

# **BE\_VERWALTUNGSGERICHT 200 2018 507 vom 10. August 2021**

BE Verwaltungsgericht, 2021-08-10, DE

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/be\\_verwaltungsgericht\\_200\\_2018\\_507](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/be_verwaltungsgericht_200_2018_507)

FR: BE\_VERWALTUNGSGERICHT 200 2018 507 du 10 août 2021

IT: BE\_VERWALTUNGSGERICHT 200 2018 507 del 10 agosto 2021

## **Regeste**

Überprüfung der Wirtschaftlichkeit der Praxisführung 2016 und Honorarrückforderung für das Statistikjahr 2016

## **Erwägungen**

### **E. 1.1**

Gemäss Art. 89 Abs. 1 des Bundesgesetzes vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung (KVG; SR 832.10) sind Streitigkeiten zwischen Versicherern und Leistungserbringern durch ein Schiedsgericht zu entscheiden. Die Kantone können die Aufgaben des Schiedsgerichts dem kantonalen Versicherungsgericht übertragen (Art. 89 Abs. 4 Satz 3 Halbsatz 1 KVG), was der Kanton Bern getan hat (Art. 40 EG KUMV).

### **E. 1.2**

Im vorliegenden Verfahren sind mit der Überprüfung der Wirtschaftlichkeit der Praxisführung und den entsprechenden Rückforderungen die Statistikjahre 2014-2016 betreffend Streitigkeiten zwischen Versicherern und einem Leistungserbringer zu beurteilen, weshalb die sachliche Zuständigkeit des Schiedsgerichts gegeben ist. Bezüglich der drei Klagen (Klagen vom 13. Juli 2016, 14. Juli 2017 und 6. Juli 2018) liegt in zwei Fällen (Klagen vom 13. Juli 2016 und 14. Juli 2017) eine Rückweisung des Bundesgerichts mit entsprechenden Anweisungen an das kantonale Gericht vor. Der Beklagte hat seine Praxis im Kanton Bern (...), womit das Schiedsgericht in Sozialversicherungsstreitigkeiten des Kantons Bern auch örtlich zuständig ist (Art. 89 Abs. 2 KVG).

### **E. 1.3**

Die Vertretungsvollmachten von santésuisse für die vorliegenden Verfahren ergibt sich für diejenigen Krankenversicherer, die santésuisse-Mitglieder sind, aus Art. 17 der santésuisse-Statuten (Mitgliederverzeichnis sowie Statuten abrufbar unter [www.santesuisse.ch](http://www.santesuisse.ch)). Bezüglich der klagenenden Krankenversicherer, die nicht Mitglieder von santésuisse sind, wurden entsprechende Prozessvollmachten vorgelegt (act. I 5-15 im Verfahren SCHG/2016/662, act. IA 1-4 im Verfahren SCHG/2017/670). Sodann ist der Rechtsvertreter von santésuisse ordnungsgemäss bevollmächtigt (act. I 16 im Verfahren SCHG/2016/662; Art. 15 VRPG). Auf die Klagen ist damit einzutreten.

### **E. 1.4**

Im Klageverfahren ergibt sich der Streitgegenstand einzig aus den Rechtsbegehren der Klage. Innerhalb des Streitgegenstands ist das Schiedsgericht in Sozialversicherungsstreitigkeiten in Durchbrechung der

Urteil des Schiedsgerichts in Sozialversicherungsstreitigkeiten des Kantons Bern vom 10. August 2021, SCHG/18/507 Seite 12 Dispositionsmaxime an die Begehren der Parteien nicht gebunden (vgl. BGE 135 V 23 E. 3.1 S. 26). Das Gericht würdigt die Vorbringen der Partei- en in tatsächlicher und rechtlicher Hinsicht nach pflichtgemäßem Ermessen. Es kann unter Wahrung des rechtlichen Gehörs zu Ungunsten der klagen- den Partei entscheiden oder dieser mehr zusprechen, als sie verlangt hat (Art. 46 Abs. 2 EG KUMV i.V.m. Art. 92 Abs. 1 und 3 Satz 2 VRPG). Vorliegend ist zu prüfen, ob der Beklagte den Klägerinnen für die Jahre 2014, 2015 und 2016 Vergütungen zurückbezahlen muss und gegebenenfalls wie hoch die entsprechenden Beträge sind.

#### **E. 1.5**

Das KVG schreibt vor, dass das Verfahren einfach und rasch zu sein und das Schiedsgericht die für den Entscheid erheblichen Tatsachen unter Mitwirkung der Parteien festzustellen hat, wobei es die notwendigen Beweise erhebt und in der Beweiswürdigung frei ist (Art. 89 Abs. 5 KVG). Der Kanton regelt das Weitere (Art. 89 Abs.5 Halbsatz 1 KVG). Das Klageverfahren richtet sich vorbehaltlich abweichender Regelungen des EG KUMV (Art. 46 Abs. 2 EG KUMV) nach dem VRPG. Die Bestimmungen des Bundesgesetzes vom 6. Oktober 2000 über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSG; SR 830.1) finden gemäss Art. 1 Abs. 2 lit. e KVG beim Verfahren vor dem kantonalen Schiedsgericht (Art. 89 KVG) keine Anwendung.

