

BGE 151 V 284

Bundesgericht (BGE), 2025-04-29, DE

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/bge_151 V 284](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/bge_151_V_284)

FR: ATF 151 V 284

IT: DTF 151 V 284

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"); Rückerstattung von Vergütungen. Zur Festlegung der Toleranzmarge in der zweiteiligen Wirtschaftlichkeitsprüfung (E. 4.4.2). Die Zusammensetzung der Vergleichsgruppe allein nach dem Kriterium des Facharztstitels "Allgemeine Innere Medizin" ist rechters, sofern sie sich auf Grundversorger beschränkt (E. 8.1). Zur Handhabung von Praxisbesonderheiten in Form von Leistungsangeboten und Spezialisierungen (E. 9.3). Modus der Berechnung einer Rückforderung (E. 10.2 und 10.3).

Erwägungen

E. 3

Strittig ist, ob das kantonale Schiedsgericht Bundesrecht verletzt, indem es den Beschwerdeführer in Anwendung von Art. 59 Abs. 1 lit. b KVG für das Jahr 2019 wegen unwirtschaftlicher BGE 151 V 284 S. 286 Behandlungsweise (sog. "Überarztung") zu einer Rückerstattung entgolteener Kosten im Betrag von Fr. 156'455.75 verpflichtet.

E. 4

(...)

E. 4.4

Die Screening-Methode als "erster Schritt" der Wirtschaftlichkeitsprüfung besteht in einer Regressionsanalyse, mit welcher der individuelle Fallwert (Regressionsindex) ermittelt wird, und in einem Vergleich zwischen diesem und dem Gruppenfallwert. Je nach Ergebnis erfolgt in einem "zweiten Schritt" eine nähere Prüfung der Wirtschaftlichkeit (dazu nicht publ. E. 4.5).

E. 4.4.1

Der (vorläufige) Fallwert des geprüften Leistungserbringers wird mittels einer zweistufigen Regressionsanalyse bestimmt. Die tarifpartnerschaftliche Vereinbarung installiert auf der ersten Stufe - die Patienten betreffend - die Morbiditätsindikatoren "Alter", "Geschlecht", "pharmazeutische Kostengruppen (Pharmaceutical Cost Groups , PCG)", "Franchisen" und "Spital- oder Pflegeheimaufenthalt im Vorjahr". Auf der zweiten Stufe kommen die den Leistungserbringer betreffenden Faktoren "Facharztgruppe" und "Standortkanton" hinzu (Näheres bei LARISA PETROV, Weiterentwicklung der Wirtschaftlichkeitskontrolle nach KVG, 2024, Rz. 308 ff.). Die Regressionsanalyse erlaubt es, kostenwirksame Effekte gewisser Praxiseigenschaften zu standardisieren, das heisst die betreffenden Abweichungen auf den Durchschnittswert der jeweiligen Facharztgruppe zu normieren. Anhand von gewichtenden Regressionsparametern resp. -koeffizienten bestimmt sich, in welchem Mass

beispielsweise die Morbidität des konkreten Patientenkollektivs kostenwirksam ist. Hierbei werden etwa Abweichungen von den Durchschnittskosten, die auf im Patientenkollektiv überdurchschnittlich häufig vorkommende, kostenintensive chronische Erkrankungen zurückzuführen sind, erfasst und von Auffälligkeiten abgegrenzt, die einer ineffizienten Behandlungsweise geschuldet sind. Durch eine solche Neutralisierung verhaltensunabhängiger kostenrelevanter Faktoren kann letztlich der Kosteneffekt einer unwirtschaftlichen Behandlung isoliert werden (BGE 150 V 129 E. 4.4.1 mit Hinweisen).

