

WnrtdnaifftMdiikentelkeinittiroIlle ' talamiter äraffidheir Leästamigee mit stotnstnsclueini Metihodee

Juristische Untersuchungen zum Durchschnittskostenvergleich
im Rahmen von Art. 56 Abs. 1 des Bundesgesetzes
über die Krankenversicherung vom 18.3.1994 _

Dissertation
der Rechtswissenschaftlichen Fakultät
der Universität Zürich
zur Erlangung der Würde
eines Doktors der Rechtswissenschaft

vorgelegt von
Gebhard Eugster
von Altstätten SG

Genehmigt auf Antrag von
Prof. Dr. Ulrich Meyer-Blaser
und
Prof. Dr. Alfred Kölz

Verlag Paul Haupt
Bern • Stuttgart -Wien 2003

Inhaltsverzeichnis

EINLEITUNG	1
TEIL 1	
DER BEGRIFF DER WIRTSCHAFTLICHKEIT	5
Erster Abschnitt	~
Das allgemeine ökonomische Prinzip	5
§ 1 Das ökonomische Prinzip in der Betriebswirtschaftslehre	^X-7
§ 2 Wirtschaftlichkeitsmassstäbe der Betriebswirtschaft	" 8
I. Mengenmässige Wirtschaftlichkeitsauffassungen	- ' 8
II. Wertmässige Wirtschaftlichkeitsauffassungen	9
III. Rentabilitätsorientierte Wirtschaftlichkeitsauffassungen	' 10
IV. Einzelwirtschaftlichkeit und Volkswirtschaftlichkeit	10
§ 3 Verwandte Begriffe und Abgrenzungen	11
I. Rationalität	11
II. Sparsamkeit	11
III. Effektivität (Wirksamkeit) und Effizienz	11
A. Definitionen in der betriebswirtschaftlichen Literatur	11/*-?
B. Definitionen in der gesundheitsökonomischen und medizinischen Literatur	12X'
C. Wirksamkeit im Sinne von Art. 32 Abs. 1 KVG	13
\IV. Zweckmässigkeit	14
3 A. Allgemeiner und verwaltungsrechtlicher Sprachgebrauch	14
B. Der Begriff der Zweckmässigkeit nach Art. 32 Abs. 1 KVG	16
Verhältnismässigkeit	18
A. Allgemeines zum Verhältnismässigkeitsprinzip	18
B. Das Verhältnismässigkeitsprinzip in der Krankenversicherung	19
1. Angemessenheit der Leistung	19,
2. Fehlende-Alternativen für einen Kostenvergleich	21
3. Behandlungsalternativen unterschiedlicher Zweckmässigkeit	22
4. Verhältnismässigkeit der Wirtschaftlichkeitskontrolle	22'
5. Sanktionsrecht	23
6. Austauschbefugnis	23
C. Zur Abgrenzung zwischen Verhältnismässigkeit und Wirtschaftlichkeit	24
VI. Notwendigkeit	26
VII. Rationierung und Rationalisierung	27