#### **E. 1.6**

Das Schiedsgericht in Sozialversicherungsstreitigkeiten urteilt in Dreierbesetzung. Es besteht aus einem Mitglied einer Abteilung des Verwaltungsgerichts als neutralem Vorsitzenden und je einer Vertreterin oder einem Vertreter der betroffenen Versicherer und Leistungserbringer. Diese werden von der oder dem neutralen Vorsitzenden bezeichnet (Art. 56 Abs.

#### **E. 4**

GSOG; vgl. auch Art. 89 Abs. 4 Sätze 2 und 3 KVG). 2. 2.1 2.1.1 Die zu Lasten der obligatorischen Krankenpflegeversicherung abgerechneten Leistungen müssen wirksam, zweckmässig und wirtschaftlich sein (Art. 32 Abs. 1 KVG). Die Leistungserbringer haben sich in ihren Leis-

Urteil des Schiedsgerichts in Sozialversicherungsstreitigkeiten des Kantons Bern vom 10. August 2021, SCHG/18/507 Seite 13 tungen auf das Mass zu beschränken, das im Interesse der Versicherten liegt und für den Behandlungszweck erforderlich ist (Art. 56 Abs. 1 KVG). Für Leistungen, die über dieses Mass hinausgehen, kann die Vergütung verweigert werden. Eine nach diesem Gesetz dem Leistungserbringer zu Unrecht bezahlte Vergütung kann zurückgefordert werden (Art. 56 Abs. 2 KVG). Leistungserbringer und Versicherer legen vertraglich eine Methode zur Kontrolle der Wirtschaftlichkeit fest (Art. 56 Abs. 6 KVG). 2.1.2 Gemäss Art. 59 Abs. 1 KVG werden gegen Leistungserbringer, welche gegen die im Gesetz vorgesehenen Wirtschaftlichkeits- und Qualitätsanforderungen (Art. 56 und 58 KVG) oder gegen vertragliche Abmachungen verstossen, Sanktionen ergriffen. Diese umfassen die Verwarnung (lit. a), die gänzliche oder teilweise Rückerstattung der Honorare, welche für nicht angemessene Leistungen bezogen wurden (lit. b), eine Busse (lit. c) oder im Wiederholungsfall den vorübergehenden oder definitiven Ausschluss von der Tätigkeit zu Lasten der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (lit. d). Über Sanktionen entscheidet das Schiedsgericht nach Art. 89 KVG auf Antrag eines Versicherers

oder eines Verbandes der Versicherer (Art. 59 Abs. 2 KVG). Obschon die Rückerstattung der Honorare (Art. 59 Abs. 1 lit. b KVG) neu unter dem Begriff "Sanktionen" (Art. 59 Abs. 1 Satz 1 KVG) steht, bleibt die zu Art. 56 Abs. 2 KVG ergangene Rechtsprechung anwendbar, wonach (namentlich) kein Verschulden des Leistungserbringers vorausgesetzt wird (BGE 141 V 25 E. 8.4 S. 30). 2.2 Zur Überprüfung der Wirtschaftlichkeit kann rechtsprechungs- gemäss sowohl die statistische Methode (Durchschnittskostenvergleich) als auch die analytische Methode (Einzelfallprüfung) – oder eine Kombination beider Methoden – zur Anwendung gelangen (BGE 135 V 237 E. 4.6.1 S. 245; SVR 2015 KV Nr. 8 S. 31 E. 5.2). Voraussetzung für die Anwendbarkeit der statistischen Methode ist, dass sich das Vergleichsmaterial hinreichend ähnlich zusammensetzt und sich der Vergleich über einen genügend langen Zeitraum erstreckt, wodurch bloss zufällige Unterschiede mehr oder weniger ausgeglichen werden. Eine Überarztung liegt vor, wenn eine ins Gewicht fallende Zahl von Rechnungen desselben Arztes oder derselben Ärztin an eine Krankenkasse im Vergleich zur Zahl von Rechnungen von

