

# **BGer 9C\_132/2022 vom 27. Mai 2025**

Bundesgericht, 2025-05-27, DE

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/bger\\_9C\\_132\\_2022](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/bger_9C_132_2022)

FR: TF 9C\_132/2022 du 27 mai 2025

IT: TF 9C\_132/2022 del 27 maggio 2025

## **Erwägungen**

### **E. 1**

Die Verfahren 9C\_132/2022 und 9C\_134/2022 sind zu vereinigen und in einem einzigen Urteil zu erledigen (vgl. Art. 24 BZP in Verbindung mit Art. 71 BGG).

### **E. 2**

Bei Namensänderungen und Fusionen von Krankenversicherern gehen die Ansprüche der Versicherungsträger auf ihre Rechtsnachfolger über. Die Parteibezeichnung wird im Rubrum von Amtes wegen angepasst (Urteil 9C\_115/2023 vom 29. Mai 2024 E. 1.1).

### **E. 3**

Das Bundesgericht legt seinem Urteil den Sachverhalt zugrunde, den die Vorinstanz festgestellt hat ( Art. 105 Abs. 1 BGG ). Es kann die vorinstanzliche Sachverhaltsfeststellung auf entsprechende Rüge hin oder von Amtes wegen berichtigen oder ergänzen, wenn sie offensichtlich unrichtig (d.h. willkürlich) ist oder auf einer Rechtsverletzung im Sinn von Art. 95 BGG beruht ( Art. 97 Abs. 1 und Art. 105 Abs. 2 BGG ; BGE 145 V 57 E. 4). Recht wendet das Bundesgericht von Amtes wegen an ( Art. 106 Abs. 1 BGG ).

### **E. 4**

Strittig ist, ob das kantonale Schiedsgericht Bundesrecht verletzt, indem es den Beschwerdeführer in Anwendung von Art. 59 Abs. 1 lit. b KVG für die Jahre 2017 und 2018 wegen unwirtschaftlicher Behandlungsweise (sog. "Überarztung") zu einer Rückerstattung entgoltenener Kosten im Betrag von Fr. 146'894.75 (2017) resp. Fr. 139'417.20 (2018) verpflichtet.

### **E. 5.1**

Die zu Lasten der obligatorischen Krankenpflegeversicherung abgerechneten Leistungen müssen wirksam, zweckmässig und wirtschaftlich sein ( Art. 32 Abs. 1 KVG ). Der Leistungserbringer muss seine Leistungen auf das Mass beschränken, das im Interesse der Versicherten liegt und für den Behandlungszweck erforderlich ist ( Art. 56 Abs. 1 KVG ). Unter verschiedenen zweckmässigen Vorkehren gilt die bei vergleichbarem medizinischem Nutzen kostengünstigste Alternative als wirtschaftlich ( BGE 139 V 135 E. 4.4.3). Unnötige therapeutische oder diagnostische Massnahmen sind unzweckmässig und damit ohne Weiteres auch unwirtschaftlich ( BGE 151 V 30 E. 2.2.1.1). Gegenüber Leistungserbringern, die gegen die im Gesetz vorgesehenen Wirtschaftlichkeits- und Qualitätsanforderungen verstossen, werden Sanktionen ergriffen. Dazu gehört die gänzliche oder teilweise Rückerstattung der Honorare, die für nicht angemessene Leistungen bezogen wurden (Art. 59 Abs. 1 lit. b und Abs. 3 lit. a KVG).

## **E. 5.2**

Gegenstand der Wirtschaftlichkeitsprüfung ist die Gesamtheit der unter einer Zahlstellenregister (ZSR) -Nummer in Rechnung gestellten und vergüteten Leistungen nach Art. 24 ff. KVG . Das Gebot einer wirtschaftlichen Leistungserbringung ist verletzt, wenn ein Leistungserbringer im Vergleich mit den anderen Leistungserbringern gleicher Fachrichtung (Referenzgruppe) pro Patient erheblich mehr verrechnet, ohne dass dieser Mehraufwand von der ärztlichen Behandlungsfreiheit gedeckt ist oder durch kostenwirksame Besonderheiten (hinsichtlich Leistungsangebot, Zusammensetzung Patientenkollektiv etc.) erklärt wird (vgl. BGE 150 V 129 E. 4.1; 137 V 43 E. 2.2; 136 V 415 E. 6.2). Als Grundlage für die Identifikation der einzelnen Leistungserbringer, ihrer Patientenzahl sowie der verursachten Kosten dient die ZSR-Nummer in Verbindung mit dem Datenpool der SASIS AG, einer Tochtergesellschaft des Krankenkassenverbands Santésuisse (vgl. [https:// www.sasis.ch/kategorie/dp/](https://www.sasis.ch/kategorie/dp/); DARIO PICECCHI, Das Wirtschaftlichkeitsgebot im Krankenversicherungsrecht, 2022, Rz. 527). Dieser Datenbestand führt die Angaben der Versicherer über die unter einer ZSR-Nummer vergüteten Leistungen zusammen (LARISA PETROV, Weiterentwicklung der Wirtschaftlichkeitskontrolle nach KVG, 2024, Rz. 131). Die vom überprüften Leistungserbringer während einer bestimmten Periode im Durchschnitt pro Patient durch Eigen- oder Dritteleistungen ausgelösten Kosten des Krankenversicherers (individueller Fallwert) werden den entsprechenden Durchschnittskosten der Referenzgruppe (Gruppenfallwert, entspricht einem Indexwert von 100 [Prozent-]Punkten) gegenübergestellt ( BGE 150 V 129 E. 4.4.1; 135 V 237 E. 4.6.1; PETROV, a.a.O., Rz. 261). Die Referenzgruppe muss ihrer Zusammensetzung nach dem geprüften Leistungserbringer hinreichend ähnlich sein ( BGE 150 V 129 E. 4.1; 137 V 43 E. 2.2).