A. Rationalisierung	•	28
B. Rationierung		29
1. Der wirtschaftspolitische Rationierungsbegriff	.	29 •
2. Der medizinische Rationierungsbegriff		29
a) „Harte“ und „weiche“ Rationierung	.	30
b) „Personen- und „ressourcenorientierte“ Rationierung		30
c) „Explizite“ und „implizite“ Rationierung		32
d) Leistungsverweigerungen ohne Rationierungscharakter		32
§ 4 Das allgemeine ökonomische Prinzip in der Medizin		33
Zweiter Abschnitt	•	•
Wirtschaftlichkeitsbegriffe im KVG		35
§ 5 Die Beschwörung der Wirtschaftlichkeit im KVG		35
7^§ 6 Kein einheitlicher Wirtschaftlichkeitsbegriff	,	35
^ § 7 Wirtschaftlichkeit als Rechts- und Zweckbegriff	- „	36
V § 8 Wirtschaftlichkeit als Rechtsprinzip der Sozialversicherung		36
§ 9 Kein absoluter Geltungsanspruch des Wirtschaftlichkeitsprinzips		37
§ 10 Art. 32 KVG als Grundnorm der Wirtschaftlichkeit		38
§ 11 Art. 56 Abs. 1 KVG als Schutzvorschrift		40
§ 12 Vorgänger von Art. 56 Abs. 1 KVG		40
I. Art. 23 KUVG in der Fassung vom 13. Juni 1911		40
II. Art. 23 KUVG in der Fassung des KUVG vom 13. März 1964		42
§ 13 Die Normadressaten von Art. 56 Abs. 1 KVG		43
I. Die Leistungserbringer als Normadressaten		43
II. Die Versicherten als Normadressaten	'	46
§ 14 Art. 56 Abs. 1 KVG als öffentlichrechtliche Pflicht		47
§ 15 Art. 56 Abs. 1 KVG als zwingendes Recht		49
§ 16 Therapeutische Freiheit	•	50
§ 17 Die Tatbestandselemente von Art. 56 Abs. 1 KVG		52
I. Das Interesse der versicherten Person (Art. 56 Abs. 1 KVG)		53
VSl. Das Mass des Notwendigen (Erforderlichen)		56
A. Das medizinisch Erforderliche oder Notwendige		57
B. Das kostenmässig Erforderliche oder Notwendige		57
C. Die schwierige Bestimmbarkeit des Notwendigen		58
1. Subjektiv determinierte Entscheidungskomponenten		58
2. Grosse Spannbreite akzeptierter Qualitätsvorstellungen		59
3. Hohe Leistungsmenge aufgrund hoher Qualitätsanforderungen des KVG		61
4. Massgeblichkeit eines objektiven Standpunkts		62
5. Bestimmung des Notwendigen prospektiv oder ex ante		63
§ 18 Abgrenzung zur Schadenminderungspflicht	•	64

I.	Die Schadenminderungspflicht in der Sozialversicherung im allgemeinen	64
II.	Die Schadenminderungspflicht in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung	66
III.	Das Verhältnis zum Wirtschaftlichkeitsgebot	67
§ 19	Grenzen des Wirtschaftlichkeitsgebots von Art. 56 Abs. 1 KVG	69
I.	Vorrangigkeit anderer kv-rechtlicher Rechtspositionen •	69
II.	Zumutbarkeit der wirtschaftlichen Lösung	69
III.	Faktische Einschränkungen der Grundrechtsausübung durch das Wirtschaftlichkeitsgebot	70X
§ 20	Gründe und Motive unwirtschaftlicher Behandlung	72 [^]

TEIL 2

WIRTSCHAFTLICHKEITSKONTROLLE AUSSERHALB DES DURCHSCHNITTSKOSTENVERGLEICHS , 74

§21	Instrumente der Wirtschaftlichkeitskontrolle	74
§ 22	Feststellung der Unwirtschaftlichkeit im konkreten Leistungsfall	74
I.	Der komparative Charakter der Wirtschaftlichkeit	74
II.	Vergleichbarer medizinischer Nutzen	75
III.	Die zum Vergleich zugelassenen Kosten	76
IV.	Mass der Kostendifferenz	77
V.	Teilleistung nach unwirtschaftlicher Behandlung	77
§ 23	Analytische Prüfmethode oder nachträgliche Einzelfallprüfung	78
I.	Allgemeines zur nachträglichen Einzelfallprüfung	78
II.	Die durchgehende nachträgliche Einzelfallprüfung	78
A.	Übergrosser Prüfaufwand	78
B.	Anforderungen an eine strenge Einzelfallprüfung	80
C.	Anforderungen an eine gemilderte Einzelfallprüfung	82
§ 24	Stichprobenweise Einzelfallprüfung mit Hochrechnung	83'
I.	Zulässigkeitsvoraussetzungen der Hochrechnungsmethode	83
A.	Unveränderte Anforderungen an die Einzelfallprüfung	83
B.	Stichprobenquote	83
C.	Repräsentativität der Stichprobe	83
D.	Hochrechnung und Konfidenzbereich	84
II.	Die Hochrechnungsmethode in der EVG-Praxis	84
III.	Beurteilung der Hochrechnungsmethode	85
§ 25	Abgrenzung der Wirtschaftlichkeits- von der Rechnungskontrolle	86
§ 26	Auswahlermessen der Prüfinstanzen bezüglich der Prüfmethode	87

