

gelfall durch psychiatrische Kolleginnen und Kollegen initiiert und sollten in kollegialer Zusammenarbeit durchgeführt werden.

Probleme der Zusammenarbeit

Aus hausärztlicher Sicht wird regelmässig moniert, es sei sehr schwierig, psychiatrische Therapieplätze zu finden. Der interkollegiale Austausch sei mangelhaft.

Einzelne Fachgesellschaften für Psychiatrie und Psychotherapie haben auf diesen Vorwurf reagiert und informieren über freie Therapieplätze auf ihren Websites: Bern (www.bgpp.ch); Basel-Stadt/

Baselland (www.ppv.ch), Lausanne (www.gppv.ch) und Zürich (www.therapievermittlung.ch). Das Berner Bündnis gegen Depression organisiert zudem die Teilnahme psychiatrisch tätiger Kolleginnen und Kollegen an hausärztlichen Qualitätszirkeln (www.berner-buendnis-depression.ch).

Literatur

- 1 Scott J. Depression should be managed like a chronic disease (editorial). *Br Med J.* 2006;332:985–6.
- 2 Priest RG, Vize C, Roberts A, Roberts G, Tylee A. Lay people's attitudes to treatment of depression: results of opinion poll for Defeat Depression Campaign just before its launch. *Br Med J.* 1996;313:858–9.
- 3 Hasler G. Pathophysiology of depression: do we have any solid evidence of interest to clinicians? *World Psychiatry.* 2010;9:155–61.
- 4 Hasler G, Preisig M, Müller T, et al. Behandlungsempfehlungen für bipolare Störungen. *Swiss Med Forum.* 2011;11:308–13.
- 5 Holsboer-Trachsler E, Hättenschwiler J, Beck J, et al. Die somatische Behandlung der unipolaren depressiven Störungen. *Swiss Med Forum.* 2010;10: 802–9.

Korrespondenz:

Dr. med. Heinrich Kläui
Praxis für Innere Medizin
Bühlstrasse 59
3012 Bern
heinrich.klaui@redcross.ch

Das Wichtigste in Kürze

- Depressionen sind in der hausärztlichen Praxis häufig.
- Eingespielte Kontakte mit den psychiatrischen Fachkolleginnen und -kollegen sind sehr hilfreich.
- Es gibt neue Empfehlungen zur Behandlung. Die aktuellen schweizerischen Therapieempfehlungen wurden 2010 im «Swiss Medical Forum» publiziert [5].
- Für die Behandlung von depressiven Episoden bei bipolaren Störungen gelten spezielle Empfehlungen. Diese wurden soeben im «Swiss Medical Forum» publiziert [4].

Christoph Napierala, Andreas Haefeli, Urs Saxer

Aktuelle BGE-Urteile und deren Bezug auf WZW-Verfahren

Ende des letzten und Anfang dieses Jahres hat das Bundesgericht in drei Fällen wegweisende Entscheide gefällt. Diese ermöglichen Ärzten, die einem WZW-Verfahren nach Art. 56 KVG unterzogen werden, endlich eine breitere Beurteilung der im Gesetzesartikel erwähnten Wirtschaftlichkeit. Ökonomisch gesehen sind dabei nicht nur Kosten, wie aktuell bei Gerichten verwendet, sondern das Effizienzmass, also ein Verhältnis von Input und Output, gemeint. Dabei würde es um einen rationalen Umgang mit Ressourcen gehen, ein immer noch wenig beachtetes Prinzip, wobei sich Gerichte bis jetzt vornehmlich auf die Inputseite, die Kosten, gestützt haben. Die Gelegenheit ist gut, zu einem differenzierteren Verfahren zu kommen, und deshalb soll im Folgenden ein Überblick über die Urteile und mögliche Konsequenzen daraus gegeben werden.

Die Urteile im Überblick

Vor der Darstellung der zeitlichen Abfolge der einzelnen Urteile muss hier noch eine kurze Begriffsklärung erfolgen. Bei statistischen Verfahren geht das Bundesgericht von einem Vergleich eines Arztes mit dem Kostendurchschnitt einer Vergleichsgruppe aus. Bei analytischen Verfahren versteht es die detaillierte Analyse einzelner Patienten und Rechnungen eines einzelnen Arztes.