## **E. 5.3**

Nach Art. 56 Abs. 6 KVG legen die Leistungserbringer und Krankenversicherer vertraglich eine Methode zur Kontrolle der Wirtschaftlichkeit fest.

Dem gesetzlichen Auftrag folgend vereinbarten die beteiligten Verbände (Tarifpartner) am 20. März 2018 die Screening-Methode. Diese gilt für sämtliche Wirtschaftlichkeitskontrollverfahren ab dem Statistikjahr 2017 (vgl. nunmehr auch die aktualisierte Fassung des Vertrags vom 1. Februar 2023, in Kraft mit Wirkung seit 1. Januar 2023). Das Screeningverfahren dient dazu, Leistungserbringer zu identifizieren, deren auffällige Kostenstruktur eine möglicherweise unwirtschaftliche Behandlungsweise nahelegt ( BGE 150 V 129 E. 5.3.1). Auffällige Kosten sind indessen nicht mit unwirtschaftlicher Behandlungsweise gleichzusetzen: Die Tarifpartner halten im Ingress des Vertrags über die Screening-Methode fest, diese finde "Anwendung als erster Schritt der Wirtschaftlichkeitskontrolle". Unmittelbarer Gegenstand der Vereinbarung sei allein die Regressionsanalyse, die "als Screening-Methode zur Detektion von Ärzten mit auffälligen Kosten" diene. Ob ein Arzt mit auffälligen Kosten unwirtschaftlich arbeite, sei mittels Einzelfallanalyse näher abzuklären (Ziff. 1 und 2 des Vertrags).

Das standardisierte Screening erlaubt es, kostenauffällige Leistungserbringer frühzeitig auf die Möglichkeit hinzuweisen, dass sie gegen die gesetzlichen Wirtschaftlichkeitsanforderungen verstossen könnten (vgl. Urteil K 57/95 vom 5. Juli 1996 E. 4). Das ist nach Treu und Glauben schon deswegen geboten, weil eine Rückforderung nach Art. 59 Abs. 1 lit. b KVG kein Verschulden des Leistungserbringers voraussetzt ( BGE 141 V 25 E. 8.4; vgl. GEBHARD EUGSTER, Rechtsprechung des Bundesgerichts zum

KVG, 2. Aufl. 2018, N. 2 zu Art. 59 KVG ; ISABELLE HÄNER, in: Basler Kommentar zum KVG/KVAG, 2020, N. 12 und 28 zu Art. 59 KVG ; PICECCHI, a.a.O., Rz. 579).

#### **E. 5.4**

Die Screening-Methode als "erster Schritt" der Wirtschaftlichkeitsprüfung besteht nach dem Willen der Tarifpartner 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 unten E. 5.5).

##### **E. 5.4.1**

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 PETROV, a.a.O., 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. 5.4.2**

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 dieser Marge ist es, im Rahmen des Grundsatzes der ärztlichen Behandlungsfreiheit dem individuellen Praxisstil des Leistungserbringers Rechnung zu tragen (vgl. GEBHARD EUGSTER, Krankenversicherung, 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 , in: BJM 2024 S. 265).

Die bisherige Rechtsprechung zur Toleranzmarge 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 (E. 5.5 hernach) bekannt werden. Aufgrund dieser neuen Ausgangslage ist die 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 insoweit pauschaler 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 150 V 129 E. 5.4; vgl. zum Ganzen auch Urteil 9C\_199/2022 vom 29. April 2025 E. 4.4.2, zur Publ. vorgesehen).