TEIL 3

WIRTSCHAFTLICHKEITSKONTRÖLLE MITTELS DURCHSCHNITTSKOSTENVERGLEICHS •

89

Erster Abschnitt •

Grundfragen des Durchschnittskostenvergleichs	89
§ 27 Begriff des Durchschnittskostenvergleichs	89
§ 28 Geschichtliches zum Durchschnittskostenvergleich	89
§ 29 Der Durchschnittskostenvergleich in Deutschland —	90
§ 30 Ein Beweisverfahren unter Dauerkritik	90
I. Problem der Akzeptanz	90
II. Nicht am Patientenschicksal orientierter Beweis	91
III. Statistische Analyse und Globalbudget	92
§ 31 Grundannahmen des Durchschnittskostenvergleichs •*	92
§ 32 Beweismethode oder)Wirtschaftlichkeitsdefinition ~	93
§ 33 Messbarkeit des Erforderlichen .	95
§ 34 Zentrale Beweisfrageri der statistischen Analyse "	97
I. Die Statistik als Beweismittel	97
II. Beweiswert des statistischen Vergleichs	98
III. Die Wirtschaftlichkeitsaussage des Vergleichsgruppendurchschnitts	99
A. Der Vergleichsgruppendurchschnitt als zentraler Eckwert	99
B. Der Vergleichsgruppendurchschnitt als Norm des Wirtschaftlichen,	99
IV. Beweisart der statistischen Analyse	101
A. Gesetzliche Vermutung	101
B. Natürliche Vermutung unwirtschaftlicher Behandlung	102
„ C. Der statistische Beweis als Normalbeweis	104
\V/ Der Beweiswert der statistischen Analyse in der EVG-Praxis	105
(A! Eignung zum vollen Beweis	105
B. Mehr als blossen Indizienbeweis	106
VI. Festlegung der Beweisgrenze	108
A. Zur Notwendigkeit einer Beweisgrenze	108
B. Bedeutung der Beweisgrenze für die Beweislastverteilung	109
C. Allgemeine Regeln zur Festsetzung der Beweisgrenze	110
1. Variabilität der Beweiswertgrenze	110
a) Gestaffelte Grenzwerte nach Homogenitätsgrad	111
b) Gestaffelte Grenzwerte nach medizinischem Fachgebiet	111
c) Gestaffelte Grenzwerte nach Leistungsbereichen	112
2. Festsetzung des Beweisgrenzwerts in Tarifverträgen	112
D. Die Beweisgrenzwerte in der Praxis des EVG	113
1. Direkte Arztkosten	113
2. Konsultationen und Besuche	116
3. Medikamente	118

E. Die Problematik der Toleranzzonengrenze als Beweisgrenze	119
F. Beweisgrenzenrichtwerte bei den wichtigster.sFallwerten der santesuisse-Statistik	120
1. Direkte Arztkosten	120
2. Konsultationen und Besuche	121
3. Arzneimittel (Selbstdispensation)	121
G. Die Bewertung von Fallwerten unterhalb der Beweisgrenze	122
1. Das Beweisproblem im Übergangsbereich	122
2. Repräsentative Einzelfallprüfung als Beweisergänzung	122
3. Anforderungen an die repräsentative Einzelfallprüfung	123
4. Praxis zur ergänzenden Einzelfallprüfung	124
VII. Das Beweismass bei der statistischen Analyse	127
A. Das Regelbeweismass des Zivil- und Strafprozesses	127
B. Beweismassenkung in der Sozialversicherung	127
C. Beweismassenkung beim statistischen Nachweis der Unwirtschaftlichkeit	130
VIII. Beweislast bei der statistischen Wirtschaftlichkeitsprüfung	132
IX. Amtsabklärungspflicht der Prüfmanzen (Untersuchungsgrundsatz)	134