Urteil des Schiedsgerichts in Sozialversicherungsstreitigkeiten des Kantons Bern vom 10. August 2021, SCHG/18/507 Seite 14 Ärzten des gleichen Fachbereichs in geographisch gleichem Tätigkeitsbereich und mit etwa gleichem Krankengut im Durchschnitt erheblich höher ist, ohne dass den Durchschnitt beeinflussende Besonderheiten geltend gemacht werden können. Falls die Wirtschaftlichkeit in Anwendung der statistischen Methode beurteilt wird, darf eine Unwirtschaftlichkeit nicht schon bei Überschreitung des statistischen Mittelwertes (100 Indexpunkte) vermutet werden. Vielmehr ist den Ärzten und Ärztinnen einerseits ein Toleranzbereich und zudem allenfalls ein Zuschlag zu diesem Toleranzwert (zu dem den Toleranzbereich begrenzenden Indexwert) zuzugestehen, um spezifischen Praxisbesonderheiten Rechnung zu tragen. Nach der Rechtsprechung liegt der Toleranzbereich zwischen 120 und 130 Indexpunkten (BGE 137 V 43 E. 2.2 S. 45; SVR 2015 KV Nr. 8 S. 31 E. 5.3). 2.3 In BGE 130 V 377 hat das Bundesgericht entschieden, dass bei der Wirtschaftlichkeitsprüfung grundsätzlich die Vergütungen sämtlicher verursachten (direkten und veranlassten) Kosten zu berücksichtigen sind, und zwar bei der Bestimmung der Indizes im Rahmen der statistischen Methode ebenso wie bei der Bemessung der Rückerstattungspflicht. In BGE 133 V 37 hat es – in Änderung seiner bisherigen Rechtsprechung – erkannt, dass bei der Wirtschaftlichkeitsprüfung grundsätzlich eine Gesamtbetrachtung Platz zu greifen hat und dementsprechend auf den die Arzt-, die Medikamenten- und – soweit möglich – die veranlassten Kosten berücksichtigenden Gesamtkostenindex abzustellen ist. Schliesslich hat das Bundesgericht in BGE 137 V 43 die Rechtsprechung gemäss BGE 130 V 377 dahingehend geändert, dass von der Rückerstattungspflicht nach Art. 56 Abs. 2 KVG nur die direkten Kosten (einschliesslich der abgegebenen Medikamente), nicht hingegen die vom Arzt veranlassten Kosten erfasst werden. Nach wie vor ist jedoch die Frage, ob das Wirtschaftlichkeitserfordernis erfüllt ist, aufgrund einer Gesamtbetrachtung im Sinne von BGE 133 V 37 zu beantworten, wobei ein überdurchschnittlicher Anteil an selber erbrachten – bei unterdurchschnittlich ausgelagerten – Leistungen zumindest im Sinne einer Praxisbesonderheit zu berücksichtigen ist (Entscheid des BGer vom

#### **E. 4.1.1**

Das Bundesgericht hat die die Statistikjahre 2014 und 2015 betreffenden Urteile des Schiedsgerichts (SCHG/2016/662 und SCHG/2017/670) aufgehoben (vgl. BGer 9C\_558/2018 und 9C\_559/2018). Es ordnete für das hiesige Gericht verbindlich an, dass

die Wirtschaftlichkeitskontrolle nach dem reinen Durchschnittskostenvergleich zu erfolgen habe und legte die grundsätzlich massgeblichen Indizes für die Berechnung einer allfälligen Rückforderung fest (Gesamtkosten [direkt und veranlasst] 147 [2014], 150 [2015] sowie totale direkte Kosten 149 [2014] und 146 [2015]; E. 8.3). Die Bedeutung der vom Beklagten geltend gemachten Praxisbesonderheiten sei jedoch ungenügend geklärt. Es sei derzeit nicht möglich, den verschiedenen Praxisbesonderheiten direkt durch eine Erhöhung des Toleranzwertes angemessen Rechnung zu tragen. Das Bundesgericht wies deshalb das Schiedsgericht an, für die Festlegung des Toleranzwertes die Bedeutung der vom Beklagten geltend gemachten Praxisbesonderheiten (Heim- und Hausbesuche, Anteil an

Urteil des Schiedsgerichts in Sozialversicherungsstreitigkeiten des Kantons Bern vom 10. August 2021, SCHG/18/507 Seite 18 ausländischen und französischsprachigen Patienten, keinen Notfalldienst, dauernde Erreichbarkeit für seine Patienten [E. 8.2]) weiter abzuklären.

#### **E. 4.1.2**

Die höchstrichterlichen Ausführungen zu den Statistikjahren 2014 und 2015 haben auch für das Statistikjahr 2016 des Beklagten Gültigkeit, setzte der Beklagte doch seine Tätigkeit in der bestehenden Praxis fort. Damit ergeben sich für das Statistikjahr 2016 die folgenden massgeblichen Indizes: Gesamtkosten (direkt und veranlasst) 135 sowie totale direkte Kosten 114 (act. IA 1 im Verfahren SCHG/2018/507). Auch dieses Jahr betreffend ist die Bedeutung der geltend gemachten Praxisbesonderheiten den Vorgaben des Bundesgerichts entsprechend näher zu klären.

