

# **BGE 151 V 233**

Bundesgericht (BGE), 2024-12-09, DE

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/bge\\_151 V 233](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/bge_151_V_233)

FR: ATF 151 V 233

IT: DTF 151 V 233

## **Regeste**

Regeste Art. 32 Abs. 1, Art. 35 Abs. 2 lit. a, Art. 56 Abs. 1 und 6, Art. 59 Abs. 1 lit. b und Abs. 3 lit. a KVG; Wirtschaftlichkeitskontrolle von ärztlichen Leistungserbringern ("Überarztung"); Praxisbesonderheiten (BGE 150 V 129 E. 5.5). Erweiterte Praxisöffnungszeiten als solche sind keine relevante Praxisbesonderheit, aber allenfalls dann erheblich kostenwirksam, wenn die höhere zeitliche Verfügbarkeit zu einer Ausweitung der medizinischen Versorgung führt (E. 9.1). In einer internistischen Arztpraxis angebotene delegierte Psychotherapie erfolgt ausserhalb der ärztlichen Grundversorgung und ist Gegenstand einer separaten Wirtschaftlichkeitsprüfung, soweit dafür noch keine Kostengutsprache geleistet worden ist (E. 9.2.2). Die psychosomatische und sozialmedizinische Ausrichtung eines ärztlichen Grundversorgers als solche ist keine Praxisbesonderheit; sie kann aber zu einem grösseren Anteil kostenintensiver Patienten führen, was zu berücksichtigen wäre (E. 9.2.3). Zur Substantiierung einer Praxisbesonderheit in Gestalt einer ausserordentlich grossen Anzahl von Patienten mit chronischen und/oder psychischen Krankheiten (E. 9.3).

## **Erwägungen**

### **E. 9**

Die Beschwerdeführerin rügt, in ihrem Fall seien zu Unrecht Praxisbesonderheiten nicht berücksichtigt worden, deren Kosteneffekt zu einer Verminderung der Differenz zwischen dem (im Screening ermittelten) Praxisfallwert und dem Vergleichsgruppenfallwert führe. Strittig sind die Tragweite von erweiterten Öffnungszeiten (E. 9.1) und von Fähigkeitsausweisen sowie der angebotenen delegierten Psychotherapie (E. 9.2), ferner die Notwendigkeit einer weiterführenden Beurteilung der Morbidität des Patientenkollektivs (E. 9.3).

#### **E. 9.1.1**

Bereits vor dem kantonalen Schiedsgericht berief sich die Beschwerdeführerin auf den Umstand, dass ihre Praxis im Jahr 2017 an 301 Tagen von morgens 7 Uhr bis abends 19 Uhr und samstagsmorgens geöffnet gewesen sei und sie die gegenseitige Vertretung BGE 151 V 233 S. 236 der Ärzte sichergestellt habe. Wären Stellvertretungen jeweils über eine eigene ZSR-Nummer des einspringenden Arztes abgerechnet worden, hätte sich dies in dessen Statistik niedergeschlagen und nicht unter der ZSR-Nummer des Instituts. Vor Bundesgericht erinnert die Beschwerdeführerin daran, sie habe schon im Klageverfahren Unterlagen betreffend die Kostenfolgen von erweiterten Öffnungszeiten und der praxisinternen Stellvertretung bei Abwesenheiten beigebracht.