Zweiter Abschnitt

Statistische Analyse nach der Methode des arithmetischen Mittelwertvergleichs

138

§35 Die Verfahrensstadien im Überblick	138
§ 36 Die Bildung von Vergleichsgruppen	144
I. Prinzip der Identität der Leistungsmerkmale	144
II. Relevante und nicht relevante Leistungsmerkmale	145
A. Zum Begriff der Praxisbesonderheiten	145
B. Typische Leistungsmerkmale als Ausgangspunkt	146
C. Nur Teilidentität von Leistungsmerkmalen	147
D. Relevante Leistungsmerkmale und Zuordnungskriterien	148
1. Leistungsmerkmale in der Person des Arztes	148
a) Massgeblichkeit der standesrechtlichen Berufsordnung	148
b) Besonderes Ausbildungs- und Sorgfaltsprofil	150
c) Spezialisierung und Spezialitäten ohne FMH-Titel	150
d) Keine Vergleichsgruppe aus Praxisanfängern	151
e) Besondere Praxismerkmale aufgrund der Persönlichkeit des Arztes	151
2. Leistungsmerkmale in der Person des Patienten	152
a) Mehr „schwere Fälle“	152
b) Hoher Ausländeranteil	153
c) Hoher Frauenanteil in Allgemeinpraxen	153
3. Leistungsmerkmale der Praxisausstattung	153
a) Standards apparativer Ausstattung	154

b)	Über Standards hinausgehende Ausstattungen	154
c)	Praxen mit Labor bzw. Röntgenausstattung	155
d)	Spezialausstattung einer internistisch ausgerichteten Allgemeinpraxis	155
4.	Leistungsmerkmale besonderer Behandlungsangebote	156
a)	Praxis mit Selbstmedikation	157 i
b)	Praxis mit nichtärztlichen Therapeuten	157
c)	Praxis mit einseitigen Behandlungsschwerpunkten	158 j
d)	Praxis mit komplementärmedizinischer Ausrichtung	159
5.	Leistungsmerkmale in der Zusammenarbeit mit andern Leistungserbringern	160
6.	Leistungsmerkmale nach lokalen oder regionalen • Besonderheiten	160 j
E.	Generell irrelevante Praxismerkmale	162
1.	Nichtberücksichtigung tariflich irrelevanter Praxismerkmale	162
2.	Nichtberücksichtigung der Betriebskosten oder -Organisation	162
3.	Nichtberücksichtigung patientenquantitativer Praxismerkmale	163
F.	Grenzen der Vergleichsgruppenbildung	164
1.	Grenze der annähernden Homogenität der Vergleichsgruppe	164
2.	Grenze der ausreichenden Zahl von Ärzten der Vergleichsgruppe	164
3.	Grenze des unverhältnismässigen Aufwands	164
G.	Rechtsanspruch auf Verfeinerung der Vergleichsgruppe	165
1.	Wahlfreiheit der Kranken Versicherer	165
2.	Die Vorteile der verfeinerten Vergleichsgruppeneildung für den Arzt	165
G.	Beweislastverteilung bei der Vergleichsgruppenbildung	167
§ 37	Quantitative Zusammensetzung der Vergleichsgruppe	169
I.	Mindestgrösse der Vergleichsgruppe	169
II.	EVG-Praxis zur Mindestzahl	170
III.	Das statistische Problem der Ausreisser	172
A.	Robuste statistische Verfahren	172
C.	Einbezug des geprüften Arztes in die Vergleichsgruppe	173
D.	Praxen in HMO- oder Hausarztmodellen	174
IV.	Die Gruppeneinteilung der santesuisse-Statistik	175
§ 38	Ermittlung der Fallwerte	178
I.	Der Begriff des Fall werts	178
II.	Die zeitlichen Vergleichsgrundlagen	178
A.	Zum Begriff der Prüf- und Vergleichsperiode	178
B.	Dauer der Prüfperiode	179
III.	Der Begriff des Krankheitsfalls	180
A.	Allgemeines zum Begriff des Krankheitsfalls	180
1.	Krankheitsfall definiert als Gesamtkosten einer Krankheitsbehandlung	180
2.	Krankheitsfall definiert als diagnosebezogene Kostengrösse	180