#### **E. 4.2**

Vorab ist damit festzuhalten, dass der Beklagte in den Jahren 2014 bis 2016 statistisch über dem vom hiesigen Gericht in ständiger Praxis verwendeten Toleranzbereich von 130 Punkten liegt. Dem Schiedsgericht ist vom Bundesgericht aufgetragen worden, verschiedene im konkreten Fall des Beklagten als mögliche Praxisbesonderheiten identifizierte Umstände weiter abzuklären. Insoweit kann den Klägerinnen denn auch nicht gefolgt werden, wenn sie in ihrem Gesuch vom 27. Oktober 2020 unter Verweis auf die Anova-Methode die gerichtlichen Abklärungen als unzulässig erachteten. Vielmehr hat das Bundesgericht gerade gegenteilig entschieden. Zwar hat es im Grundsatz die Anova-Indizes als Ausgangspunkt für die Klärung der Überarztung bestätigt. Eine Klärung der Praxisbesonderheiten war und ist jedoch gemäss Feststellung des Bundesgerichts innerhalb der Anova-Methode nicht möglich, so dass das Schiedsgericht dem Untersuchungsgrundsatz folgend und in freier Beweiswürdigung anhand aller zur Verfügung stehenden Möglichkeiten die Bedeutung der Praxisbesonderheiten für die Kostenstruktur der Praxis des Beklagten zu klären hat.

#### **E. 4.3**

Gestützt auf die gerichtlich angeordneten Beweismassnahmen wie auch die von den Parteien ihrerseits produzierten Beweise ist festzuhalten, dass eine einzelfallweise Ausscheidung und anschliessende (kostenwirksame) Kombination der verschiedensten geltend gemachten Praxisbesonderheiten im vorliegenden Fall nicht möglich ist. Ein solches Vorgehen bedingte letztlich die detaillierte Prüfung der Behandlungsindikation und der hierfür erbrachten Leistungen für jeden

Urteil des Schiedsgerichts in Sozialversicherungsstreitigkeiten des Kantons Bern vom 10. August 2021, SCHG/18/507 Seite 19 einzelnen Patienten bzw. jede einzelne Patientin. Wobei eine solche Prüfung nicht bereits auf der Basis einzelner Rechnungen erfolgen könnte, denn es sind keine Kriterien ersichtlich, welche eine Repräsentativität sicherstellen und den nötigen Rückschluss zur statistischen Methode erlauben würden. Eine solche Prüfung liegt deshalb nicht im Rahmen eines Verfahrens wie dem vorliegenden, bei welchem gestützt auf die vertragliche Vereinbarung zwischen Leistungserbringer und Krankenversicherer – wie vom Bundesgericht bestätigt – ein Durchschnittskostenvergleich zu erfolgen hat. Einzelfallprüfungen haben die einzelnen Krankenversicherer im Rahmen der konkreten Leistungsabrechnung vorzunehmen. Hingegen hat der Beklagte in seiner Eingabe vom 11. August 2020 betreffend das (hier nicht streitige Statistikjahr 2017) auf die zwischen den Leistungserbringern und Versicherern vertraglich (neu) festgelegte Methode zur Kontrolle der Wirtschaftlichkeit (Art. 56 Abs. 6 KVG), die sog. Screening-Methode bzw. den damit erhobenen Regressions-Index, hingewiesen. Er hat ausgeführt, für das hier nicht Gegenstand bildende Jahr 2017 habe sich ein Index für die totalen Kosten von 105 Punkten ergeben.

#### **E. 4.3.1**

Die Vereinigung der Schweizer Ärztinnen und Ärzte (FMH) auf der einen Seite, santésuisse (Die Schweizer Krankenversicherer) und curafutura (Die innovativen Krankenversicherer) auf der anderen Seite hatten sich in einem am 27. Dezember 2013/16. Januar 2014 gestützt auf Art. 56 Abs. 6 KVG geschlossenen Vertrag zwecks Bemessung der Wirtschaftlichkeit der Leistungen von praktizierenden Ärztinnen und Ärzten im Hinblick auf die Rückerstattung der Honorare wegen nicht wirtschaftlicher ambulanter Tätigkeit auf die Varianzanalyse (Anova) als statistische Methode zur Kontrolle der Wirtschaftlichkeit verständigt. Die Anova-Methode beruht auf derselben Datenbasis wie die RSS. Massgebend für die Prüfung der Wirtschaftlichkeit gemäss der Anova- Methode ist vorerst der Index aller direkten und veranlassten Kosten pro Erkrankten. Liegt dieser innerhalb des Toleranzbereichs, ist das Wirtschaftlichkeitsgebot nicht verletzt. Andernfalls ist – in einem zweiten Schritt – zu prüfen, ob der Index der totalen direkten Kosten pro Erkrankten