#### **E. 9.1.2**

Reguläre (publizierte) Sprechstundenzeiten über das übliche Mass hinaus (vgl. Urteil 9C\_33/2024 vom 24. Juni 2024 E. 4.4) erweitern die Behandlungskapazitäten und ermöglichen einen entsprechend grösseren Patientenstamm. Insoweit beeinflussen sie die Durchschnittskosten pro Patient grundsätzlich nicht. Allerdings ist vorstellbar, dass ein Leistungserbringer betriebliche Mehrkosten, die etwa infolge von Lohnzuschlägen in Randzeiten entstehen (vgl. BGE 150 V 381 E. 4.3.7), geltend machen kann, dies - mangels Anspruchs auf eine Dringlichkeits-Inkonvenienzpauschale (erwähntes Urteil 9C\_33/2024 E. 4.4) - gleichsam kompensatorisch. Weiter kann die - im Vergleich gerade mit einer Einzelpraxis ohne ausserordentliche Öffnungszeiten - grössere zeitliche Verfügbarkeit dazu führen, dass bestehende Patienten Leistungen beanspruchen, die sie sonst anderswo bezogen hätten; man denke an die Notfallversorgung von Stammpatienten oder auch an interne (statt externe) Ferienstellvertretungen. Soweit die von der Beschwerdeführerin sichergestellte medizinische Versorgung ausserordentlich beansprucht wurde, kann sie dies durchaus als wesentliche Praxisbesonderheit geltend machen. Rein organisationsbedingte Mehrkosten stellen hingegen keine erhebliche Praxisbesonderheit dar. So ist zwar möglich, dass einer Gruppenpraxis infolge erweiterter Öffnungszeiten und häufig wechselnder Betreuung von Patienten zusätzlicher Aufwand entsteht, um die Behandlungskontinuität sicherzustellen, dies zumal wenn Teilzeit arbeitende Ärzte sich regelmässig gegenseitig vertreten. Das müsste indessen durch geeignete Praxisabläufe aufgefangen werden.

## **E. 9.2**

Die Beschwerdeführerin beschäftigt Ärzte mit dem Facharzttitel Allgemeine Innere Medizin, die daneben teilweise über besondere Fähigkeitsausweise verfügen (u.a. Psychosomatische und Psychosoziale Medizin). Ausserdem bietet sie delegierte Psychotherapie an.

### **E. 9.2.1**

Die auf ihre Wirtschaftlichkeit hin zu kontrollierenden Behandlungskosten eines Leistungserbringers werden den BGE 151 V 233 S. 237 Durchschnittskosten im gleichen medizinischen Sachgebiet gegenübergestellt (GEBHARD EUGSTER, Krankenversicherung, in: Soziale Sicherheit, SBVR Bd. XIV, 3. Aufl. 2016, S. 679 Rz. 888). Vor dem kantonalen Schiedsgericht brachte die Beschwerdeführerin unter anderem vor, das erweiterte diagnostische und therapeutische Spektrum führe dazu, dass Patienten weniger oft an andere Ärzte und Institutionen verwiesen werden müssten. Mit Blick auf die geltend gemachten Behandlungsschwerpunkte hält die Vorinstanz daran fest, die massgebende Vergleichsgruppe setze sich aus den Praxen der Facharztgruppe Allgemeine Innere Medizin in der ganzen Schweiz zusammen (vgl. BGE 144 V 79 E. 6.1). Die angerufenen Spezialisierungen innerhalb der Inneren Medizin bedingten keine Anpassung. Die Fähigkeitsausweise der für die Beschwerdeführerin tätigen Ärzte seien im Vergleichskollektiv der Internisten ebenfalls vertreten, was einen allfälligen Effekt ausgleiche. Namentlich die psychosomatische und psychosoziale Medizin sei nicht auszusondern, da sie ein zentrales Element einer allgemeinmedizinischen Arztpraxis darstelle. Was die Psychotherapie angehe - die von Hausärzten in der Regel nicht angeboten werde -, seien die betreffenden Patienten nicht aus der Rechnung genommen worden, weil sie wegen unvollständiger Angaben der Beschwerdeführerin nicht hätten identifiziert werden können. Es sei von einer Beweisvereitelung auszugehen, zumal die Beschwerdeführerin für eine entsprechende Nichtmitwirkung rechtliche (nicht tatsächliche) Gründe anführe.

## **E. 9.2.2**

Dieser Vorwurf ist zunächst mit Blick auf die im Statistikjahr 2017 angebotene delegierte (psychologische) Psychotherapie zu überprüfen.

