crelo  
 Lodotra  
 Logimax  
 Loperamid Sandoz  
 Loperamid Spirig HC  
 Loperamid Streuli  
 Loperamid Zentiva  
 Loperamid-Mepha  
 Loramet  
 Loratadine Sandoz  
 Loratin-Mepha 10  
 Lotio Decapans  
 Lubex Extra doux  
 Lubexyl  
 Lucentis  
 Lundeos  
 Lunsumio  
 Shampooing Lur  
 Lutrelief  
 Luveris  
 LuVit D3 solution huileuse  
 Luxturna  
 Lyman 40000 Mono Spray  
 Lyman 50000  
 Macrogol Sandoz  
 Macrogol Spirig HC  
 Macrogol Spirig HC Junior  
 Macrogol-Mepha  
 Macrogol-Mepha Junior  
 Kit de marquage MAG 3  
 Magnesiocard 10  
 Magnesiocard 2.5  
 Magnesiocard 5  
 Magnesiocard 7.5  
 Magnésium Diasporal  
 Magnésium Diasporal CitraCaps  
 Magnésium Sandoz 243  
 Magnevist  
 Makatussin  
 Makatussin Comp  
 Malarone  
 Maltofer  
 Maltofer FOL  
 Malveol  
 Marament N  
 Marcoumar  
 Maviret  
 Maxalt  
 Maxalt Lingual  
 Maxidex  
 Maxitrol  
 Measles Vaccine en direct  
 Mediaven forte  
 Medrol  
 Menamig  
 Menopur  
 Menopur Multidose  
 Menopur Multidose Pen  
 Menveo  
 Mephameson  
 Merional HG  
 Meronem  
 Meropenem Fresenius  
 Méropénème Labatec  
 Mestinon  
 Métamizole Spirig HC  
 Metamizol-Mepha  
 Metamucil  
 Methergine  
 Méthotrexate Sandoz  
 Méthotrexate-Teva onco  
 Metofol

Métolazone Galepharm  
 Metopiron 250  
 Metrissa  
 Metrolag  
 Métronidazole Zentiva  
 Metronidazole Zentiva Tricho  
 Metronidazole Zentiva  
 Metvix  
 Mg5 Granoral  
 Mg5 Longoral  
 Mg5 Oraleff  
 Miacalcic  
 Miacalcic spray nasal  
 MIBG I-123 Curium  
 Micardis Amlol  
 Microlax  
 Micropaque  
 Scanners Micropaque  
 Mictonet  
 Mictonorm  
 Mifegyne  
 Miglustat Dipharma  
 Milupa Aptamil Pepti Syneo  
 Milupa Aptamil Pregomin  
 Milupa Aptamil Pregomin AS  
 Mimpara  
 Minalgine  
 Minirin  
 Minirin Melt  
 Mirena  
 Mirvaso  
 MMRvaxPRO  
 Mobilat Intense  
 Modasomil  
 Mogadon  
 Molaxole  
 Mometason Spirig HC  
 Furoate de mométasone Sandoz  
 Mometason-Mepha  
 Monofer  
 Monovo  
 Monuril  
 Morphini HCl Streuli  
 Morphinium HCl  
 Motilium  
 Moventig  
 Movicol  
 Movicol sans arôme  
 Movicol Chocolat  
 Movicol Junior sans arôme  
 Movicol liquide  
 Movicol prêt à boire  
 Moviprep une application  
 Moviprep Orange une application  
 Movymia  
 Moxifloxacin Sandoz  
 Moxifloxacin Spirig HC  
 Moxifloxacin-Mepha  
 M-retard Zentiva  
 MST Continus  
 Mucofluid  
 Mucofluid 200  
 Mucofor  
 Muco-Mepha  
 Muco-Mepha 200  
 Muco-Mepha 600  
 Mucosolvon sirop contre la toux  
 Mucosolvon Retard  
 Multilind  
 Mutaflor  
 Mutaflor mite  
 Myambutol