Urteil des Schiedsgerichts in Sozialversicherungsstreitigkeiten des Kantons Bern vom 10. August 2021, SCHG/18/507 Seite 20 den Toleranzwert (von in der Regel zwischen 120 und 130 Punkten) überschreitet. Ergänzend vereinbarten die Vertragsparteien damals, dass die Anova- Methode künftig von Leistungserbringern und Versicherern gemeinsam weiterentwickelt und unter anderem durch Morbiditätsvariablen ergänzt werden solle (BGE 144 V 79 E. 5.1 S. 81). Mit am 10. Juli 2018 bzw. 15./28. August 2018 unterzeichnetem und mit "die Screening-Methode im Rahmen der Kontrolle der Wirtschaftlichkeit gemäss Art. 56 Abs. 6 KVG" betitelmtem Vertrag (Version vom 20. März 2018) legten FMH, santésuisse und curafutura als Screening-Methode die zweistufige Regressionsanalyse fest (Ziff. 1). Das Modell berücksichtigt auf der ersten Stufe die Morbiditätsfaktoren Alter und Geschlecht der Patienten, PCG (Pharmaceutical cost groups), Franchisen des Patienten und Spitalaufenthalt im Vorjahr des Patienten. Auf der zweiten Stufe berücksichtigt es die Faktoren Standortkanton des Leistungserbringers sowie Facharztgruppe (Ziff. 2). Die Vertragsparteien einigten sich auf die Anwendung der Methode gemäss Ziff. 1 und Ziff. 2 in sämtlichen Verfahren ab dem Statistikjahr 2017 (Ziff. 2). Nach Ziff. 3 des Vertrages wird die Screening-Methode auf Basis des Daten- und Tarifpool der SASIS AG durchgeführt.

#### **E. 4.3.2**

Seitens der Parteien unbestrittene Tatsache ist, dass die neue Screening-Methode mit dem sog. Regressions-Index erstmals für das Statistikjahr 2017 zur Anwendung gelangt. Zuvor massgeblich war die Anova-Methode, wie dies seitens des Bundesgerichts für das vorliegenden Verfahren in seinem Entscheid vom 12. April 2019 (E. 7) bestätigt wurde. Dies wird hier nicht verkannt, wenn zur Beurteilung der Bedeutung der vom Bundesgericht identifizierten Praxisbesonderheiten des Beklagten ergänzend auch die Ergebnisse der rückwirkend erstellten Berechnungen anhand der neue Methode zugezogen werden. Der Beizug dieser neueren statistischen Methode bzw. der entsprechenden Ergebnisse bedeutet dabei nicht, diese bereits vor deren (vertraglichen) Gültigkeit zur Anwendung zu bringen. Die entsprechenden Ergebnisse sind jedoch zu berücksichtigen, um die Bedeutung der Praxisbesonderheiten einschätzen zu können, die mit der grundsätzlich anwendbaren Anova-Methode nicht beziffert werden

Urteil des Schiedsgerichts in Sozialversicherungsstreitigkeiten des Kantons Bern vom 10. August 2021, SCHG/18/507 Seite 21 können. Dass die neue Methode ergänzend nun insbesondere auch Morbiditätskriterien mit einbezieht, bedeutet, dass vorab die vom Beklagten geltend gemachte hohe Morbidität seiner Patientinnen und Patienten, insbesondere die hohe Zahl von Heimpatientinnen und Heimpatienten sowie die angeblich höhere Morbidität ausländischer bzw. fremdsprachiger Patientinnen und Patienten, bei einer solchen Berechnung berücksichtigt ist und, wäre nur nach der neuen Methode vorzugehen, nicht mehr als Praxisbesonderheit vorgebracht werden könnte. Mindestens teilweise werden durch den Einbezug der Morbidität schliesslich auch die dauernde Erreichbarkeit mit der Folge entsprechender Notfalleinsätze abgedeckt. Höchstens am Rand abgedeckt erscheint hingegen das Fehlen eines Notfalldienstes, bei welchem Ärztinnen und Ärzte zufolge des einmaligen oder auf wenige Sitzungen beschränkten Kontakts mit Patientinnen und Patienten einen kostensenkenden Effekt in den Durchschnittskosten pro Patient erzielen können.

#### **E. 4.3.3**

Bei sich hier ab dem ersten eingeklagten Statistikjahr (2014) absteigend zeigenden Indizes des Regressionsindex von totale Kosten 128 (2014), 124 (2015) und 104 (2016; act. I 1 S. 5 in den Verfahren SCHG/2018/507 und SCHG/2019/322-323) ergibt sich, dass die Praxisbesonderheiten einen namhaften und hier zu berücksichtigenden Effekt aufweisen. Im ersten Jahr der direkten Anwendbarkeit des Regressionsindex, 2017, das hier nicht Streitgegenstand bildet, ergab sich ein Regressionsindex von 105 bei den totalen Kosten und von 118 bei den direkten Kosten (unpaginierte Akten des Beklagten [act. II] in den Verfahren SCHG/2018/507, SCHG/2019/322 und SCHG/2019/323 am Schluss). Dem Beklagten kann nicht gefolgt werden, wenn er verlangt, für die eingeklagten Jahre in Vermischung der Methoden (vgl. Stellungnahme vom 20. Mai 2021) die Differenz zwischen den Indizes nach der Anova- Methode und dem neuen Screening-Verfahren direkt auf einen Index von 130 zu schlagen.