### **E. 9.2.2.1**

Die Beschwerdeführerin gibt an, 2017 seien bei ihr vier (psychologische, d.h. nichtärztliche) Psychotherapeuten angestellt gewesen. Die Patienten, die eine psychotherapeutische Behandlung beansprucht hätten, seien oft auch sonst Patienten ihrer Praxis. Internistische (allgemeinmedizinische) Praxen mit einem zusätzlichen Schwerpunkt "Psychotherapie" könnten nicht mit normalen Hausarztpraxen verglichen werden. Das Bundesgericht verlange denn auch, die psychotherapeutischen Leistungen und die allgemeinmedizinischen Leistungen je einer separaten Wirtschaftlichkeitskontrolle zu unterziehen (Urteil 9C\_570/2015 vom 6. Juni 2016 E. 7.3). Die Vorinstanz ignoriere dies. Sie, die Beschwerdeführerin, habe im schiedsgerichtlichen Verfahren Daten über die Kosten beigebracht, die durch Psychotherapie und weitere Spezialgebiete entstanden seien. BGE 151 V 233 S. 238

### **E. 9.2.2.2**

Das im hier massgebenden Statistikjahr 2017 noch praktizierte Modell der "delegierten Psychotherapie" geht auf einen Bundesgerichtsentscheid von 1981 zurück ( BGE 107 V 46 ); damals war der Beruf des psychologischen Psychotherapeuten noch nicht gesetzlich geregelt. Psychotherapeutische Behandlungen durch angestellte Psychologen konnten - als (delegierte) ärztliche Leistungen - zulasten der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) abgerechnet werden, wenn sie von einem berechtigten Arzt verordnet und in dessen Praxisräumen sowie unter dessen Aufsicht und Verantwortlichkeit erbracht wurden (vgl. BGE 125 V 441 E. 2d). Das am 1. April 2013 in Kraft getretene Bundesgesetz vom 18. März 2011 über die Psychologieberufe (SR 935.81) regelt nunmehr u.a. die Aus- und Weiterbildung und die Berufsausübung der psychologischen Psychotherapeuten. Auf den 1. Juli 2022 wurde das Delegationsmodell durch ein Anordnungsmodell ersetzt; seit dem 1. Januar 2023 gibt es keine delegierte Psychotherapie mehr (vgl. dazu den Kommentar des Bundesamts für Gesundheit [BAG] zur Änderung der KVV und der KLV, März 2021). Nichtärztliche Psychotherapeuten werden seither unter bestimmten Voraussetzungen direkt zur Leistungserbringung zulasten der OKP zugelassen ( Art. 50c KVV [SR 832.102], in Kraft seit 1. Juli 2022 [vgl. Übergangsbestimmungen zur Änderung der KVV vom 19. März und 23. Juni 2021]); sie können selbständig, in eigener fachlicher Verantwortung und auf eigene Rechnung, tätig sein, soweit die Behandlung ärztlich angeordnet ist ( Art. 11b KLV [SR 832.112.31]). Anordnungsbefugt sind u.a. die ärztlichen Grundversorger, während unter dem Delegationsmodell ein Fähigkeitsausweis "Delegierte Psychotherapie (FMPP)" erforderlich war.

### **E. 9.2.2.3**

Eine Wirtschaftlichkeitskontrolle von Leistungen der delegierten Psychotherapie war von vornherein nur erforderlich und zulässig, soweit der Krankenversicherer nicht gestützt auf einen vertrauensärztlichen Bericht Kostengutsprache für eine fortgesetzte (über 40 Sitzungen hinausreichende) Therapie erteilt hat (vgl. Art. 3b KLV ). Soweit der zuständige Krankenversicherer sie genehmigt hat, gilt eine psychotherapeutische Behandlung als in wirtschaftlicher Weise erbracht (Urteile 9C\_570/2015 vom 6. Juni 2016 E. 7.2 und 7.3; K 172/97 vom 23. April 1999 E. 5). Im Übrigen ist die mit einem hohen Zeitaufwand