3.	Krankheitsfall definiert als Behandlungsperiode	181
4.	Krankheitsfall als Abrechnungsperiode	181
B.	Der Krankheitsfallbegriff der Rechnungsstellerstatistik von santesuisse (früher: Konkordat)	181
1.	Der bis 1990 verwendete Krankheitsfallbegriff	182
a)	Definition des Krankheitsfalls	182
b)	Einwendungen gegenüber dem Krankheitsfallbegriff	182
2.	Der von 1991-1995 verwendete Krankheitsfallbegriff	184
3.	Der ab 1.1.1996 verwendete Krankheitsfallbegriff	185
a)	Definition des Krankheitsfallbegriffs	185
b)	Einwendungen gegenüber dem Krankheitsfallbegriff	185
C.	Die Krankheitsfallzahl	190
1.	Mindestzahl von Krankheitsfällen	190
a)	Mindestzahl beim geprüften Arzt	190
b)	Mindestfallzahl bei der Vergleichsgruppe	193
2.	Herstellung robuster mittlerer Fallkosten bei kleinen Praxen	193
3.	Prüfung aufgrund der Fallzahlen einzelner Krankenkassen	194
IV.	Die überprüften Leistungsbereiche	194
A.	Der Gesamtfallwert	194
B.	Spartenfallwerte	195
C.	Einzelleistungsfälle	195
D.	Vor- und Nachteile der verschiedenen Arten von Fallwerten	196
1.	Gesamtfallwert	196
2.	Spartenfallwerte	199
3.	Einzelleistungsfälle	200
E.	Das Verhältnis von Gesamtfallwert und Spartenfallwerten	202
1.	Mitberücksichtigung des Gesamtfallwerts bei der Spartenfallprüfung	202
2.	Keine grundsätzliche Prüfbefreiung bei unauffälligem Gesamtfallwert	202
3.	Art der Berücksichtigung eines unauffälligen Gesamtfallwerts	203
F.	Fallwerte für veranlasste Leistungen	203
G.	Patientenbezogene Fallwerte	204
H.	Wahl unter verschiedenen Fallwerten: Auswahlermessung	205
V.	Fallwerte der santesuisse-Statistik	205
A.	Die alte Rechnungsstellerstatistik (RSS) und Versichertenstatistik von santesuisse	206
B.	Der santesuisse-Datenpool und die neue RSS	206
C.	Die Rechnungsstellerstatistik als Vollerhebung und Sekundärstatistik	207
D.	Datenschutzrechtliche Grundlage für die Erstellung	208
E.	Datenschutzrechtliche Sonderfragen	208
F.	Grundzüge der Datenerfassung	210
1.	Leistungsabrechnungen als Grundlage	210
2.	Zuordnung aufgrund der Zahlstellennummer	210