Mycamine  
Mycobutine  
Myconormin  
Mycostatine  
Mycoster  
Mydriaticum Dispersa  
Couverture de marquage Myoview  
Myozyme  
Myrtaven  
Iodure de sodium I-123 Heider  
Naabak  
NaCl Bichsel  
NaCl brun  
NaCl Gluc 1:2 Bichsel  
Naramig  
Nasacort spray doseur  
Pommade nasale Rüedi Spirig HC  
Spray nasal Neo Spirig HC  
Nasivin Pur  
Gouttes doseuses Nasivin Pur  
Nasofan  
Nasonex spray nasal doseur  
Natecal D  
Nebido  
Nebilet plus  
NeisVac-C  
Néo Angin  
Neocate Infant  
Nephrotrans  
Nervifene  
Neulasta  
Neupogen Amgen  
Neurodol Tissugel  
Neurontin  
Nevanac  
Nexium  
Nexium Mups 20  
Nexium Mups 40  
Nexviadyme  
Ngenla  
Nimotop  
Nizoral  
Shampooing Nizoral  
Nocutil  
Nootropil  
Nopil  
Nopil forte  
Normacol  
Normison  
Normison Mite  
Norprolac  
Norsol  
Novalgine  
Novo Helisen Depot D. fari/D. pter  
Novo Helisen Dépôt D. farinae  
Novo Helisen Depot D. pteronyss  
NovoEight  
Novofem  
NovoSeven barre de température ambiante  
Noxafil  
Nozinan  
Nplate  
Nutraplus  
Nuwiq  
Nystalocal  
Ocaliva  
Octagam 10%  
Octanate  
Octaplex 1000  
Octaplex 500  
Octostim  
OctreoScan

Octreotide Labatec  
Octreotide-Mepha LA  
Oculac  
Oculac SDU  
Oestro Gynaedron  
Oestrogel  
Olfen  
Olmésartan Amlodipine Zentiva  
Olmésartan-HCT-Mepha Teva  
Olmesartan-Mepha Teva  
Omeprax  
Omeprax Drossapharm  
Oméprazole Axapharm  
Oméprazole MUT Sandoz  
Oméprazole Sandoz  
Oméprazole Sandoz eco  
Oméprazole Spirig HC  
Oméprazole Zentiva  
Omeprazol-Mepha  
Omida Rubisan N  
Omix Ocas  
Omniscan  
OncoTICE  
Ondansetron Accord  
Ondansetron Fresenius  
Ondansetron Labatec  
Ondansetron ODT Labatec  
Ondansetron ODT Sandoz  
Ondansetron Sandoz  
Ondansetron-Teva  
Ondansetron-Teva oro  
Onpattro  
Opatanol  
Opran  
Boîte Optava Unit  
Optiderm  
Optiderm F  
Optiray 300  
Optiray 350  
Oracea  
Oralair  
Oralair Kombipac  
Orladeyo  
Orlistat Sandoz  
Orlistat Spirig HC  
Orlistat-Mepha  
Ospen 1000  
Ospen 1500  
Ospen 400  
Ospen 750  
Osteocal D3  
Ovaleap  
Ovestin  
Ovitrelle  
Ovixan  
Oxycodone Naloxone Spirig HC  
Oxycodone Neuraxpharm ret Uno  
Oxycodone Sandoz  
Oxycodone-Mepha  
Oxycodone-Naloxone Sandoz  
Oxycodone-Naloxone-Mepha  
Oxycontin  
Oxynorm  
Ozurdex intravitréen  
Padmed Circosan N  
Padmed Laxan  
Palexia  
Palladon  
Palonosetron Accord  
Palonosetron Labatec  
Palonosetron Sandoz  
Palonosetron-Teva