verbundene Psychotherapie - die in delegierter Form als ärztliche Leistung gilt - keine Spezialität im Rahmen ärztlicher Grundversorgung. Sie steht ausserhalb des BGE 151 V 233 S. 239 Leistungsspektrums einer internistischen Praxis und kann daher nicht als Praxisbesonderheit behandelt werden. Ebenso wenig ist es angezeigt, dieses Zusatzangebot über eine spiegelbildlich zusammengesetzte Vergleichsgruppe zu erfassen. Vielmehr braucht es hier für die unter den Titeln der allgemeinmedizinischen Behandlung einerseits und der delegierten Psychotherapie andererseits entstandenen Kosten je eine separate Wirtschaftlichkeitsprüfung (erwähntes Urteil 9C\_570/ 2015 E. 7.3; vgl. auch Urteil K 50/00 vom 30. Juli 2001 E. 6). Patienten, die sowohl ärztliche Grundversorgung wie auch Psychotherapie beanspruchen, werden zwei verschiedenen Patientenkollektiven zugeordnet. Für psychotherapeutische Leistungen, die noch nicht qua Kostengutsprache genehmigt sind, werden eigene Prokopf-Fallwerte berechnet. Angestellte Medizinalpersonen, so auch die für die Beschwerdeführerin delegiert tätigen psychologischen Psychotherapeuten, sind keine eigenständigen Leistungserbringer im Sinn des KVG. Demzufolge verfügen sie über keine eigene ZSR-Nummer (vgl. nicht publ. E. 8.1.2). Insoweit kommt der Grundsatz, wonach sich eine Wirtschaftlichkeitskontrolle auf die Gesamtheit der unter einer ZSR-Nummer in Rechnung gestellten Leistungsvergütungen bezieht (nicht publ. E. 5.2), nicht zum Tragen. Inwiefern das skizzierte Vorgehen angesichts des erheblich eingeschränkten Gegenstands der nachträglichen Wirtschaftlichkeitskontrolle ( Art. 59 KVG ) im Bereich der Psychotherapie überhaupt sinnvoll und praktikabel ist, muss an dieser Stelle offenbleiben und den fachkundigen Tarifpartnern resp. dem Schiedsgericht zur Beurteilung überlassen werden.

#### **E. 9.2.2.4**

Die Vorinstanz forderte bei der Beschwerdeführerin u.a. die Namen der im Rahmen der delegierten Psychotherapie behandelten Patienten an und bat die Beschwerdegegnerinnen, diese anschliessend in der Berechnung nicht mehr zu berücksichtigen. Die Beschwerdeführerin reichte daraufhin eine Analyse ihrer Fallkosten ein. Auf weitere Aufforderung der Vorinstanz hin gab sie eine Namensliste mit 858 Patienten zu den Akten. Im angefochtenen Urteil hält die Vorinstanz fest, aufgrund der Daten, die die Beschwerdeführerin geliefert habe, sei es nicht möglich, die betroffenen Patienten zu identifizieren. Es sei nicht einsichtig, weshalb keine vollständigen Daten eingereicht worden seien, nachdem die von der Beschwerdeführerin beigezogene Datenspezialistin offenbar in der Lage BGE 151 V 233 S. 240 gewesen sei, eine Neuberechnung im Sinn der prozessleitenden Verfügung vorzunehmen. Deshalb seien alle Patienten der Beklagten in eine (einheitliche) Berechnung einzubeziehen.

#### **E. 9.2.2.5**

Von einer ungenügenden Mitwirkung der Beschwerdeführerin bei der vorinstanzlichen Beweiserhebung kann nicht gesprochen werden. Sofern es mit Blick auf den Umstand, dass die psychotherapeutischen Leistungen zu einem erheblichen Teil einer (neuen) Wirtschaftlichkeitsprüfung entzogen sind (oben E. 9.2.2.3), angezeigt und verhältnismässig erscheint, sind die im streitgegenständlichen Statistikjahr 2017 erbrachten Leistungen der Beschwerdeführerin in zwei Gruppen "ärztliche Grundversorgung" und "delegierte Psychotherapie" aufzuteilen; die Tarifpool-Daten der SASIS AG weisen auch die Fakturabeträge (nach TARMED-Positionen) für delegierte psychotherapeutische Behandlungen aus. Anhand der jeweiligen Anzahl entsprechend behandelter Patienten ist gegebenenfalls für beide Bereiche je ein Fallwert zu ermitteln und demjenigen einer