E. 4.4.2

Eine Arztpraxis ist nicht schon dann kostenauffällig, wenn der Kostenindex der geprüften Praxis den Durchschnittskostenindex der Vergleichsgruppe (= 100 Indexpunkte) überschreitet. Vielmehr ist beim Fallkostenvergleich eine Toleranzmarge von 20 bis 30 Indexpunkten vom Fallwert resp. Kostenindex des geprüften Leistungserbringers abzuziehen (BGE 137 V 43 E. 2.2 mit Hinweisen). Zweck BGE 151 V 284 S. 287 dieser Marge ist es, im Rahmen des Grundsatzes der ärztlichen Behandlungsfreiheit dem individuellen Praxisstil des Leistungserbringers Rechnung zu tragen (vgl. GEBHARD EUGSTER, Krankenversicherung [nachfolgend: SBVR], in: Soziale Sicherheit, SBVR Bd. XIV, 3. Aufl. 2016, S. 682 Rz. 902; MIRINA GROSZ, Einzelfallprüfung vs. statistikbasierte Tatsachenermittlung im Verwaltungsrecht: Die Wirtschaftlichkeitsprüfung gemäss Art. 56 KVG , BJM 2024 S. 265). Die Vorinstanz geht davon aus, die Neuerungen des Screening-Modells rechtfertigten es, den Toleranzabzug auf stets 20 Punkte zu beschränken. Die methodische Umstellung reduziert indessen nicht die Notwendigkeit, dem individuellen Praxisstil des Leistungserbringers angemessen viel Raum zu belassen (BGE 150 V 129 E. 5.4). Einem Einbezug von statistischen Streuungen, Unschärfen u.Ä. in diesem Rahmen fehlte es ausserdem an empirischer Validität (vgl. GEBHARD EUGSTER, KVG: Baustelle statistische Wirtschaftlichkeitsprüfung, Jusletter 27. August 2012 Rz. 37). Der Beschwerdeführer wiederum postuliert eine Marge von fixen 30 Punkten; dies entspreche ständiger Praxis. So wurde es denn auch in einer Vielzahl von Fällen gehandhabt, die vom Bundesgericht beurteilt wurden (z.B. BGE 144 V 79 E. 3 und 6; Urteile 9C_67/2018 vom 20. Dezember 2018 E. 7, 9C_267/2017 vom 1. März 2018 E. 4 und 9C_558/2018 vom 12. April 2019 E. 6); allerdings ging es dort jeweils nicht um die Frage nach dem angemessenen Umfang der Marge. Zudem beruft sich der Beschwerdeführer auf Äusserungen der Tarifpartner, aus denen die generelle Gebotenheit einer 30 Punkte-Marge hervorgehe. Nachdem keine neuen Erkenntnisse vorlagen, die eine abweichende Betrachtung nahelegten, hat das Bundesgericht inzwischen aber an der bisherigen Rechtsprechung festgehalten, soweit diese eine - nach den individuellen Umständen differenzierende - Spanne von 20 bis 30 Indexpunkten vorsieht (Urteil 9C_166/2022 vom 9. Dezember 2024 E. 8.3.2, nicht publ. in: BGE 151 V 233 ; vgl. auch nicht publ. E. 8.2). Die bisherige Rechtsprechung ist freilich auf dem Boden der früheren Methodik entstanden. In der nunmehr geltenden zweiteiligen Wirtschaftlichkeitsprüfung erfolgt das Screening allein anhand eines mit statistischen Daten unterlegten Regressionsberichts zum jeweiligen Leistungserbringer, während die Umstände, die letztlich für die individuelle Festlegung der Toleranzmarge massgebend sind, gutenteils erst bei einer etwaigen Einzelfallprüfung (nicht publ. E. 4.5) bekannt werden. Aufgrund dieser neuen Ausgangslage ist die BGE 151 V 284 S. 288 Handhabung der Toleranzmarge anpassungsbedürftig. Es ist angezeigt, sie schon im ersten, grundsätzlich alle Leistungserbringer betreffenden Teil der Wirtschaftlichkeitsprüfung (Screening) provisorisch zu veranschlagen. Andernfalls würden sehr viele Leistungserbringer auffällig,