## **E. 5.5**

Indiziert das Screening eine unwirtschaftliche Behandlungsweise, indem der Regressionsbericht zum betreffenden Leistungserbringer einen über den (vorläufigen) Toleranzbereich hinaus erhöhten Indexwert offenbart, so führen die Versicherer resp. die Santésuisse eine Einzelfallprüfung durch.

### **E. 5.5.1**

In diesem "zweiten Schritt" der Wirtschaftlichkeitsprüfung gilt es, die definitive Toleranzmarge festzulegen (oben E. 5.4.2). Zudem werden Praxisbesonderheiten ermittelt, die sich auf die Kostenstruktur des geprüften Leistungserbringers auswirken. Erst die Einzelfallprüfung führt gegebenenfalls zur Feststellung eines Verstosses gegen das Gebot einer wirtschaftlichen Behandlungsweise. Die Tarifpartner sehen vor, dass der Leistungserbringer Gelegenheit erhält, seine Sicht darzulegen, d.h. "allfällige im Rahmen der Screening-Methode nicht berücksichtigte Praxisbesonderheiten objektiv und nachvollziehbar aufzuzeigen, welche seine Praxis wesentlich von den Leistungserbringern seines Vergleichskollektivs unterscheiden und darum zu einem erhöhten Regressionsindexwert führen" (vgl. aktualisierte Fassung des Screening-Vertrags vom 1. Februar 2023, Ziff. 2 Abs. 4 und 5; BGE 150 V 129 E. 4.3.3).

Die Tarifpartner gehen davon aus, dass der aufgrund eines auffälligen Regressionsindex entstandene Verdacht unwirtschaftlicher Behandlungsweise insoweit ausgeräumt wird, wie die überdurchschnittlichen Kosten durch praxisspezifische Effekte bedingt sind. Der individuelle Indexwert reduziert sich um die (definitive) Toleranzmarge und im Umfang des Kosteneffekts von signifikanten Eigenschaften des Leistungserbringers und des Patientenkollektivs ( BGE 150 V 129 E. 5.5). Ein solcher Effekt ist, wo möglich, anhand von individuellen Daten des Leistungserbringers und statistischen Vergleichswerten auszuweisen. Besonderheiten, deren Kostenwirksamkeit nicht auf statistischem Weg bezifferbar sind, können allenfalls auch auf analytischem Weg (anhand ausgewählter Patientendossiers und Rechnungen) festgestellt werden ( BGE 150 V 129 E. 5.2.4 mit

Hinweisen). Möglicherweise ist es aus Gründen der rechtsgleichen Behandlung und auch der Praktikabilität angezeigt, auf dem Weg der tarifpartnerschaftlichen Vereinbarung für typische Konstellationen von Praxisbesonderheiten Richtwerte festzulegen.

### **E. 5.5.2**

Als kostenwirksame Praxisbesonderheiten anerkannt werden seit jeher Merkmale wie beispielsweise sehr viele langjährige und/oder ältere Patienten, eine überdurchschnittliche Zahl von Hausbesuchen, ein sehr hoher Anteil an ausländischen Patienten oder der Umstand, dass keine Notfallpatienten behandelt werden (vgl. nicht zu publ. E. 4.5.2 des Urteils 9C\_199/2022 vom 29. April 2025; Urteil 9C\_588/2018 vom 12. April 2019 E. 8.2.1). Angebotsseitig ergeben sich Praxisbesonderheiten vor allem bei klar kostenwirksamen Spezialisierungen im internistischen Behandlungsspektrum oder beispielsweise auch, wenn eine Praxis aufgrund grosser zeitlicher Verfügbarkeit die Funktion einer "Permanence" hat, was die Breite der medizinischen Versorgung von bestehenden Patienten tendenziell erweitert (zur Publ. vorgesehene Urteil 9C\_166/2022 vom 9. Dezember 2024 E. 9.1). Praxisschwerpunkte, die ein typisches Merkmal der ärztlichen Grundversorgung betonen (z.B. eine psychosoziale und sozialmedizinische Ausrichtung), begründen indessen nur dann eine Praxisbesonderheit, wenn sie den Anteil von (z.B. morbiditätsbedingt) kostenintensiven Patienten erheblich vergrössern; im Übrigen können sie bei der Bemessung der Toleranzmarge bedeutsam sein (erwähntes Urteil 9C\_166/2022 E. 9.2.3). Spezialisierte Praxisangebote, die sich ausserhalb der üblichen ärztlichen Grundversorgung bewegen, bilden womöglich Gegenstand einer eigenen Wirtschaftlichkeitsprüfung (a.a.O. E. 9.2.2).