#### **E. 4.3.4**

Für die hier fraglichen und im Grundsatz – wie auch vom Bundesgericht festgehalten – nach der Anova-Methode zu beurteilenden Jahre hat dieses Gericht in ständiger Praxis bis zu einem Index von 130 eine Überarztung per se auch ohne Praxisbesonderheiten ausgeschlossen.

Urteil des Schiedsgerichts in Sozialversicherungsstreitigkeiten des Kantons Bern vom 10. August 2021, SCHG/18/507 Seite 22 Der Effekt von massgeblichen Praxisbesonderheiten wird dem Wert von 130 hinzugerechnet. Dieses Vorgehen ist auch vorliegend zu wählen. Ob daran mit Blick auf Fälle, die einzig anhand der neuen Screening-Methode zu beurteilen sein werden (ab Statistikjahr 2017) sich etwas ändert (vgl. Stellungnahme der Klägerinnen vom 12. April 2021), ist mangels direkter Anwendung dieser Methode nicht Gegenstand des vorliegenden Verfahrens. Zutreffend hat der Beklagte darauf hingewiesen, dass die Differenz bei Verwendung der verschiedenen Berechnungsmethoden mit Blick auf RSS und Anova einerseits und neuer Screening-Methode andererseits im Bereich zwischen 17 und 27 Punkten liegt (Stellungnahme des Beklagten vom 20. Mai 2021, S. 6, Ziff. 3). Wird die Bedeutung der Morbidität auf die Berechnung nach der neuen Methode betrachtet, so ist festzustellen, dass beachtliche Unterschiede zwischen den verschiedenen Berechnungen vorliegen, was eine beachtlich höhere Morbidität der Patientinnen und Patienten des Beklagten im Vergleich zu anderen Ärztinnen und Ärzten belegt. So betreut er denn vorab eine hohe Zahl von Heimpatientinnen und –patienten. Im Rahmen der gerichtlichen Gesamtbetrachtung erscheint – eingedenk der Tatsache, dass solche Berechnungen zufolge der verschiedensten Variablen und Parametern nie kommagenauere Werte ergeben – ein Aufschlag für die vom Bundesgericht ausgemachten Praxisbesonderheiten von 20 Punkten je Jahr, d.h. auf insgesamt 150 Punkte als angemessen. Dabei wird nicht übersehen, dass die hohe Anzahl Hausbesuche Fragen aufwerfen. Sollte der Beklagte keine Anpassungen eingeleitet haben, wären diese im Rahmen konkreter Leistungsabrechnungsprüfungen von den Klägerinnen unbesehen des konkreten Regressionsindex zu thematisieren. Bei Indizes Gesamtkosten direkt und veranlasst von 147 (2014), 150 (2015) und 135 (2016) sowie totale direkte Kosten von 149 (2014), 146 (2015) und 114 (2016) ist daraus folgend eine Überarztung zufolge der vom Bundesgericht identifizierten und im vorliegenden Verfahren weiter quantifizierten Praxisbesonderheiten nicht zu beweisen. Die Klagen sind daher abzuweisen.

Urteil des Schiedsgerichts in Sozialversicherungsstreitigkeiten des Kantons Bern vom 10. August 2021, SCHG/18/507 Seite 23

## **E. 5**

Juli 2012, 9C\_110/2012, E. 2.2). Massgebend ist somit der Gesamtkostenindex. Liegt dieser innerhalb des Toleranzbereichs, ist das Wirtschaftlichkeitsgebot nicht verletzt. Andernfalls ist – in einem zweiten Schritt – zu prüfen, ob die direkten Kosten den Toleranzwert übertreffen. Trifft das nicht

Urteil des Schiedsgerichts in Sozialversicherungsstreitigkeiten des Kantons Bern vom 10. August 2021, SCHG/18/507 Seite 15 zu, besteht trotz Überarztung keine Rückerstattungspflicht. Es können sich jedoch allenfalls Massnahmen nach Art. 59 Abs. 1 lit. a, c oder d KVG aufdrängen (SVR 2015 KV Nr. 8 S. 31 E. 5.4). 2.4 Der von den Krankenversicherern gestützt auf die statistische Methode um Rückerstattung angegangene Arzt hat aus Gründen des rechtlichen Gehörs einen 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). 3. 3.1 3.1.1 Die Aktivlegitimation der klagenden Krankenversicherer ergibt sich aus Art. 56 Abs. 2 bzw.