entsprechenden Vergleichsgruppe gegenüberzustellen. Diese Aufgabe obliegt nicht in erster Linie der Beschwerdeführerin. Daher ist der in der Beschwerdeantwort geäusserte Vorwurf unbegründet, die datenanalytischen Berichte, die die Beschwerdeführerin im schiedsgerichtlichen Verfahren eingereicht hat, hätten keinen Bezug zum Referenzkollektiv und blieben ohne Nutzen für die Wirtschaftlichkeitsprüfung.

### **E. 9.2.3**

Bei der Beschwerdeführerin tätige Ärzte verfügen teilweise über Fähigkeitsausweise in Psychosomatischer und Psychosozialer Medizin (interdisziplinärer Schwerpunkttitle). Mit Bezug auf Psychosomatik und Sozialmedizin als solcher liegt, wie die Vorinstanz richtig festhält, keine Praxisbesonderheit vor, weil diese Disziplinen einen typischen Bestandteil der Grundversorgung darstellen (erwähntes Urteil 9C\_570/2015 E. 7.4). Behandlungsschwerpunkte aufgrund besonderer fachlicher Qualifikationen sind indessen, entgegen der Auffassung der Vorinstanz, unter dem Titel der Praxisbesonderheit nicht generell schon deswegen unbeachtlich, weil entsprechende ärztliche Weiterbildungen auch im gesamtschweizerischen Vergleichskollektiv vorkommen. In einer entsprechend spezialisierten Praxis wird ein Behandlungsschwerpunkt (sofern er im Unterschied etwa zur Psychosomatik seiner Natur nach grundsätzlich eine Praxisbesonderheit darstellen kann) die Kostenstruktur der geprüften Praxis wesentlich stärker beeinflussen BGE 151 V 233 S. 241 als er sich im Durchschnitt der Vergleichsgruppe niederschlägt. Was Psychosomatik und Sozialmedizin betrifft, kann eine entsprechende Ausrichtung möglicherweise dazu führen, dass das Patientenkollektiv sich vom durchschnittlichen Patientengut internistischer Praxen hinsichtlich Morbidität signifikant unterscheidet, ohne dass dies durch die Morbiditätsindikatoren im Screening-Verfahren vorweg neutralisiert würde (nicht publ. E. 5.5.2). Dies wiederum wäre eine näher zu untersuchende Praxisbesonderheit. Im Übrigen kann sich eine psychosomatisch-sozialmedizinische Ausrichtung der Praxis allenfalls auf den Umfang der Toleranzmarge auswirken (nicht publ. E. 5.4.2 und 8.3.2).

### **E. 9.3**

Strittig ist schliesslich, ob die Morbidität des Patientenkollektivs Gegenstand einer näheren Prüfung sein muss.

#### **E. 9.3.1**

Die Beschwerdeführerin macht gestützt auf den eingereichten statistischen Bericht vom 27. März 2019 geltend, eine ausserordentlich hohe Anzahl ihrer 2'983 Patienten (2017) habe sowohl chronische wie auch psychische Krankheiten (38 % Chronischkranke, zusätzlich 28 % psychisch und chronisch kranke Patienten); im Allgemeinen liege der Anteil multimorbider resp. chronischkranker Patienten in Hausarztpraxen gemäss wissenschaftlichen Auswertungen bei 13 bis 25 %.