Nachfrageseitig definierte Praxisbesonderheiten entstehen namentlich aus der Art, Schwere und Häufigkeit von Erkrankungen im Patientenkollektiv (Morbidität). Im Screening-Verfahren wird die Morbidität über Indikatoren ("Proxies") wie z.B. die pharmazeutischen Kostengruppen PCG bloss

indirekt erschlossen (vgl. TROTTMANN/FISCHER/VON RECHENBERG/TELSER, Weiterentwicklung der statistischen Methode zur Überprüfung der Wirtschaftlichkeit: Schlussbericht der Polynomics AG, Studie im Auftrag von FMH, Santésuisse und Curafutura, 2017 [= Anhang des Screening-Vertrags vom 20. März 2018], S. 26 Ziff. 4.6 und S. 70; zu den PCG vgl. Anhang zur Verordnung des EDI vom 14. Oktober 2019 über die Umsetzung des Risikoausgleichs in der Krankenversicherung [VORA-EDI; SR 832.112.11] und BGE 150 V 129 E. 6.5.2). Es ist daher möglich, dass die Regressionsanalyse kostenwirksame Effekte der Morbidität nicht (abschliessend) neutralisiert (vgl. oben E. 5.4.1) und sie deswegen (zusätzlich) unter dem Titel einer Praxisbesonderheit berücksichtigt werden müssen (dazu BGE 150 V 129 E. 5.5.3); so etwa im Fall von Krankheiten, bei denen sich der spezifische Behandlungsaufwand nicht in einer PCG-normierten Medikation niederschlägt. Zur Erfassung der Morbidität ist unter anderem auf Angaben des Leistungserbringers über das Vorkommen und die Verteilung von Diagnosen im Patientenkollektiv zurückzugreifen (Urteil 9C\_166/2022 vom 9. Dezember 2024 E. 5.5.2; vgl. TRÜMPLER/WERDER, Klarstellung des Bundesgerichts: Wirtschaftlichkeitsverfahren brauchen Einzelfallprüfungen, in: Jusletter 29. April 2024, Rz. 17); dies, zumal entgegen Art. 42 Abs. 3bis KVG in den Abrechnungsdaten diagnostische Informationen regelmässig fehlen (vgl. BGE 151 V 30 E. 5.7.4).

### **E. 5.5.3**

Der Leistungserbringer ist zur Mitwirkung verpflichtet. Soweit Praxisbesonderheiten nicht augenscheinlich sind und die Krankenversicherer die Verhältnisse von sich aus abklären, muss er glaubhaft machen, unter welchen Gesichtspunkten eine Einzelfallbetrachtung angezeigt und inwiefern die im Rahmen des Screenings erkannte Kostenauffälligkeit auf Praxisbesonderheiten zurückzuführen ist ( BGE 150 V 129 E. 5.3.2, 5.5.1 und 5.6; EUGSTER, SBVR, S. 683 f. Rz. 908 f.). Die Substantiierungsobliegenheit des Leistungserbringers umfasst die Besonderheit als solche und deren grundsätzliche Kostenrelevanz. Er muss den allfälligen Kosteneffekt aber nicht exakt quantifizieren; dies ist dem Prüfverfahren der Krankenversicherer vorbehalten (Urteil 9C\_166/2022 vom 9. Dezember 2024 E. 5.5.3 [nicht zur Publ. vorgesehen]).

## **E. 5.6**

Die Wirtschaftlichkeit einer ambulanten ärztlichen Praxistätigkeit im Sinn von Art. 56 KVG wird auf der Grundlage des Gesamtkostenindexes beurteilt, der direkte und veranlasste Kosten umfasst. Derweil wird der Gegenstand einer allfälligen Rückforderung durch den Index der direkten Kosten bezeichnet; veranlasste Kosten, die zur Feststellung eines unwirtschaftlichen Verhaltens beigetragen haben, sind nicht zurückzuerstatten ( BGE 137 V 43 ).

### **E. 5.6.1**

Zur Beantwortung der Frage, ob die Behandlungsweise im betreffenden Statistikjahr wirtschaftlich war, sind alle Kosten massgebend, die vom Verhalten des Leistungserbringers abhängig und in seinem Verantwortungsbereich entstanden sind (vgl. PICECCHI, a.a.O., Rz. 142 und 528). Eine Gesamtbetrachtung der direkten und veranlassten Kosten ist erforderlich, weil ein Arzt, der Behandlungen selber durchführt, die andere Ärzte an Dritte auslagern würden, dem Wirtschaftlichkeitsgebot entsprechend handeln kann, indem er zwar überdurchschnittlich hohe direkte, dafür aber unterdurchschnittliche veranlasste und gesamthaft durchschnittliche oder möglicherweise sogar unterdurchschnittliche Gesamtkosten verursacht ( BGE 137 V 43 E. 2.5.6; PETROV, a.a.O., Rz. 279).