4.	Erfasste Beträge, Leistungen und sonstige Daten	211
G.	Statistische Auswertungen	213
H.	Fallwerte der santésuisse-Statistik in der Wirtschaftlichkeitsprüfung	215
1.	Gesamtfallwert „Direkte Arztkosten“	215
2.	Spartenfallwert „Konsultationen und Besuche“	215
3.	Spartenfallwert „Medikamente vom Arzt“ (Selbstmedikation)	216
a)	Die erhobenen Daten	216
b)	Getrennte Prüfung der Medikamentenkosten	217
4.	Fallwerte für vom Arzt veranlasste Kosten	217
I.	Materielle Verlässlichkeit der Daten der santésuisse-Statistik	218
VI.	Andere Statistiken	223
A.	Visana-Statistik (ehemals KKB-Statistik)	223
B.	Statistik der Ärztekasse	224
§ 39	Rechnerische Operationen beim Fallwertvergleich	226
I.	Die mittleren Fallkosten des geprüften Arztes	226
II.	Der Vergleichsgruppendurchschnitt	227
III.	Die relativen Fallkosten des geprüften Arztes	227
IV.	Relative Überschreitung des Vergleichsgruppendurchschnitts	228
§ 40	Bereinigung des Fallwerts	229
I.	Einwendungen gegen die statistische Methode	229
II.	Einwendungen gegen das Vergleichsergebnis	230
A.	Allgemeines zu den Praxisbesonderheiten i.e.S.	230
B.	Systematisierung der Praxisbesonderheiten	230
C.	Fallwertwirksamkeit der Praxisbesonderheiten	232
D.	Beweis einer Praxisbesonderheit	232
1.	Amtsabklärungspflicht und Mitwirkungspflicht	232
2.	Beweislastverteilung bei Praxisbesonderheiten	233
E.	Kasuistik zu den Praxisbesonderheiten	233
1.	Praxisanfänger und Anlaufpraxis	233
2.	Rückläufige Patientenzahl	235
3.	Wegfall des Notfalldienstes	236
4.	Kostenintensive Fälle („schwere Fälle“)	236
a)	Grundsätzlich keine Anerkennung als Praxisbesonderheit	237
b)	Ausnahmsweise Anerkennung als Praxisbesonderheit (cy Praxis des EVG zu den „schweren Fällen“)	237
5.	Mehr Überweisungsfälle	240
6.	Hoher Ausländeranteil	242
7.	Hoher Frauenanteil in Allgemeinpraxen	243
8.	Überdurchschnittliches Patientenalter	244
9.	Besondere apparative Ausstattung	245
a)	Kriterien für die Anerkennung als Praxisbesonderheit	245
a)	Rechtsprechung zur besonderen Praxisausstattung	246
10.	Bessere Ausbildung und sorgfältigere Behandlung	247
11.	Besondere Leistungsangebote und Behandlungsschwerpunkte	247

12. Gemeinschaftspraxis und Assistentenbeschäftigung	249
F. Kompensatorische Ersparnisse als Praxisbesonderheit	— 249
1. Der Begriff der kompensatorischen Ersparnisse	249
2. Relevanter kompensatorischer Minderaufwand	250
3. Der Nachweis kompensatorischer Ersparnisse	251
4. Amtsabklärungspflicht und Mitwirkungspflicht	253
5. Beweislastverteilung bei kompensatorischen Ersparnissen	253
(&) Kompensatorische Effekte in der Praxis des EVG	254
a) Mehr direkte Arztkosten und weniger Medikamentenkosten	254
b) Mehr direkte Arztkosten und weniger Labor oder Röntgen	256
c) Mehr ambulante Leistungen und weniger Spitalüberweisungen	257
d) Weniger veranlasste nichtstationäre Leistungen	258
G. Fallwertbereinigung durch Quantifizierung	259
1. Allgemeines zur Quantifizierung von Praxisbesonderheiten	259
2. Quantifizierung von Praxisbesonderheiten in der Prüfpraxis	260
3. Allgemeines zur Quantifizierung kompensatorischer Ersparnisse	266
a) Prinzip der Aufrechnung von Minder- und Mehraufwand	266
b) Schaffung aufrechnungsfähiger Positionen	266
c) Fehlerhafte Kompensationen	267
4. Quantifizierung von kompensatorischen Ersparnissen in der EVG-Praxis	268
H. Auswirkung der Quantifizierung auf den Beweis der Unwirtschaftlichkeit	268
>41 Quantifizierung des unwirtschaftlichen Mehraufwandes	269
I. Die Bedeutung der Fallwerte	269
II. Rechnerische Operationen	270
III. Schätzung und Beurteilungsspielraum	271
IV. Der Toleranzbereich	272
A. Grundsätzliches zum Toleranzbereich	272
B. Notwendigkeit eines Toleranzbereiches	273
1. Berücksichtigung der ärztlichen Therapiefreiheit	273
2. Berücksichtigung unterschiedlicher Praxismerkmale	274
3. Berücksichtigung von Datenerfassungsmängeln	276
4. Toleranzzone als Gebot der Gerechtigkeit	276
5. Toleranzzone und Rechtsfrieden	277
C. Grundsätze zur Festlegung der Toleranzzone	277
@ Toleranzrahmen in der EVG-Praxis bei den Fallwerten der santesuisse-Statistik	278
1. Der Toleranzrahmen bei den direkten Arztkosten	278
2. Toleranzzone im Leistungsbereich Konsultationen und Besuche	281