Art. 59 Abs. 2 KVG (vgl. E. 2.1.1 und 2.1.2 hiervor). Als Klägerinnen treten vorliegend Krankenkassen auf, die in den Jahren 2014, 2015 und 2016 vom Beklagten ausgestellte Rechnungen vergütet und santésuisse zur Aufnahme in die RSS gemeldet haben. Die in den Klagen vom 13. Juli 2016, 14. Juli 2017 und 6. Juli 2018 aufgeführten Klägerinnen bzw. BAG-Nummern stimmen teilweise insofern nicht mehr mit den im Rubrum aufgeführten Krankenkassen überein, als seither gewisse Krankenkassen miteinander fusioniert haben (vgl. Rubrum hiervor und [www.zefix.ch](http://www.zefix.ch)). Ihre Aktivlegitimation als Frage der materiellen Anspruchsberechtigung in den Verfahren betreffend Rückerstattung ist auf die neuen Kassen übergegangen. Soweit unterschiedliche Parteibezeichnungen bloss auf einen Wechsel der Firma der klagenden Kassen zurückgehen, liegt darin von vornherein kein rechtlich relevanter Parteiwechsel (Entscheid des BGer vom 10. Dezember 2009, 9C\_457/2009, E. 5). Nach der Rechtsprechung ist eine Kollektivklage aller Versicherer, vertreten durch den Krankenkassenverband, zulässig und eine Spezifikation der

Urteil des Schiedsgerichts in Sozialversicherungsstreitigkeiten des Kantons Bern vom 10. August 2021, SCHG/18/507 Seite 16 auf den einzelnen Versicherer entfallenen Beträge nicht erforderlich (in BGE 133 V 37 nicht publ. E. 3.3 des Entscheids des Eidgenössischen Versicherungsgerichts [EVG; heute BGer] vom 9. Oktober 2006, K 6/06). 3.1.2 Die Passivlegitimation des Beklagten ergibt sich aus Art. 56 Abs. 2 bzw. Art. 59 Abs. 1 lit. b KVG. Vorliegend fordern die Klägerinnen vom Beklagten als Leistungserbringer Vergütungen zurück, von denen die Klägerinnen geltend machen, diese seien zu Unrecht bezahlt worden. 3.2 Gemäss Art. 25 Abs. 2 ATSG erlischt der Rückforderungsanspruch mit dem Ablauf eines Jahres, nachdem die Versicherungseinrichtung davon Kenntnis erhalten hat, spätestens aber mit Ablauf von fünf Jahren nach der Entrichtung der einzelnen Leistung. Die gleiche Verwirkungsfrist findet auch Anwendung, soweit der Rückforderungsanspruch statt auf Art. 25 ATSG auf Art. 56 Abs. 2 KVG gestützt wird (BGE 133 V 579 E. 4.1 S. 582). Nach der Rechtsprechung wird die (relative) Verwirkungsfrist ein für allemal gewahrt, wenn innerhalb eines Jahres nach Kenntnis der RSS (als Grundlage der geltend gemachten Überarztung) das Rückforderungsbegehren bei einer vertraglichen Schlichtungsinstanz oder der gesetzlichen Vermittlungsbehörde oder direkt beim Schiedsgericht eingereicht wird (Entscheid des BGer vom 25. März 2008, K 9/07, E. 7.1 und 7.2). 3.2.1 Soweit das Jahr 2014 betreffend, haben die Klägerinnen, anders als in der Klageantwort vom 11. November 2016, S. 3, Rz. 6, cursorisch bezweifelt, die einjährige Verwirkungsfrist für die Rückforderung eingehalten. Es ist kein Grund ersichtlich und wird vom Beklagten nicht näher substantiiert, dass die Klägerinnen bereits vor dem 15. Juli 2015 (vgl. hierzu Bestätigung der SASIS AG vom 15. Juli 2015 [act. I 2 im Verfahren SCHG/2016/662]) Kenntnis der notwendigen (konsolidierten) Daten gehabt hätten. Da hier Vergütungen für das Jahr 2014 zurückgefordert werden, ist die Fünfjahresfrist ebenfalls eingehalten. 3.2.2 Soweit das Jahr 2015 betreffend, haben die Klägerinnen, anders als in der Klageantwort vom 23. November 2017, S. 6 f., Rz. 17 ff. bezweifelt, die einjährige Verwirkungsfrist für die Rückforderung eingehalten. Es ist kein Grund ersichtlich und wird in den Eingaben des Beklagten denn auch nicht ansatzweise nachvollziehbar begründet, dass die Klägerinnen bereits

Urteil des Schiedsgerichts in Sozialversicherungsstreitigkeiten des Kantons Bern vom 10. August 2021, SCHG/18/507 Seite 17 vor dem 15. Juli 2016 Kenntnis der notwendigen (konsolidierten) Daten gehabt hätten, zumal der RSS 2015 (act. I 1 im Verfahren SCHG/2017/670) entnommen werden kann, dass die Datenaufbereitung von der SAIS am

15. Juli 2016 vorgenommen wurde. Da hier Vergütungen für das Jahr 2015 zurückgefordert werden, ist die Fünfjahresfrist ebenfalls eingehalten. 3.2.3 Was das Jahr 2016 betrifft, ist die einjährige relative Verwirkungsfrist für die Rückforderung eingehalten. Die Datenaufbereitung wurde am 17. Juli 2017 vorgenommen (act. I 1 im Verfahren SCHG/2018/507, vgl. auch Klage, S. 3, Ziff. 6), während die Klage vom 6. Juli 2018 datiert und gleichentags der Post übergeben wurde. Es ist kein Grund ersichtlich und wird denn auch vom Beklagten nicht behauptet, weshalb die Klägerinnen bereits vor dem 17. Juli 2017 Kenntnis der notwendigen Daten gehabt hätten, bzw. hätten haben müssen. Da hier Vergütungen für das Jahr 2016 zurückgefordert werden, ist die Fünfjahresfrist ebenfalls eingehalten. 4.