die tatsächlich gar nicht gegen das Gebot einer wirtschaftlichen Behandlungsweise verstossen. Die vorläufige Marge ist insoweitpauschaler Natur. Es wäre in erster Linie Sache der Tarifpartner, zu Screeningzwecken einen allgemeingültigen (vorläufigen) Toleranzwert festzulegen. Die definitive, individualisierte Marge von mindestens 20 und höchstens 30 Punkten kann erst im zweiten Teil der Wirtschaftlichkeitsprüfung resp. im schiedsgerichtlichen Verfahren bestimmt werden. Die Festlegung ihres Ausmasses im Einzelfall steht im pflichtgemässen Ermessen der Krankenversicherer resp. des Schiedsgerichts. Dabei wird beispielsweise massgebend sein, ob der Leistungserbringer in kostenwirksamer Weise auf besondere Krankheiten oder Therapieformen spezialisiert ist, die indessen nicht als Praxisbesonderheiten berücksichtigt werden können (vgl. BGE 150V 129 E. 5.4; nicht publ. E. 9.2 a.E.). (...)

E. 8.1

Der Beschwerdeführer beanstandet, dass die Zusammensetzung der Vergleichsgruppe (Referenzkollektiv), an deren durchschnittlichem Fallwert sein im Screening-Verfahren ermittelter Regressionsindex gemessen wird, allein anhand des Facharztstitels erfolgt.

E. 8.1.1

Er macht geltend, so werde das Erfordernis, Gleiches mit Gleichem zu vergleichen, verfehlt. Es müsse über die jeweilige Facharztgruppe hinaus differenziert werden. Vor allem bei besonderen Leistungsangeboten (Praxisschwerpunkten) mit entsprechender Ausstattung der Praxis und/oder bei einem erhöhten Anteil von Patienten mit besonders kostspieligem Therapiebedarf müsse das Profil der in der Vergleichsgruppe enthaltenen Leistungserbringer weitgehend mit dem Profil der geprüften Praxis übereinstimmen. Dies bedinge eine Anpassung des Referenzkollektivs. Sein Patientenstamm sei nicht mit jenem eines gewöhnlichen Grundversorgers mit internistischem Facharztstitel vergleichbar. Die Fähigkeitsausweise "Praxislabor", "Röntgen", "Sportmedizin (SGSM)" und "Delegierte Psychotherapie (FMPP)" sowie der interdisziplinäre Schwerpunkt "Manuelle Medizin (SMM)" wirkten sich auf seine Tätigkeit aus; das gelte es im Rahmen des Vergleichskollektivs zu berücksichtigen. BGE 151 V 284 S. 289 Der Beschwerdeführer fordert mithin eine Beschränkung der Vergleichsgruppe auf Leistungserbringer, die nicht nur hinsichtlich der fachärztlichen Disziplin (hier: Allgemeine Innere Medizin), sondern auch im Leistungsprofil - namentlich was Behandlungsschwerpunkte angeht - mit seiner Praxis übereinstimmen (vgl. GEBHARD EUGSTER, KVG: Statistische Wirtschaftlichkeitsprüfung im Wandel, Jusletter 25. Juni 2012 Rz. 8; ders., a.a.O., Jusletter 27. August 2012 Rz. 21). Dies führt zur Frage, wie weit das Referenzkollektiv schon im Screening-Verfahren auf (der prüfenden Instanz bekannte) kostenrelevante Spezialisierungen des Leistungserbringers abzustimmen ist, resp. wie weit jene stattdessen bei der anschliessenden Einzelfallprüfung zu einer Korrektur des Fallkostenwerts führen.

E. 8.1.2

Ansatzpunkt der Zusammensetzung einer Vergleichsgruppe ist der Weiterbildungstitel gemäss Gesetzgebung über die universitären Medizinalberufe. Anstelle der früheren privatrechtlichen Facharztstitel der FMH bestehen seit 1. Juni 2002 eidgenössische Weiterbildungstitel (vgl. Art. 5 Abs. 2 und Art. 20 des Bundesgesetzes vom 23. Juni 2006 über die universitären Medizinalberufe [Medizinalberufegesetz, MedBG; SR 811.11]; Art. 2 Abs. 1 und Anhang 1 der Verordnung vom 27. Juni 2007 über Diplome, Ausbildung, Weiterbildung und Berufsausübung in den universitären Medizinalberufen