Pamoréline LA  
Panotile  
Panprax  
Pantoprazole Axapharm  
Pantoprazole NOBEL  
Pantoprazole Nycomed  
Pantoprazole Sandoz  
Pantoprazole Spirig HC  
Pantoprazole Streuli  
Pantoprazole Viatrix  
Pantoprazole Zentiva  
Pantoprazol-Mepha  
Pantoprazol-Mepha Teva  
Panthène Streuli  
Pantozol  
Paracétamol Axapharm  
Paracétamol Sandoz  
Paracétamol Spirig HC  
Paracétamol Zentiva  
Paracétamol-Mepha  
Paragol N  
Pariet  
Parlodel  
Parsabiv  
Paspertin  
Pegasys  
Pelgraz  
Pelmeg  
Pennsaid  
Pentacarinat  
Pentavac  
Pentoxi-Mepha  
Perenterol  
Stylo Pergoveris  
Perindopril Zentiva  
Pertector  
Péthidine Streuli  
Pevaryl  
Pevisone  
Phoscap  
Norme de phosphore  
Picoprep  
PIGMANORM  
Pipéracilline Tazob. Mylan  
Pipéracilline Tazob. Sandoz  
Pipéracilline/Tazob. Fresenius  
Pipéracilline-Tazobactam Labatec  
Pitavastatine Sandoz  
Pitavastatine Zentiva  
Pitavastatine-Mepha  
Pivalone Compositum  
Plavix  
Plenadren  
Plenvu  
Pneumovax 23  
Vaccin Pneumovax  
Podomexef  
Arbres Polvac Traitement de base  
Arbres Polvac Traitement continu  
Polvac Graminées Seigle Traitement de base  
Polvac Graminées Seigle Traitement de base  
Polvac Graminées Seigle Suite  
Polvac Graminées Seigle suite  
Posaconazole Accord  
Posaconazole Devatis  
Posaconazole Mylan  
Posaconazole Sandoz  
Posaconazole Zentiva  
Poteligeo  
Pradaxa  
Pradif T  
Prasugrel-Mepha



Prazine  
Pred Forte  
Prednicutan  
Prednicutan Crinale  
Prednisolone Streuli  
Prednisone Axapharm  
Prednisone Galepharm  
Prednisone Spirig HC  
Prednisone Streuli  
Prégabaline Viatris  
Pregabalin-Mepha Solution pour voie orale  
Premens  
Prevenar 13  
Prevyomis  
Prialt  
Gel émulsionné Primofenac  
Primolut N  
Primovist  
Primperan  
Priorix  
Priorix-Tetra  
Privigen  
Procto Synalar N  
Progestogel  
Progynova  
Progynova Mite  
ProHance  
ProHance PFS  
Prolastin  
Prolia  
Prontolax  
ProQuad  
Prorhinel  
Proscar  
Prospanex  
Prosta Urgenin  
Prostaplant F  
Protagent  
Protagent SE  
Prothromplex NF  
Protopic  
Pruri-Med  
Pruri-med Lipolotion  
Puregon  
Puregon Pen  
Pylera  
Pyrazinamide Labatec  
Qtern  
Quinsair  
Quofenix  
Rabeprazole Sandoz  
Ramipril-Mepha  
Rapiscan  
Rayaldee  
ReBalance 250  
ReBalance 500  
Rebalance RX  
Rectogesic  
Redormin  
Redormin 500  
ReFacto AF FuseNGo  
Refixia  
Relaxane  
Relestat  
Relpax  
Remicade (PI)  
Reparil N  
Replagal  
Résolor  
Resorban  
Respreeza  
Revaxis

Revolade  
Rezirkane  
Rheumalix  
Rheumalix forte  
Rhinathiol  
Rhinovent  
Rhophylac  
Rhumalgan  
Riamet  
Riamet Dispersible  
Rifampicine Labatec  
Rifampicine Labatec  
Rifater  
Rifinah 150  
Rimactan  
Rimactazide 150/75  
Rimstar  
Lutte Bichsel  
Rinosedin  
Riopan 800  
Rixubis  
Rizatriptan Sandoz  
Rizatriptan Spirig HC  
Rizatriptan-Mepha oro  
Roaccutane  
Rocaltrol  
Rocephin  
Rohypnol  
Rosalox  
Rudolac  
Sabcaps  
Salagen  
Salvacyl  
Sandostatine  
Sandostatine LAR  
Spray buccal doseur Sangerol  
Bain de bouche Sangerol  
Santuril  
Saxenda  
Scabi-med  
Scemblix  
Scheriproct  
Crème contre les rhumatismes de Schmid  
Scintimun Granulocyte  
Scopolamine Dispersa  
Shampooing Sebiprox  
Sebivo  
Shampooing Sebolox  
Sedonium  
Sensicutan  
Seresta  
Sevredol  
Sevre-Long  
Shingrix  
Sibelium  
Siccafluid  
Siccafluid UD  
Siccaprotect  
Sicorten Plus  
Signifor  
Signifor LAR  
SimiMed Ginkgo  
Sintrom 1 Mitis  
Sintrom 4  
Sinupret  
Sinupret forte  
Sitagliptine Metformine Spirig HC  
Sitagliptine Sandoz eco  
Sitagliptine Spirig HC  
Sitagliptine Zentiva  
Skinoren  
Slenyto