Veranlasste Kosten sind solche für verordnete Medikamente sowie Vergütungen für "Leistungen anderer Leistungserbringer" ( BGE 137 V 43 E. 2.3), im Einzelnen: Laborleistungen ( Art. 35 Abs. 2 lit. f KVG ), der Untersuchung oder Behandlung dienende Mittel und Gegenstände ( Art. 35 Abs. 2 lit. g KVG ) sowie Leistungen auf ärztliche Anordnung oder im ärztlichen Auftrag ( Art. 35 Abs. 2 lit. e KVG ) durch freiberufliche (nichtärztliche) Leistungserbringer nach Art. 47 ff. KVV wie z.B. Physiotherapie, Ergotherapie, Logopädie, Ernährungsberatung oder Neuropsychologie ( BGE 133 V 37 E. 5.3.3; JUANA VASELLA, in: Basler Kommentar KVG/KVAG, 2020, N. 36 zu Art. 35 KVG ).

Keine veranlassten Kosten sind Leistungen anderer Ärzte, an die der Leistungserbringer seine Patienten zur selbständigen spezialisierten Weiterbehandlung überwiesen hat (PETROV, a.a.O., Rz. 143 und 327). Dies gilt sinngemäss auch für nichtärztliche Leistungen nach Art. 35 Abs. 2 lit. e KVG ohne direkten sachlichen Zusammenhang mit der einschlägigen ärztlichen Therapie. Nicht in die Wirtschaftlichkeitsprüfung von Grundversorgern einbezogen werden daher Leistungen wie etwa die psychologische Psychotherapie ( Art. 50c KVV ); für diese ist selbst dann eine separate Wirtschaftlichkeitsprüfung durchzuführen, wenn sie unter der ZSR-Nummer des

Grundversorgers erbracht wird. Hingegen werden die Kosten für ausgelagerte ärztliche Leistungen (z.B. radiologische Untersuchungen) dem Gesamtkostenindex des auftraggebenden Arztes zugerechnet, wenn sie als Bestandteil der von diesem durchzuführenden Therapie erscheinen.

### **E. 5.6.2**

Gegenstand der Rückforderung sind nur die

direkten Kosten (einschliesslich etwa der vom betreffenden Arzt selbst abgegebenen Medikamente), weil nur die Rückforderung von "dem Leistungserbringer zu Unrecht bezahlte[n]" Vergütungen gesetzlich vorgesehen ist (vgl. Art. 56 Abs. 2 zweiter Satz KVG; BGE 137 V 43 E. 2.5). Hingegen erfolgt die Berechnung der Rückforderung wiederum anhand des (bereinigten) Gesamtkostenindex (unten E. 8.2).

### **E. 6**

Das angefochtene schiedsgerichtliche Urteil, das vorinstanzliche Klageverfahren und das diesem zugrundeliegende Wirtschaftlichkeitsprüfverfahren (gemäss Screening-Methodik) durch den Verband der Krankenversicherer beruhen noch nicht auf den Vorgaben der später ergangenen bundesgerichtlichen Rechtsprechung ( BGE 150 V 129 [Urteil 9C\_135/2022 vom 12. Dezember 2023] sowie die teilweise amtl. zu publizierenden Urteile 9C\_166/2022 vom 9. Dezember 2024 und 9C\_199/2022 vom 29. April 2025). Daran ändert nichts, dass vor Einreichung der Klage gewisse Praxisbesonderheiten geprüft worden sind. Das schiedsgerichtliche Verfahren ist den erwähnten Vorgaben folgend zu wiederholen (unten E. 9.1; vgl. auch E. 6.4 des erwähnten Urteils 9C\_199/2022 vom 29. April 2025 mit weiteren Hinweisen). Aufgrund der in den Beschwerdeschriften erhobenen Rügen bleibt in den nachfolgenden E. 7 und 8 auf die in den zitierten Urteilen behandelten materiellen Erwägungen hinzuweisen, die auch für den vorliegenden Fall einschlägig sind.

Beschwerde des Leistungserbringers

### **E. 7.1**

Strittig ist zunächst die Frage, inwiefern mittels der Screening-Methode (vgl. Art. 56 Abs. 6 KVG ) ein unwirtschaftliches Verhalten abschliessend nachzuweisen ist (Beschwerdeschrift S. 4 ff. Rz. 8 ff.; Vernehmlassung der Krankenversicherer S. 3 ff. Ziff. 1; Replik S. 3 ff. Rz. 3 ff.; Eingabe der Krankenversicherer vom 7. Juli 2022 Ziff. 4). Dazu ist auf E. 5 oben zu verweisen sowie auf BGE 150 V 129 E. 5.2, 5.3 und 5.5 und auf das Urteil 9C\_199/2022 E. 4.4.3 (nicht zur Publ. vorgesehen).