[Medizinalberufverordnung, MedBV; SR 811.112.0] ; Botschaft vom 3. Dezember 2004 zum Bundesgesetz über die universitären Medizinalberufe, BBl 2005 184 Ziff. 1.2). Die vormaligen Disziplinen "Innere Medizin" und "Allgemeinmedizin" sind 2011 im hier interessierenden fachärztlichen Weiterbildungstitel "Allgemeine Innere Medizin" aufgegangen. Unter diesem Titel praktizieren Mediziner, die sich der Grundversorgung, also der hausärztlichen Tätigkeit, widmen (zum "Curriculum Hausärztin/Hausarzt" vgl. Schweizerisches Institut für ärztliche Weiter- und Fortbildung [SIWF], Weiterbildungsprogramm Fachärztin oder Facharzt für Allgemeine Innere Medizin, Stand August 2023 [<https://siwf.ch/weiterbildung/facharztstitel-und-schwerpunkte/allgemeine-innere-medizin.cfm>]). Daneben gibt es im Bereich der Inneren Medizin selbständige Weiterbildungstitel, die sich auf die Diagnose und Behandlung von Erkrankungen bestimmter innerer Organe konzentrieren (z.B. Gastroenterologie, Hämatologie, Kardiologie). Die hier relevante Vergleichsgruppe der Allgemeinen Inneren Medizin umfasst nur Grundversorger. Ärztliche Leistungserbringer, die (zusätzlich) über einen spezialisierten Weiterbildungstitel verfügen und gleichzeitig haus- und spezialärztlich tätig sind, dürfen, sofern möglich, nur im Umfang ihrer BGE 151 V 284 S. 290 allgemeininternistischen Tätigkeit einbezogen werden (vgl. PETROV, a.a.O., Rz. 151 und 338 f.; GEBHARD EUGSTER, Überarztung aus juristischer Sicht, in: Rechtsfragen zum Krankheitsbegriff, Gächter/ Schwendener [Hrsg.], 2009, S. 105).

E. 8.1.3

Der Beschwerdeführer begründet seine Forderung nach einer differenzierteren Zusammensetzung der Vergleichsgruppe unter anderem mit dem Hinweis, praxisgemäss müssten ja auch Merkmale wie etwa eine kantonale Bewilligung zur Führung einer Praxisapotheke (sog. Selbstdispensation) berücksichtigt werden. Vor Einführung der Screening-Methode mahnte das Bundesgericht in der Tat zuweilen eine grössere Homogenität des Referenzkollektivs an: So erblickte es in der kantonalen Bewilligung zur Selbstdispensation ein Praxismerkmal, das bei der Bildung der Vergleichsgruppe grundsätzlich berücksichtigt werden müsse. Bei der Wirtschaftlichkeitskontrolle einer internistischen Praxis mit Bewilligung zur Führung einer Apotheke seien nicht selbstdispensierende Ärzte aus dem Referenzkollektiv zu entfernen (Urteil 9C_67/2018 vom 20. Dezember 2018 E. 12.2.3). Unter der Geltung der aktuellen Methode knüpfte das Bundesgericht bei der bisherigen Rechtsprechung an und erwog, ein Praxismerkmal solle vorzugsweise schon bei der Zusammensetzung des Referenzkollektivs berücksichtigt werden, damit beim Screening eine akzeptable Trefferqualität erzielt werde. Für den Fall, dass keine entsprechend spezifizierte Vergleichsgruppe geschaffen werden kann, sah das Gericht vor, den Kosteneffekt eines solchen Merkmals auf Stufe Einzelfallprüfung zu veranschlagen, dies anhand statistischer Daten oder alternativ auch auf analytischem Weg durch Auswertung von Falldossiers (BGE 150 V 129 E. 5.5.2). In jenem Verfahren war es aus (näher bezeichneten) methodischen Gründen denn auch kaum möglich, das Vergleichskollektiv zur Ermittlung des Regressionsindexes dahin anzupassen, dass es ausschliesslich selbstdispensierende Arztpraxen enthielt (dazu BGE 150 V 129 E. 6.6.1).