##### **E. 9.3.2.1**

Das kantonale Schiedsgericht erwägt, es genüge nicht, Besonderheiten (und die damit verbundenen Mehrkosten) bloss zu behaupten; der Leistungserbringer habe sie vielmehr so substantiiert vorzutragen, dass die Kontrollinstanzen begründeten Anlass zu weiteren Abklärungen sähen. Die Beschwerdeführerin lege keine Praxisbesonderheiten dar, die nicht schon in der (regressionsanalytischen) Auswertung enthalten seien. Sie behaupte zwar einen hohen Anteil multimorbider Patienten; diese Angaben beruhten indessen auf Kostenanalysen, die ihrerseits auf dem Datensatz der Praxissoftware und nicht auf den Daten des vertraglich vereinbarten Daten- und Tarifpools der SASIS AG fussten. Die von

der Beschwerdeführerin verwendeten Daten böten damit keine Gewähr dafür, den vertraglich definierten Beurteilungskriterien zu entsprechen; damit sei die betreffende Praxisbesonderheit nicht hinreichend substantiiert.

#### **E. 9.3.2.2**

Die Beschwerdeführerin entgegnet, sie habe die vom Schiedsgericht herausverlangten Patientendaten geliefert. Offensichtlich BGE 151 V 233 S. 242 habe die Vorinstanz aber mit dieser Analyse nichts anzufangen gewusst, weshalb sie ihr nun eine Verletzung der Mitwirkungspflicht vorwerfe. Es sei nicht ersichtlich, wieso nicht die Klägerschaft diese Daten beigebracht habe. Sie, die Beschwerdeführerin, verfüge nur über ihre eigenen Praxisdaten; auf die Daten der SASIS AG habe sie keinen Zugriff. Sie weist auf die im schiedsgerichtlichen Verfahren vorgelegte statistische Auswertung hin. Dort werde nachgewiesen, dass hinsichtlich der nicht multimorbiden resp. chronischkranken Patienten, selbst der älteren, ausserordentlich geringe Behandlungskosten entstanden seien. Falsch sei im Übrigen die vorinstanzliche Annahme, in der Regressionsanalyse verwendete Morbiditätsvariablen trügen den fraglichen Praxisbesonderheiten ohne Weiteres Rechnung. Die Morbidität könne hier namentlich über die pharmazeutischen Kostengruppen PCG nicht abschliessend erfasst werden. So verschreibe beispielsweise ein komplementärmedizinisch tätiger Internist unter Umständen häufig Medikamente, die nicht in der PCG-Liste aufgeführt seien. Im vorinstanzlichen Verfahren illustrierte die Beschwerdeführerin ihre Einwendungen mit Berechnungen zum "Anteil der multimorbiden/chronischen Patienten am Patientengut 2017" vom 14. Mai 2019. Dort wird ausgeführt, der Anteil multimorbider und chronischkranker Patienten werde massiv unterschätzt, wenn man allein auf die Anzahl verabreichter Medikamente abstelle. Für das Jahr 2017 würden mehr als ein Viertel der tatsächlich multimorbiden und/oder chronischkranken Patienten nicht als solche identifiziert. So seien einem Drittel der Patienten mit einer psychischen Erkrankung höchstens zwei Medikamente verschrieben worden, was statistisch gesehen als unauffällig erscheine. Daher erweise sich die Medikation nicht als hinreichender Indikator zur Bestimmung der Morbidität.