### **E. 7.2**

Hinsichtlich des Screening-Verfahrens rügt der Beschwerdeführer fehlende Homogenität des Vergleichskollektivs (sogleich E. 7.2.1), die Verwendung einer falschen PCG-Liste (E. 7.2.2) und eine falsche Bestimmung der Toleranzmarge (E. 7.2.3).

#### **E. 7.2.1**

Der Beschwerdeführer beanstandet die Zusammensetzung des Vergleichskollektivs (dazu oben E. 5.2 a.E.). Sein Patientenstamm sei nicht mit demjenigen eines durchschnittlichen Grundversorgers mit Facharzttitel Allgemeine Innere Medizin vergleichbar, zumal er überdurchschnittlich viele Schmerzpatienten und solche mit psychosomatischen Problemen behandle. Daher rühre seine Spezialisierung auf die Neuraltherapie. Für die strittige Wirtschaftlichkeitsprüfung sei die Vergleichsgruppe auf Ärzte mit dem Facharzttitel

## Allgemeine Innere Medizin

und dem Fähigkeitsausweis Neuraltherapie einzuschränken. Dass das Referenzkollektiv in allen wesentlichen Punkten mit den Praxiseigenschaften des kontrollierten Leistungserbringers übereinstimmen müsse, zeige sich im Übrigen auch darin, dass die Vergleichsgruppe nach der bundesgerichtlichen Rechtsprechung (Urteil 9C\_67/2018 vom 20. Dezember 2018 E. 12.2.3) auch dann etwa entsprechend anzupassen sei, wenn der kontrollierte Leistungserbringer über eine kantonale Bewilligung zur Führung einer Praxisapotheke (sog. Selbstdispensation) verfüge (Beschwerdeschrift S. 9 ff. Rz. 26 ff.; vgl. auch Beschwerdeantwort S. 7 f.).

Dazu hat das Bundesgericht inzwischen erkannt (zu publ. Urteil 9C\_199/2022 vom 29. April 2025 E. 8.1.5), dass sich das massgebende Vergleichskollektiv grundsätzlich nach dem Facharztstitel (hier: "Allgemeine Innere Medizin") zusammensetzt, sofern es sich auf internistische Praxen beschränkt, die als Grundversorger auftreten. Die Individualisierung nach konkreten Eigenschaften des Leistungserbringers (Praxisschwerpunkte etc.) soll 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 [in BGE 141 V 25 nicht publ.] - vorrangig als Frage der richtigen Zusammensetzung der Vergleichsgruppe behandelt werden. Dementsprechend sind die vom Beschwerdeführer thematisierten Kostenfaktoren (wie Vielzahl von Schmerzpatienten, Spezialisierung auf Neuraltherapie) unter dem Titel der Praxisbesonderheiten abzuhandeln (unten E. 7.3; vgl. auch oben E. 5.5).

Was im Übrigen die vom Beschwerdeführer angesprochene Selbstdispensation anbelangt, hat das Bundesgericht in BGE 150 V 129 E. 6.5 erkannt, dass es sich dabei (ungeachtet des in die Screening-Methode integrierten Morbiditätsfaktors "PCG") um eine weiterhin relevante Grösse handelt. Soweit sich eine Berücksichtigung im Rahmen der Vergleichsgruppe schwierig gestaltet (a.a.O. E. 6.6), ist der betreffende Kosteneffekt durch eine Korrektur des Referenzindex (vgl. BGE 150 V 129 E. 6.6.2) oder - unter dem Titel eines praxistypologischen Merkmals im Sinn von BGE 150 V 129 E. 5.5.2 - auf Stufe Einzelfallprüfung zu veranschlagen (Urteil 9C\_199/2022 vom 29. April 2025, zur Publ. vorgesehene E. 8.1.3).

### **E. 7.2.2**

Nach Auffassung des Beschwerdeführers hat die Vorinstanz zu Unrecht die Verwendung einer veralteten, nur 24 Positionen umfassenden Liste von PCG (vgl. dazu oben E. 5.4.1 und 5.5.2) geschützt (angefochtenes Urteil E. 6.2-6.4). Nunmehr sei eine solche mit 34 Diagnosen verfügbar (Beschwerdeschrift S. 7 ff. Rz. 22 ff.; Beschwerdeantwort S. 5 f.; Replik S. 5 f.).