### **E. 5.1**

Für das Klageverfahren werden Kosten erhoben. Die Kosten richten sich gemäss Art. 47 Abs. 3 EG KUMV nach dem Dekret vom 24. März 2010 betreffend die Verfahrenskosten und die Verwaltungsgebühren der Gerichtsbehörden und der Staatsanwaltschaft (Verfahrenskostendekret, VKD; BSG 161.12). Die Verfahrenskosten werden je Verfahren auf Fr. 4'000.-- (Art. 52 VKD), d.h. insgesamt Fr. 12'000.--, festgesetzt. Sie werden bei diesem Ausgang des Verfahrens den unterliegenden Klägerinnen (Art. 46 Abs. 2 EG KUMV i.V.m. Art. 109 Abs. 1 VRPG) auferlegt und dem von ihnen geleisteten Kostenvorschuss in der Höhe von Fr. 13'000.-- (Fr. 3'000.-- [SCHG/2016/662], Fr. 3'000.-- [SCHG2017/670], Fr. 3'000.-- [SCHG/2018/507], Fr. 4'000.-- [SCHG/2019/322-323]) entnommen. Die Restanz des Kostenvorschusses von Fr. 1'000.-- wird den Klägerinnen nach Eintritt der Rechtskraft des Urteils zurückerstattet.

### **E. 5.2**

Der obsiegende Beklagte hat Anspruch auf Ersatz ihrer Parteikosten (Art. 46 Abs. 2 EG KUMV i.V.m. Art. 109 Abs. 1 VRPG). Die Kostennote vom 14. Juni 2021, in welcher Rechtsanwalt Dr. B. \_\_\_\_\_ für die drei Verfahren gesamthaft einen geleisteten Gesamtaufwand im Umfang von total 76.9 Stunden à Fr. 300.-- und Auslagen Fr. 807.45 geltend macht, ist nicht zu beanstanden und liegt innerhalb des Rahmens von Fr. 400.-- - Fr. 11'800.-- pro Verfahren und Instanz (Art. 41 Abs. 1 und 4 des kantonalen Anwaltsgesetzes vom 28. März 2006 [KAG; BSG 168.11] i.V.m. Art. 13 der Verordnung vom 17. Mai 2006 über die Bemessung des Parteikostenersatzes [Parteikostenverordnung, PKV; BSG 168.811]). Somit ist der tarifmässige Parteikostenersatz auf Fr. 25'716.-- (inkl. Auslagen und MWST) festzulegen. Diesen Betrag haben die Klägerinnen dem Beklagten zu ersetzen. Demnach entscheidet das Schiedsgericht:

Urteil des Schiedsgerichts in Sozialversicherungsstreitigkeiten des Kantons Bern vom 10. August 2021, SCHG/18/507 Seite 24 1. Die Klagen werden abgewiesen. 2. Die Verfahrenskosten, gerichtlich festgesetzt auf Fr. 12'000.--, werden den Klägerinnen auferlegt und in diesem Umfang dem Kostenvorschuss von Fr. 13'000.-- entnommen. Die Restanz von Fr. 1'000.-- wird den Klägerinnen nach Rechtskraft des Urteils zurückerstattet. 3. Die Klägerinnen haben dem Beklagten die Parteikosten, gerichtlich bestimmt auf Fr. 25'716.-- (inkl. Auslagen und MWST), zu ersetzen. 4. Zu eröffnen (R): - advocat Dr. iur. C. \_\_\_\_\_ z.H. der Klägerinnen - Rechtsanwalt Dr. B. \_\_\_\_\_ z.H. des Beklagten - Bundesamt für Gesundheit Namens des Schiedsgerichts: Der Vorsitzende: Der Gerichtsschreiber:

Urteil des Schiedsgerichts in Sozialversicherungsstreitigkeiten des Kantons Bern vom 10. August 2021, SCHG/18/507 Seite 25 Rechtsmittelbelehrung Gegen dieses Urteil kann innert 30 Tagen seit Zustellung der schriftlichen Begründung beim Bundesgericht, Schweizerhofquai 6, 6004 Luzern, Beschwerde in öffentlich-rechtlichen Angelegenheiten gemäss Art. 39 ff., 82 ff. und 90 ff. des Bundesgesetzes vom 17. Juni 2005 über das Bundesgericht (BGG; SR 173.110) geführt werden.

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