3.	Toleranzzone im Leistungsbereich Medikamente (Selbstmedikation)		283;
V.	Besondere Ansätze der Mehraufwandberechnung	~ •	284
A.	Vergleich von Abrechnungshäufigkeiten als Bemessungsgrundlage	,	284
B.	Fallkostenperzentile als Bemessungsgrundlage		285
§ 42	Feststellung des Rückerstattungsbetrages		285'
I.	Die rückerstattungsfähigen Leistungen		285
II.	Rechtsnatur des Rückforderungsanspruchs		288
III.	Bezifferung der Rückforderung		288
IV.	Rechtzeitigkeit der Rückforderung		290
A.	Wahrung der Verwirkungsfrist	~'	290
B.	Vorwarnung als Voraussetzung des Rückforderungsanspruchs		291
V.	Verzugszins		292
VI.	Die rückforderungsberechtigten Krankenversicherer		293
VII.	Pflicht zur Rückforderung	,	295
VIII.	Kriterien für die Ermessensausübung	• ^	300
A.	Gleichmässige' lind willkürfreie Ermessensausübung		300
B.	Kein Regelkandn für die Bemessung der Rückforderung		302
IX.	Begründung der Ermessensentscheidung	"	304

Dritter Abschnitt

Statistische Analyse nach der Methode der mittleren Abweichung 307

§ 43	Die Bedeutung der Häufigkeitsverteilung		307
§ 44	Die Gauss'sche Normalverteilung		309
§ 45	Die Normalverteilung ärztlicher Fallwerte		311'
I.	Berechtigung der Annahme der Normalverteilung		311
II.	Die Standardabweichung der mittleren Fallkosten		313
III.	Die Lage des geprüften Arztes in der Normalverteilung		315
IV.	Die Grenzwerte für die Unwirtschaftlichkeitsbeurteilung		316
§ 46	Vor- und Nachteile der Methode der mittleren Abweichung		317
I.	Mitberücksichtigung der Binnenverteilung		317
II.	Unabhängigkeit von der Höhe des Vergleichsgruppendurchschnitts		317
III.	Möglichkeit von Wahrscheinlichkeitsberechnungen		318
IV.	Bessere Verständlichkeit		318
V.	Die nachteilige Notwendigkeit grosser Vergleichsgruppen		319
VI.	Keine allgemeine Überlegenheit der Methode der mittleren Abweichung	,	319
VII.	Die Bedeutung der Häufigkeitsverteilung für die Methode des arithmetischen Mittelwerts		321

Vierter Abschnitt	
Statistische Analyse nach der Methode des Perzentilensystems	323
§ 47 Entstehungsgeschichte	323
§ 48 Anwendung der lognormalen Verteilung	323
§ 49 Ausgestaltung des Perzentilensystems in der Zürcher Prüfpraxis	325
I. Standardisierung durch Perzentilen	325
II. Bausteine des Perzentilensystems	325
III. Beweistauglichkeit des Perzentilensystems	325
A. Die Beweistauglichkeit der Umsatzperzentile	326
B. Die Beweistauglichkeit der Fallkostenperzentile	328
1. Die Beweisaussage der Fallkostenperzentile	329
2. Schwierige Bestimmbarkeit der Beweisgrenzen	330
Fünfter Abschnitt	
Statistische Vergleichsanalysen nach Prof. Schmid	333
Sechster Abschnitt	
Kritik am Fallwertvergleich und Schlussbemerkung	341
Stichwortregister	345