#### **E. 9.3.3**

Eine unzureichende Mitwirkung der Beschwerdeführerin ist nicht ersichtlich (vgl. nicht publ. E. 5.5.3). Im Bericht "Statistik 2017 Praxis A. AG" wird das Patientenkollektiv der Beschwerdeführerin nach Altersgruppen, Erkrankungsgrad und -art (normal, Chronischkranke, psychisch Kranke, chronisch und psychisch Kranke) und Kostenintensität gegliedert, die betreffenden Daten zusätzlich nach den Merkmalen Migrationshintergrund, Sterbebegleitung, Invalidenrentenbezug, "Patienten Caregiver", Demenz, Rollstuhl und Heimaufenthalt aufgeschlüsselt; sodann werden die entsprechenden Fallkosten aufgezeigt. Das Schiedsgericht setzt sich mit diesen BGE 151 V 233 S. 243 statistischen Auswertungen nicht auseinander resp. hat bei den Beschwerdegegnerinnen keine Stellungnahme und keine allfällige Klageergänzung angefordert. Insoweit verbietet sich die Feststellung, der statistischen Auswertung, die die Beschwerdeführerin eingereicht hat, seien von vornherein keine genügenden Anhaltspunkte für eine Beurteilung der geltend gemachten Praxismerkmale zu entnehmen. Grundsätzlich darf die Beschwerdeführerin Praxisbesonderheiten mit den ihr verfügbaren Mitteln und Daten substantiiieren, zumal es dabei erst einmal darum geht, kostenerhöhende Umstände glaubhaft zu machen. Es ist sodann Sache der abklärungspflichtigen und letztlich auch materiell beweisbelasteten ( BGE 150 V 129 E. 5.3) Klägerschaft, anhand der verfügbaren Statistiken Feststellungen

über die Relevanz der diskutierten Merkmale zu treffen. Es kann nicht unterstellt werden, dass die Beschwerdeführerin die nötigen Informationen hat, um der vorinstanzlich postulierten Datenkompatibilität (vgl. oben E. 9.3.2.1) gerecht zu werden. Hinzu kommt, dass "vertraglich definierte Beurteilungskriterien" an sich nur das Screening-Verfahren und nicht die Einzelfallprüfung betreffen (vgl. nicht publ. E. 5.4.1); Praxisbesonderheiten sind im Rahmen der Letzteren zu betrachten. Die Mitwirkungspflicht des Leistungserbringers bezieht sich auch und gerade auf Praxisdaten, die bei den Krankenversicherern nicht vorhanden sind. So ist etwa vorstellbar, signifikante Abweichungen im Morbiditätsprofil mithilfe von Aufzeichnungen des Leistungserbringers über die gestellten Diagnosen zu substantiieren (vgl. nicht publ. E. 5.5.2 zweiter Abs.).

#### **E. 9.3.4**

Abschliessend sei anzumerken, dass ein Datenvergleich erleichtert würde, wenn die Krankenversicherer den Leistungserbringern hinsichtlich der wichtigsten Merkmale des einschlägigen Patientenkollektivs Durchschnittswerte gemäss Datenpool zur Verfügung stellten (vgl. EUGSTER, a.a.O., S. 684 Rz. 909). Dies würde den mitwirkungspflichtigen Leistungserbringer in die Lage versetzen, allfällige Praxisbesonderheiten gezielt und aussagekräftig darzustellen.

#### **E. 9.4**

Zusammengefasst sind die geltend gemachten erweiterten Öffnungszeiten als solche keine relevante Praxisbesonderheit, zumal sie zu einem grösseren Patientenbestand führen. Sie sind aber dann als kostenwirksam zu berücksichtigen, wenn die höhere zeitliche Verfügbarkeit eine Ausweitung der medizinischen Versorgung bewirkt (z.B. Notfälle; E. 9.1). Die in der internistischen Praxis der Beschwerdeführerin angebotene delegierte Psychotherapie erfolgt BGE 151 V 233 S. 244 ausserhalb der ärztlichen Grundversorgung und muss Gegenstand einer separaten Wirtschaftlichkeitsprüfung sein; dies indessen nur, soweit für die psychotherapeutischen Leistungen nicht bereits Kostengutsprache geleistet worden ist (E. 9.2.2). Eine psychosomatische und sozialmedizinische Ausrichtung der Praxis der Beschwerdeführerin als solche stellt - als typischer Bestandteil der ärztlichen Grundversorgung - an sich keine Praxisbesonderheit dar; sie kann aber zu einem vergleichsweise grösseren Anteil kostenintensiver Patienten führen, was wiederum zu berücksichtigen wäre (E. 9.2.3). Schliesslich erscheint hier die allfällige Kostenrelevanz einer ausserordentlich grossen Zahl an Patienten mit chronischen und/oder psychischen Krankheiten nicht als unzureichend substantiiert (E. 9.3).

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