BGE 9c 968/2009 vom 15. Dezember 2010

Dieser Entscheid legt zum ersten Mal fest, wann sich ein statistischer Vergleich anzubieten hat, und nennt die Bedingungen dafür:

- Die Vergleichsgruppe muss mindestens zehn Ärzte bzw. Ärztinnen umfassen.
- Die Vergleichsperiode muss genügend lang sein.
- Es muss eine ungefähr vergleichbar gewichtete Anzahl Behandlungsfälle beim Arzt vorliegen.

Die Folgen aus diesen drei Punkten sind mannigfaltig. Der Betroffene kann bei jedem Verfahren diese Punkte kumulativ geltend machen, eine allfällige Verteidigung wird damit einfacher gemacht, beispielsweise eine Vollständigkeitsprüfung mit Hilfe der KÄG und/oder des Trust Centres enorm vereinfacht, und der Datenschutz kann mit dem Mittel der sogenannten Sonderkollektive gewährt werden. Das heisst, aus den TC-Daten können, auf Anforderungen, sehr flexibel eine dedizierte Anzahl Ärzte eines bestimmten Kollektives (bspw. Kanton, Fachgesellschaft) extrahiert werden. Es dürfte vermutlich der *santésuisse* schwerfallen, den verlangten Punkten analog entsprechen zu können, ohne den Datenschutz zu gefährden. Es wird allerdings auf gerichtlicher Ebene nach wie vor nur auf *santésuisse*-Daten geurteilt.

Es ist allerdings nicht von der Hand zu weisen, dass mit Kenntnis der jeweiligen Fachgruppenmitglieder im Kanton im schlechtesten Fall auf die einzelnen Ärzte zurückgeschlossen werden kann. Auch wird es Kantone geben, wo die Minimalgrössen der betrachteten Fachgruppen nicht erreichbar sein werden. Grundsätzlich zu begrüssen ist, dass der evidenzbasierte bzw. statistische Ansatz verlangt wird. Denn dieser würde es theoretisch erlauben, eine methodische und objektive Beurteilung vorzunehmen, ohne schon im Voraus Einzelfaktoren werten zu müssen. In der Praxis wird sich jedoch weisen müssen, wie ein solcher Ansatz funktionieren kann. Den Trust-Centre-Zahlen wird sicherlich eine grosse Bedeutung zukommen, wenigstens Validierungen zu liefern.

BGE 9c 167/2010 vom 14. Januar 2011

In dieser Urteilsbegründung wird das Patientengut hervorgehoben. Trotz der Rückweisung der Klage des Arztes ist es hier von grosser Relevanz, dass das Gericht zum Schluss kommt, dass die statistische Methode allein die Situation nicht genügend würdigt. Der Schweregrad der Erkrankungen müsse hier in die Bewertung einfließen. Es wird also nicht nur auf die Kosten verwiesen, sondern es erfolgt eine Differenzierung auf eine outcomeähnliche Komponente. Dies wiederum deutet daraufhin, dass das Gericht nicht nur eine «reine» Kostenbetrachtung vornimmt. Bedeutsam ist hier auch, dass ein ausserkantonaler Experte zur Vermeidung von Interessenkonflikten hinzugezogen werden soll.

Auch in diesem Fall kann ein Vergleich der Kollektive mittels Trust-Centre-Daten weit über die Möglichkeiten von *santésuisse* gehen. Gerade bei SD-Kantonen kann eine profunde Analyse des Patientengutes des betroffenen Arztes im Vergleich zu seinen Peers erfolgen. Wichtig ist hierbei nur, dass Gleiches mit Gleichem verglichen wird. Dieser Fall entspricht nicht zuletzt der dritten Forderung des FMH-Positionspapiers zum Thema WZW-Verfahren, in der genau eine solche Einzelprüfung gefordert wurde [1].