E. 8.1.4

Das Erfordernis, wonach die Vergleichsgruppe dem geprüften Leistungserbringer "hinreichend ähnlich" sein muss (vgl. nicht publ. E. 4.2 a.E.), ist mit Blick auf die Vorgaben des Screening-Modells systemkonform umzusetzen. Seit dem Methodenwechsel per

Statistikjahr 2017 dient das Screening erst einmal der Identifizierung von möglicherweise unwirtschaftlich behandelnden Leistungserbringern ("red flag"). Die Regressionsvariablen (oben E. 4.4.1) schaffen die Voraussetzungen BGE 151 V 284 S. 291 dafür, dass potentiell unwirtschaftlich arbeitende Leistungserbringer hinreichend treffgenau identifiziert werden können. Ein Vergleich zwischen dem Regressionsindex des geprüften Leistungserbringers und dem Durchschnittswert der Vergleichsgruppe wird umso aussagekräftiger, je spezifischer das Referenzkollektiv zusammengesetzt ist (EUGSTER, SBVR, a.a.O., S. 679 f. Rz. 889). Falsch-positive - oder falsch-negative - Screening-Ergebnisse sollen möglichst minimiert und (unnötige) Einzelfallprüfungen verhindert werden. Andererseits erfolgt die Feststellung eines tatsächlichen Verstosses gegen das Wirtschaftlichkeitsgebot immer erst bei der Einzelfallprüfung. Kostenwirksame Besonderheiten, die in der Referenzgruppe nicht ausreichend repräsentiert sind (vgl. BGE 151 V 233 E. 9.2.3), können sowieso nur durch eine individuell-konkrete Beurteilung abschliessend erfasst und gewichtet werden. Die Aufgabenteilung zwischen Screening und Einzelfallprüfung reduziert daher die Notwendigkeit, "praxistypologische" Merkmale (dazu BGE 150 V 129 E. 5.5.2) möglichst schon im Referenzkollektiv abzubilden (vgl. dazu EUGSTER, a.a.O., Jusletter 27. August 2012 Rz. 48). Ohnehin käme dies nur für gemeinsame Merkmale einer genügend grossen, klar abgrenzbaren Untergruppe des betreffenden Facharztkollektivs (z.B. selbstdispensierende Ärzte) infrage. Hinzu kommt Folgendes: Versuche, die Vergleichsgruppe auf Leistungserbringer mit möglichst vielen gemeinsamen Merkmalen zu beschränken, führen zu Abgrenzungsproblemen, weil die betreffenden Folgen für das Kostenprofil des geprüften Leistungserbringers im Rahmen der Regressionsanalyse mitunter nicht abschliessend quantifizierbar sind und sie demnach in der Einzelfallprüfung ohnehin nochmals aufgegriffen werden müssen (vgl. BGE 150 V 129 E. 5.5.3; nicht publ. E. 4.5.2 zweiter Abs.). Eine standardisierte Zusammensetzung der Vergleichsgruppe scheint zudem notwendig, um das Screening auf ökonomische Art und Weise umzusetzen; der Aufwand, den die Krankenversicherer bei der Wirtschaftlichkeitskontrolle betreiben, muss seinerseits verhältnismässig und damit wirtschaftlich sein (Art. 19 Abs. 1 KVAG ; BGE 151 V 30 E. 5.6.3).

E. 8.1.5

Insgesamt soll die Individualisierung nach konkreten Eigenschaften des Leistungserbringers (Praxisschwerpunkte etc.) in erster Linie im Rahmen der Einzelfallprüfung gewährleistet und entsprechend nicht mehr - wie vor Einführung der Screening-Methode gebräuchlich (vgl. z.B. Urteil 9C_535/2014 vom 15. Januar 2015 E. 6.2.2, nicht publ. in: BGE 141 V 25) - vorrangig als Frage der BGE 151 V 284 S. 292 richtigen Zusammensetzung der Vergleichsgruppe behandelt werden. Demnach ist das nach dem Facharztstitel "Allgemeine Innere Medizin" zusammengesetzte Referenzkollektiv dem Status des Beschwerdeführers "hinreichend ähnlich", sofern sich das Kollektiv auf internistische Praxen beschränkt, die als Grundversorger auftreten (E. 8.1.2). (...)