Iodure de sodium I-123 Curium  
Iodure de sodium I-131 T Curium  
Solacutan  
Solaraze  
Solatran  
Solevita neo  
Solifénacine NOBEL  
Solifénacine Sandoz  
Solifénacine Spirig HC  
Solifénacine Zentiva  
Solifénacine-Mepha  
Soliris  
Solmag 300  
Solmucalm  
Solmucol 100  
Solmucol 200  
Solmucol 400  
Solmucol 600  
Solu Medrol  
Solu-Cortef  
Solu-Moderin  
Somatuline Autogel  
Somavert  
Sondelbay  
Sonovue  
Soolantra  
Sotalol-Mepha  
Spasmex  
Spasmo Urgenin Neo  
Spersadex comp.  
Spersadex mono  
Spersapolymyxine  
Spinraza  
Spiricort 20  
Spiricort 5  
Spiricort 50  
Sporanox  
Sporanox G  
Sportium  
Sportusal  
Sportusal sine Heparino  
Shampooing médical Squa-Medal  
Staloral 300 3 arbres  
Staloral 300 3 arbres  
Staloral 300 Bouleau  
Stamicis Kit de marquage  
Stilnox  
Stilnox CR  
Structum 500  
Stugeron  
Succinoline  
Sumatriptan Sandoz  
Sumatriptan Zentiva  
Sumatriptan-Mepha  
Onglets de supracycline  
Supracycline Tabs forte  
Surmontil  
Symfona 120  
Symfona 240  
Synagis  
Synalar N  
Syntocinon  
System Conti  
Système Sequi  
Takhzyro  
Tamsulosine Axapharm  
Tamsulosine Mylan  
Tamsulosine retard Zentiva  
Tamsulosine Sandoz eco  
Tamsulosine Streuli  
Tamsulosine T Sandoz  
Tamsulosine T Spirig HC

Tamsulosine T-Mepha  
Tamsulosine-Mepha retard  
Tamsunax  
Tardyféron  
Targin  
Targocid  
Tavanic  
Tavanic i.v.  
Tavegyl  
Tebokan 120  
Tebokan 240  
Teceos  
TechneScan DMSA  
TechneScan DTPA  
TechneScan HDP  
TechneScan MAG3  
TechneScan PYP  
Technescan Sestamibi  
Tegsedi  
Tekcis Tc-99m  
Kit de marquage Tektrotyd  
Telebrix 12 Sodium  
Telebrix Gastro  
Telfast  
Temesta  
Temesta Expidet  
Temgesic  
Tenofovir Mylan  
Tenofovir Sandoz  
Tenofovir-Mepha  
Terbifil  
Terbinafine Axapharm  
Terbinafine Zentiva  
Terbinafine-Mepha  
Terbinax  
Tériparatide-Mepha  
Terrosa  
Tetley Technegas  
Tétralysal  
Tetravac  
Tezspire  
Chlorure de thallous TI-201 Curium  
Thyrogen  
Tiapridal  
Tiberal  
Tibolon Sandoz  
Tibolon Spirig HC  
Tibolon-Mepha  
Tilcotil  
Tineafin  
Tobradex  
Tobrex  
Toctino  
Tolak  
Toplexil N  
Topsym  
Topsym Polyvalent  
Torasemid Mylan  
Torasemid Sandoz eco  
Torasémide Spirig HC  
Torasemid Zentiva  
Torasemid-Mepha  
Torem  
Toviaz  
Tramactil Uno  
Tramadol plus Spirig HC  
Tramadol retard Zentiva  
Tramadol Sandoz  
Tramadol Zentiva  
Tramadol-Mepha  
Tramadol-Mepha retard  
Tramadol-Paracétamol-Mepha