Das Bundesgericht hielt im Urteil 9C\_166/2022 vom 9. Dezember 2024 (nicht zur Publ. vorgesehene E. 8.2.3) fest, der im Screening-Verfahren ermittelte Indexwert sei als solcher für die Feststellung von Unwirtschaftlichkeit nur soweit massgebend, wie nicht die konkreten Verhältnisse eine Korrektur erforderten. Sollten bestimmte PCG, die in der verwendeten Liste fehlen, tatsächlich ein erheblich genaueres Bild der Morbidität des Patientenkollektivs vermitteln, so könnten die entsprechenden Daten im Rahmen der - noch durchzuführenden - Einzelfallprüfung erhoben und ausgewertet werden; dies, soweit der Leistungserbringer in der erweiterten PCG-Liste enthaltene Krankheitsbilder benennt, hinsichtlich derer sich die Morbidität seiner Patienten von derjenigen einer

durchschnittlichen internistischen Praxis relevant unterscheidet. Diese Erwägung ist auch hier einschlägig.

### **E. 7.2.3**

Strittig ist auch die Frage nach dem Umfang der Toleranzmarge (dazu oben E. 5.4.2; Beschwerdeschrift S. 23 ff. Rz. 82 ff.; vgl. Beschwerdeantwort S. 10). Die Vorinstanz geht davon aus, die Neuerungen des Screening-Modells rechtfertigten es, den Toleranzabzug auf stets 20 Punkte zu beschränken (angefochtenes Urteil, S. 24 E. 6.6.3). 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.

Der Beschwerdeführer 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 zur Publ. vorgesehen]).

### **E. 7.3**

Der Beschwerdeführer rügt eine bundesrechtswidrige Nichtberücksichtigung von Praxisbesonderheiten (Beschwerdeschrift S. 12 ff. Rz. 41; vgl. Beschwerdeantwort S. 8 ff. Ziff. 4; angefochtenes Urteil E. 6.7).

#### **E. 7.3.1**

Zunächst macht er geltend, die Vorinstanz stelle überhöhte Anforderungen an den Nachweis von Praxisbesonderheiten; es finde eine unzulässige Beschränkung der Beweismittel statt und die von ihm beigebrachten Zahlen blieben unberücksichtigt (Beschwerdeschrift S. 13 ff. Rz. 44 ff.; vgl. Beschwerdeantwort S. 8 f. Ziff. 4.1). Das kantonale Schiedsgericht betont u.a., vom Beschwerdeführer eingereichte Daten könnten anhand der Daten des Daten- und Tarifpools der SASIS AG nicht nachvollzogen werden (angefochtenes Urteil E. 6.7.2).

Im Rahmen einer neuen Beurteilung vor dem Schiedsgericht auf der Grundlage einer ergänzten Klage (E. 6 und 9.1) wird zu beachten sein, dass der kontrollierte Leistungserbringer Praxisbesonderheiten grundsätzlich mit den ihm verfügbaren Mitteln und Daten substantiiieren darf, 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) Krankenversicherer, anhand der verfügbaren Statistiken Feststellungen über die Relevanz der diskutierten Merkmale zu treffen. Es kann nicht unterstellt werden, dass der Leistungserbringer die nötigen Informationen hat, um der vorinstanzlich postulierten Datenkompatibilität gerecht zu

werden. Die Mitwirkungspflicht des Leistungserbringers bezieht sich auch und gerade auf Praxisdaten, die bei den Krankenversicherern nicht vorhanden sind (zu publizierendes Urteil 9C\_166/2022 vom 9. Dezember 2024 E. 9.3.3).

### **E. 7.3.2**

Weiter bringt der Beschwerdeführer vor, die Vorinstanz berücksichtige den deutlich überdurchschnittlichen Anteil von Schmerzpatienten in seiner Praxis nicht genügend. Über die PCG finde nur eine unzureichende Korrektur statt, weil die zur Behandlung der Schmerzpatienten im Rahmen der Neuraltherapie verwendeten, vergleichsweise günstigen Medikamente (insbesondere Injektionslösungen Procain und Lidocain) nicht in den entsprechenden Listen aufgeführt seien (Beschwerdeschrift S. 15 ff. Rz. 53 ff.; vgl. Beschwerdeantwort S. 9 f. Ziff. 4.2; angefochtenes Urteil E. 6.7).

Was die Neuraltherapie als solche betrifft, sind die Effekte auf das Kostenprofil der Praxis allenfalls ähnlich zu beurteilen wie bei der manualmedizinischen Versorgung von akuten und chronischen Funktionsstörungen des Bewegungsapparats. Diesbezüglich hat das Bundesgericht in der zu publ. E. 9.3.2.3 des Urteils 9C\_199/2022 vom 29. April 2025 einerseits festgehalten, eine solche Erweiterung des Behandlungsspektrums sei der Sache nach eher nicht als Praxisbesonderheit zu begreifen. Andererseits dürfte das Leistungsangebot einer schmerzmedizinisch und psychosomatisch spezialisierten Praxis die Zusammensetzung des Patientenkollektivs kostenstrukturell bedeutsam beeinflussen, was wiederum zu berücksichtigen wäre (vgl. zu publ. Urteil 9C\_166/2022 vom 9. Dezember 2024 E. 9.2.3 und erwähntes Urteil 9C\_199/2022 E. 9.2).