E. 9

(...)

E. 9.3

Der Beschwerdeführer macht weitere Praxisbesonderheiten in Form von Leistungsangeboten und Spezialisierungen geltend. Seine internistische Arztpraxis decke ein breites Leistungsspektrum ab, was sich in einer besonderen, kostenwirksamen

Zusammensetzung der Patienten niederschlage.

E. 9.3.1

Zu Mehrkosten führe einmal das Anfertigen von Röntgenaufnahmen in der eigenen Praxis. Nur gut zwei Drittel der Vergleichspraxen verfügten überhaupt über ein Röntgengerät. Über TARMED-Kapitel 39 (bildgebende Verfahren) seien bei ihm rund zweieinhalbmal mehr Leistungen abgerechnet worden als im Schnitt der Vergleichsgruppe. Ebenfalls durch vergleichsweise hohen Aufwand gekennzeichnet seien Wundversorgungen und Kleinchirurgie, etwa bei Diabetikern; dabei handle es sich um Therapien, die er - anders als viele seiner Berufskollegen - selber durchführe, anstatt die betreffenden Patienten an (wesentlich teurere) Chirurgen zu überweisen. Sodann weist der Beschwerdeführer auf zwei Spezialisierungen seiner Praxis hin: Ein angestellter Arztkollege erbringe Akupunkturleistungen, die über seine Zahlstellenregister (ZSR)-Nummer abgerechnet würden. Da diese komplementärmedizinische Behandlungsmethode nicht mit dem Einsatz von Medikamenten verbunden sei, gleiche der Morbiditätsindikator "Pharmazeutische Kostengruppen PCG" den damit verbundenen erhöhten Aufwand nicht aus (vgl. dazu oben E. 4.4.1; BGE 150 V 129 E. 5.5.3 und 6.5). Ausserdem verfüge er über einen Schwerpunkt "Manuelle Medizin". Da er diese Behandlungen selber durchführe, erübrige sich die Konsultation eines Spezialisten resp. verhindere dies kostspielige anderweitige Abklärungen und Behandlungen. Auf sein eigenes Kostenbild wirke sich das aber nachteilig aus. Insgesamt folgten aus den genannten Praxisbesonderheiten jährliche Mehrkosten von Fr. 131'030.-, was einen erheblichen Teil der totalen direkten Arztkosten von Fr. 406'785.- ausmache. BGE 151 V 284 S. 293

E. 9.3.2

Nachfolgend sind die geltend gemachten Praxisbesonderheiten mit Blick auf die Frage, ob sie vom Leistungsangebot des Referenzkollektivs rechtserheblich abweichen, annäherungsweise einzuordnen; abschliessend zu beurteilen sind sie aufgrund der Feststellungen der Parteien resp. des kantonalen Schiedsgerichts im weiteren Verlauf des Verfahrens (nicht publ. E. 11.1).

E. 9.3.2.1

Der Indexwert des geprüften Leistungserbringers muss gegebenenfalls korrigiert werden, wenn der Leistungserbringer aufgrund besonderer fachlicher Qualifikationen (Fähigkeitsausweise) regelmässig Behandlungen anbietet, die sich kostenmässig vom durchschnittlichen Leistungsangebot der Referenzgruppe deutlich abheben (vgl. BGE 151 V 233 E. 9.2.3). Sollte die Praxis des Beschwerdeführers infolge der geltend gemachten Spezialisierung in Wundversorgung und Kleinchirurgie überproportional häufig entsprechend kostspielige Leistungen erbringen, wäre also zu prüfen, ob eine wesentliche Praxisbesonderheit gegeben ist.