Tramal  
Tramal Retard  
Trandate  
Transipeg  
Transipeg forte  
Transtec  
Tranxilium  
Tranxilium Tabs  
Traumalix forte  
Traumalix forte EmGel  
Implant de trauma  
Travocort  
Trecondi  
Trétinac  
Dépôt de Triamcort  
Triamject  
Triderm  
Trimipramine Sandoz  
Trimipramine Zentiva  
Triogène  
Trisequens N  
Triveram  
Tyroqualine  
Ultomiris  
Ultracortenol  
UltratechneKow FM  
Ultravist 150  
Ultravist 240  
Ultravist 300  
Ultravist 370  
Cartouches pré-remplies Ultravist  
Uman Albumine Kedrion 200 g/L  
Uman Albumine Kedrion 250 g/L  
Uriconorm  
Urispas  
Urocit  
Urokinase HS Medac  
Uromitexan  
Urorec  
Ursochol 150  
Ursochol 300  
Ursofalk  
Utrogestan  
Uvamine retard  
Vabysmo  
Vagifem  
Vagi-Hex  
Vagirux  
Valaciclovir Sandoz  
Valaciclovir Therica  
Valaciclovir Zentiva  
Valaciclovir-Mepha  
Valacivir-Mepha  
Valium  
Valtrex  
Vancocin  
Vancomycine Fairmed  
Vancomycine Labatec  
Vancomycine Sandoz  
Varilrix  
Varitect CP  
Varivax  
Vaxelis  
VaxigripTetra  
Veklury  
Vemlidy  
Venofer  
Venoruton 1000  
Venoruton Forte  
Venucreme  
Venugel  
Veregen 10%

Vermox  
Verquvo  
Verrumal  
Vesicare  
Vesoxx  
VEYVONDI  
Vfend  
Vibramycin Acne Tabs  
Vibramycine en comprimés  
Vibrave  
Vi-De 3  
Vi-De 3 dose mensuelle  
Viferol D3 25'000  
Vigamox  
Viread  
Virgan  
Virupos  
Visanne  
Visannette  
Viscotears  
Viscotears SDU  
Visipaque  
Visudyne  
Vitamine A Blache  
Vitamine B1 Streuli  
Vitamine B12 Amino  
Vitamine B6 Streuli  
Vitamine D3 Spirig HC  
Vitamine D3 Streuli  
Vitarubin  
Vitarubin Depot  
Vitarubin Oral  
Voncento 1000 U.I./2400 U.I.  
Voncento 500 U.I./1200 U.I.  
Voriconazole Accord  
Voriconazole Pfizer  
Voriconazole Sandoz  
Voriconazole-Mepha  
Vpriv  
Vyepti  
Vyndaquel  
Wellvone  
Wilate  
Willfact  
Xanax  
Xanax Retard  
Xarelto  
Xarelto vasculaire  
Xatral uno  
Xenetix  
Xenical  
Xeomin  
Xgeva  
Xylo Dexpanthénol Spirig HC  
Xyrem  
Xyzal  
Yellox  
Citrates d'yttrium (90Y) YMM1  
Yuflyma  
Zabak  
Zadites  
Zadites Ophtha  
Zadites Ophtha SDU  
Zafrilla  
Zaldiar  
Zarzio  
Zavesca  
Zavicefta  
Zeffix  
Exemplaire  
Zentel  
Zepatier

Ziextenzo  
Zinacef  
Zinat  
Zithromax  
Zofran  
Zofran Zydis  
Zoldorm  
Zolédronate Osteo Labatec  
Zolédronate Osteo Sandoz  
Zolédronate Osteo Spirig HC  
Zolgensma  
Zolmitriptan Sandoz  
Zolmitriptan Spirig HC  
Zolmitriptan-Mepha oro  
Zolpidem Axapharm  
Zolpidem CR Zentiva  
Zolpidem Spirig HC  
Zolpidem Streuli  
Zolpidem Zentiva  
Zolpidem-Mepha Solub  
Zolpidem-Mepha Teva  
Zomig  
Zomig nasal  
Zomig Oro  
Zopiclone Zentiva  
Zovirax  
Zutectra  
Zyban  
Zyclara  
Zyloric 100  
Zyloric 300  
Zyvoxide

Tableau 2 : Détails des médicaments du tableau 1 :

[https://docfind.ch/SpezialitaetenListe2023\\_PCG.xlsx](https://docfind.ch/SpezialitaetenListe2023_PCG.xlsx)