### **E. 7.4**

Soweit der Beschwerdeführer im Verfahren 9C\_132/2022 schliesslich eine bundesrechtswidrige Berechnung der Rückforderung rügt (Beschwerdeschrift S. 20 ff. Rz. 71 ff. und S. 25 f. Rz. 90 ff.; vgl. Beschwerdeantwort S. 10 Ziff. 5; angefochtenes Urteil S. 22 ff. E. 6.6 sowie E. 7), sei auf die anschliessende E. 8 betreffend das Verfahren 9C\_134/2022 verwiesen.

Beschwerde der Krankenversicherer

### **E. 8.1**

Die Beschwerde der Krankenversicherer richtet sich gegen die Differenz zwischen der eingeklagten und der durch die Vorinstanz zugesprochenen Rückerstattungssumme. Die Parteien thematisieren die von der Vorinstanz angewandte Berechnungsformel, dabei namentlich, ob die richtigen Indexzahlen beigezogen worden sind, und ob an den Erwägungen und Schlussfolgerungen in BGE 137 V 43 festzuhalten sei.

### **E. 8.2**

Die rechtliche Auseinandersetzung um die zutreffende Art der Berechnung ist inzwischen obsolet. Das Bundesgericht hat im amtlich zu publizierenden Urteil 9C\_199/2022 vom 29. April 2025 dazu Folgendes festgehalten (E. 10.3) : Ein Verstoss gegen das Gebot der wirtschaftlichen Behandlungsweise ist 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 Kosten zutrifft. Das Rückforderungssubstrat beschränkt sich auf die totalen direkten Kosten. Weil eine integrale

Betrachtung der direkten

und der veranlassten Kosten geboten ist, erfolgt die Berechnung der Rückerstattungsquote und des rückforderbaren Betrags indessen auf der Grundlage des Gesamtkostenindexes.

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 (a.a.O. E. 10.3; zur Herleitung dieser Berechnungsformel vgl. a.a.O. E. 10.2.).

### **E. 8.3**

Im Übrigen berechnete die Vorinstanz die Rückforderung anhand des Regressionsindexes für die direkten

Arzt kosten; für die übrigen Kostenarten seien keine separaten, nur die direkten Kosten erfassenden Regressionsindizes ausgewiesen, weshalb insoweit keine Rückforderung erfolgen könne (angefochtenes Urteil E. 6.6.2). Die Parteien sind sich indessen einig darin, dass (entgegen der vorinstanzlichen Meinung) aus den statistischen Grundlagen ein Index der totalen direkten Kosten abgeleitet werden kann (Beschwerdeantwort vom 9. Juni 2022 S. 5 Rz. 12, 14 und 33). Davon geht auch das Bundesgericht aus (erwähntes Urteil 9C\_199/2022 E. 10.4.2 a.E.).

### **E. 8.4**

Sofern sowohl nach dem bereinigten Gesamtkostenindex wie auch nach dem Index der totalen direkten Kosten Unwirtschaftlichkeit ausgewiesen ist, gilt es die allfällige Rückerstattung nach der obigen Formel zu berechnen.

### **E. 9.1**

Das angefochtene Urteil ist aufzuheben und die Sache an die Vorinstanz zum weiteren Verfahren zurückzuweisen. Das kantonale Schiedsgericht wird den Parteien Gelegenheit zur Vervollständigung der Wirtschaftlichkeitsprüfung geben und anschliessend auf der Grundlage einer ergänzten Klage über die Frage der wirtschaftlichen Behandlungsweise in den Statistikjahren 2017 und 2018 sowie gegebenenfalls über die Rückforderung entscheiden.

### **E. 9.2**

Mit diesem Entscheid ist das Gesuch um aufschiebende Wirkung der Beschwerde gegenstandslos.

### **E. 10**

Im Hinblick auf die Kosten- und Entschädigungsfolgen gilt die Rückweisung der Sache zur Ergänzung der Entscheidungsgrundlagen als vollständiges Obsiegen der beschwerdeführenden Partei, unabhängig davon, ob sie die Rückweisung beantragt resp. ob sie das Begehren im Haupt- oder Eventualantrag stellt ( BGE 137 V 210 E. 7.1).

Ausgangsgemäss tragen die klagenden Krankenversicherer die Gerichtskosten ( Art. 66 Abs. 1 BGG ). Sie bezahlen dem belangten Leistungserbringer eine Parteientschädigung ( Art. 68 Abs. 2 BGG ).

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