E. 9.3.2.2

Zusätzliche Praxisangebote können zudem dazu führen, dass sich Behandlungen beim geprüften Arzt konzentrieren, die ansonsten durch andere Leistungserbringer erbracht und als Fremdleistungen nicht in dessen Kostenstatistik einfließen würden (dazu nicht publ. E. 4.6.1). Dies erhöht die pro Patient erbrachte Leistungsmenge und damit den Praxisfallwert. Bei der Akupunktur handelt es sich unter Umständen um eine wesentliche Erweiterung des Behandlungsspektrums, wenn sie durch eine ärztliche Fachkraft (vgl. Art. 4b lit. a KLV) unter der ZSR-Nummer des Beschwerdeführers appliziert wird. Würde der

Beschwerdeführer die betreffenden Patienten zur komplementärmedizinischen Behandlung an einen anderen ärztlichen Leistungserbringer überweisen, so fielen der kassenpflichtige Aufwand wohl nicht unter die ihm anzurechnenden veranlassten Kosten.

E. 9.3.2.3

Derweil stellt die manualmedizinische Versorgung von akuten und chronischen Funktionsstörungen des Bewegungsapparats zwar ebenfalls eine Erweiterung des Behandlungsspektrums dar. Der Sache nach ist sie aber eher nicht als Praxisbesonderheit zu begreifen, zumal wenn die als "schonende Therapie von Rückenschmerzen oder Bewegungseinschränkungen der Gelenke mittels gezielter Handgriffe" (<https://samm.ch/de/weiterbildung/>) beschriebene Behandlung an die Stelle von Physiotherapie tritt, die dem überweisenden ärztlichen Leistungserbringer als veranlasste Leistung anzurechnen wäre. Auch dürfte das Anbieten von Manueller BGE 151 V 284 S. 294 Medizin die Zusammensetzung des Patientenkollektivs kostenstrukturell nicht bedeutsam beeinflussen, anders als es etwa bei einem dezidiert psychosomatisch-schmerzmedizinischen Praxisprofil denkbar ist (nicht publ. E. 9.2).

E. 9.3.2.4

Nicht als Praxisbesonderheit eines internistischen Leistungserbringers gelten wesentliche diagnostische oder therapeutische Bestandteile einer im Rahmen der medizinischen Grundversorgung erfolgenden Behandlung, die - erbrächte der kontrollierte Erbringer sie nicht selbst - ausnahmsweise auch als veranlasste ärztliche Leistungen in die Wirtschaftlichkeitsprüfung einfließen würden (nicht publ. E. 4.6.1 a.E.). Der Umstand, dass der Beschwerdeführer Röntgendiagnostik in Eigenleistung erbringt und entsprechende direkte Kosten anfallen, verhält sich hinsichtlich des Gesamtkostenindex grundsätzlich neutral, weil im Gegenzug die Bilanz der veranlassten Kosten entlastet wird. Lagerte der Beschwerdeführer die diagnostische Leistung an radiologische Institute aus, so müssten die betreffenden Kosten Teil seines Gesamtkostenindex bleiben. Insoweit könnte radiologische Diagnostik höchstens dann als Praxisbesonderheit gelten, wenn dargetan wäre, dass die entsprechende apparative Ausstattung das Leistungsspektrum der Praxis entscheidend prägt (GEBHARD EUGSTER, Wirtschaftlichkeitskontrolle ambulanter ärztlicher Leistungen mit statistischen Methoden, 2003, Rz. 420); ebenso, wenn im Vergleich mit einer externen Versorgung unvermeidbare Mehrkosten entstünden, die bei der Mehrzahl der Vergleichspraxen nicht zu Buche schlagen.

E. 10

Der Beschwerdeführer rügt schliesslich, das kantonale Schiedsgericht habe den Betrag der Rückforderung bundesrechtswidrig berechnet. (...)