BGE 9c 733/2010 vom 19. Januar 2011

Das komplexeste, aber auch weitreichendste Urteil erfolgte zeitlich gesehen zuletzt. Grundsätzlich betrifft es direkte und indirekte, also veranlasste Kosten.

Bis anhin waren die veranlassten Kosten Teil der Wirtschaftlichkeitskontrolle (hier: als Kostenkontrolle). Diese Auslegung barg bis anhin ein grosses Diskussionspotential [2]. Der Wortlaut der Urteilssprechung nimmt hier explizit eine Richtungsänderung vor und stellt klar, dass bei Rückforderungen seitens der Kassen nur die vom Leistungserbringer direkt erbrachten Leistungen betroffen sein können. Dies hat damit zu tun, dass der Arzt bei den veranlassten Kosten nie ein entsprechendes und faktisches Entgelt erhalten hat. Hier nun ergibt sich ein Zielkonflikt zwischen rechtlicher Auslegung und effektiver Wirtschaftlichkeit, da in Bezug auf die Gesamtkostensicht die veranlassten Kosten sehr wohl eine wichtige Rolle spie-

len, aber eben nicht bezüglich der bezahlten Leistungen an einen einzelnen Arzt. Dies ist bei der WZW-Betrachtung der *santésuisse* der relevante Bezugspunkt. Die Richter gehen sogar noch weiter, indem sie festhalten, dass ein Arzt, der überdurchschnittliche direkte Kosten hat, jedoch unterdurchschnittliche Gesamtkosten aufweist, gerade deswegen wirtschaftlich handelt, weil er beispielsweise mehr Behandlungen selbst durchgeführt und damit die Kosten gesamthaft selbst steuert. Damit ist anzunehmen, dass dadurch dem Gesamtsystem weniger Kosten anfallen. Das Gericht nimmt hier also fast eine volkswirtschaftliche Betrachtungsweise ein.

Die Lösung für Ärztinnen und Ärzte in dieser Situation ist, dass sie detailliert aufzeigen können, was ihr Leistungsspektrum im Detail umfasst. Das heisst beispielsweise, dass aufgezeigt werden kann, welche TARMED-Positionen im jeweiligen Fall abgerechnet werden und was eine Vergleichsgruppe hier leistet. Abermals werden hier Trust-Centre-Daten in den einzelnen Fällen *santésuisse* überlegen sein, weil jene schneller verfügbar und in der Qualität besser sind. Es wird hier vor allem darum gehen, bspw. die Typologie von Patienten, die sich nach Altersgruppen unterscheiden, beim Arzt und seinem Vergleichskollektiv aufzuzeigen.

In der Folge wird dieser Richterspruch eine grosse Entlastung für Ärztinnen und Ärzte bedeuten.

Schlussfolgerungen

Die drei Urteile zeigen deutlich auf, dass die stetige Arbeit und das Aufzeigen der Unzulänglichkeiten der in der Vergangenheit geführten WZW-Verfahren sich durchaus auch auf judikativer Ebene lohnt. Wünschenswert wäre hier nur, dass die evidenzbasierten Ansätze, wie im erwähnten FMH-Positionspapier [1] empfohlen, partnerschaftlich aufgebaut werden könnten und dass dies möglichst schnell passiert. Damit liesse sich viel Unmut vermeiden, Verfahrenstransparenz herleiten und eine echte Steuerung im System zulassen. Nur über ein wahres WZW-Verfahren unter Berücksichtigung mehrerer Variablen wie Morbidität und Alter des Patientengutes lässt sich an dieser Stelle wirkliche Veränderung und eine nachhaltige Kostensteuerung anstreben.

Literatur

- 1 FMH: Wirtschaftlichkeitsverfahren unter KVG Art. 59 (Sanktionsrecht). Positionspapier der Arbeitsgruppe WZW der FMH Bern, Juli 2010.
- 2 Bspw. Gattiker M. Veranlasste Kosten – Einbezug in die Forderung wegen Überarztung nach Art. 56 Abs. 2 KVG. AJP9/2005 1098.

Korrespondenz:
lic. rer. pol., MPH Christoph Napierala
Chüeferistrasse 14a
8320 Fehraltorf
napierala@gmx.net