E. 10.2.1

Die Frage, ob die Behandlungsweise des geprüften Leistungserbringers insgesamt als wirtschaftlich im Sinn von Art. 56 Abs. 1 und Art. 59 Abs. 3 lit. a KVG erscheint, beantwortet sich nach dem individuellen Gesamtkostenindex der direkten und veranlassten Kosten pro erkranktem Patient, der um die definitive Toleranzmarge sowie um den Effekt allfälliger Praxisbesonderheiten vermindert worden ist (E. 4.4.2 und nicht publ. E. 4.5). Die Gesamtbetrachtung der Kosten erlaubt es, überdurchschnittliche BGE 151 V 284 S. 295 direkte Kosten allenfalls durch unterdurchschnittliche veranlasste Kosten auszugleichen (BGE 137 V 43 E. 2.5.6; dazu und zum Umfang der veranlassten Kosten nicht publ. E. 4.6.1). Rückerstattungspflichtig sind hingegen nur die direkten Kosten (BGE 137 V 43 E.

2.5.5; nicht publ. E. 4.6.2). Die Vorinstanz hat den Index der direkten Kosten darüber hinaus auch zur Bestimmung der Rückerstattungsquote verwendet.

E. 10.2.2

Indessen wirkt sich die Gesamtbetrachtung der verursachten Kosten notwendigerweise auch bei der Berechnung der Rückerstattung aus. Nach der seit BGE 137 V 43 geltenden Rechtsprechung erfasst die Rückerstattungspflicht zwar ausschliesslich die (totalen) direkten Kosten, bestehend aus den Arztkosten und den Kosten für selbst abgegebene Medikamente sowie für weitere unter der ZSR-Nummer des Leistungserbringers erbrachte Leistungen (namentlich Labor, Mittel und Gegenstände, Physiotherapie; vgl. nicht publ. E. 4.6.1). Aus diesem Grund kommt eine Rückforderung nur infrage, wenn der Index der direkten Kosten pro erkranktem Patient den um den Effekt von Praxisbesonderheiten erweiterten Toleranzwert übertrifft (BGE 150 V 129 E. 4.1 a.E. mit Hinweisen; Urteil 9C_535/2014 vom 15. Januar 2015 E. 5.4, nicht publ. in: BGE 141 V 25). Ansonsten würde es schon am Rückforderungssubstrat fehlen: Rückforderbar sind wie erwähnt allein die direkten Kosten. Das heisst aber nicht, dass sich die Berechnungsformel auch hinsichtlich der Bestimmung der Rückerstattungsquote auf den Index der direkten Kosten stützt. Die Motive für die Änderung der diesbezüglichen Rechtsprechung (BGE 137 V 43 E. 2.5) stellen klar, dass sich die Massgeblichkeit der (totalen) direkten Kosten auf den Gegenstand (das betragliche Substrat) der Rückerstattung bezieht. Sollen unterdurchschnittliche veranlasste Kosten im Sinn der zitierten Rechtsprechung kompensatorisch berücksichtigt werden, so muss bei der Bestimmung der mit unwirtschaftlichem Verhalten übereinstimmenden Rückerstattungsquote auf den Gesamtkostenindex abgestellt werden.

E. 10.3

Zusammengefasst ist ein Verstoss gegen das Gebot der wirtschaftlichen Behandlungsweise gegeben, wenn der Gesamtkostenindex der direkten und veranlassten Kosten pro abgerechnetem Patient bezogen auf die Referenzgrösse nach Abzug der Toleranzmarge und der auf Praxisbesonderheiten entfallenden Quote grösser als 100 ist. Eine Rückforderung kommt infrage, wenn dies zusätzlich auch hinsichtlich des (in gleicher Weise korrigierten) Indexes der direkten BGE 151 V 284 S. 296 Kosten zutrifft. Das Rückforderungssubstrat beschränkt sich auf die totalen direkten Kosten. Wegen der gebotenen integralen Betrachtung der direkten und der veranlassten Kosten erfolgt die Berechnung der Rückerstattungsquote und des rückforderbaren Betrags indessen auf der Grundlage des Gesamtkostenindex. Die Berechnungsformel lautet mithin: Totale direkte Kosten multipliziert mit dem Quotienten aus dem durch Toleranzbereich und Quote der Praxisbesonderheiten bereinigten Gesamtkostenindex (minus 100) und dem (unbereinigten) Gesamtkostenindex.

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