

BGer 9C 67/2018 vom 20. Dezember 2018

Bundesgericht, 2018-12-20, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/bger_9C_67_2018

FR: TF 9C 67/2018 du 20 décembre 2018

IT: TF 9C 67/2018 del 20 dicembre 2018

Regeste

Krankenversicherung | Krankenversicherung

Erwägungen

E. 1

Die Vernehmlassung der Beschwerdegegner ist nicht rechtzeitig innert der Frist bis 12. März 2018 eingereicht worden. Sie ist daher unbeachtlich. Dasselbe muss folgerichtig auch für die diesbezüglichen Bemerkungen des Beschwerdeführers gelten, soweit sie nicht ohnehin über den Rahmen des Replikrechts (vgl. dazu BGE 133 I 100 E. 4.6 S. 105) hinausgehen.

E. 2

Der Beschwerdeführer hat nach seinen Bemerkungen zur verspäteten Vernehmlassung der Beschwerdegegner einen (nicht unterzeichneten) Vertrag (Version vom 20. März 2018) betreffend die "Screening-Methode im Rahmen der Kontrolle der Wirtschaftlichkeit gemäss Art. 56 Abs. 6 KVG" zwischen der FMH, santésuisse und curafutura eingereicht. Dieses Dokument hat als echtes Novum ausser Acht zu bleiben (Art. 99 Abs. 1 BGG ; BGE 140 V 543 E. 3.2.2.2 S. 548). Abgesehen davon soll gemäss Ziff. 2 des Vertrags die neue Methode (erst) ab dem Statistikjahr 2017 angewendet werden. Die Ausführungen in der Sache im Begleitschreiben und in den weiteren Eingaben der Parteien sind unbeachtlich.

E. 3

Der Beschwerdeführer bestreitet seine Passivlegitimation. Zu dieser Frage hat das kantonale Schiedsgericht in E. 3.1.2 des angefochtenen Entscheids Stellung genommen. Er nimmt mit keinem Wort Bezug auf die betreffenden Erwägungen, welche nicht offensichtliche rechtliche Mängel aufweisen (BGE 138 I 274 E. 1.6 S. 280), womit es sein Bewenden hat (Art. 42 Abs. 2 BGG ; BGE 138 I 171 E. 1.4 S. 176).

E. 4.1

Der Beschwerdeführer rügt eine Verletzung von Art. 30 Abs. 1 BV und Art. 6 Ziff. 1 EMRK . Am 7. November 2017 sei die Zusammensetzung des Spruchkörpers bekanntgegeben und am 2. Dezember 2017 der angefochtene Entscheid gefällt worden. In dieser kurzen Zeitspanne sei den beigezogenen zwei Schiedsrichtern eine gründliche Auseinandersetzung mit diesem "doch eher komplexen Fall" nicht möglich gewesen. Es sei davon auszugehen, dass sie vor vollendete Tatsachen gestellt wurden und - sinngemäss - dem "vorverschriebenen" Entscheid des Vorsitzenden kritiklos zustimmten. Diese Vorbringen sind klarerweise nicht geeignet, eine Verletzung seines Rechts auf "unvoreingenommene Richter" darzutun. Andere Umstände, welche gegen die Unbefangenheit der Mitglieder des Schiedsgerichts sprechen könnten, werden nicht

genannt.

E. 4.2

Weiter macht der Beschwerdeführer geltend, die Vorinstanz hätte aus formellen Gründen (keine Bezifferung der Rückforderungssummen, nicht statthafte Klagenhäufung nach Art. 376 ZPO) nicht auf die Klagen eintreten dürfen oder wegen Verletzung des Untersuchungsgrundsatzes in Bezug auf die Möglichkeit der rechtzeitigen Umstellung der Praxistätigkeit die Rückforderung betreffend die Jahre 2014 und 2015 aus dem Recht weisen müssen. Darauf braucht nicht näher eingegangen zu werden. Das Bundesgericht hat zu den nämlichen Rügen im - auch dem Rechtsvertreter des Beschwerdeführers bekannten - Urteil 9C_264/2017 vom 18. Dezember 2017 E. 1 (nicht publ. in: BGE 144 V 79 , aber in: SVR 2018 KV Nr. 4 S. 25) Stellung genommen und dargelegt, weshalb sie unbegründet sind. Die Vorbringen in der Beschwerde erfordern keine erneute vertiefte Auseinandersetzung (vgl. immerhin E. 9 hinten).

E. 5

Beschwerde in öffentlich-rechtlichen Angelegenheiten kann unter anderem wegen Verletzung von Bundesrecht erhoben werden (Art. 95 lit. a BGG). Das Bundesgericht legt seinem Urteil den Sachverhalt zu Grunde, den die Vorinstanz festgestellt hat (Art. 105 Abs. 1 BGG). Es kann die Sachverhaltsfeststellung der Vorinstanz von Amtes wegen berichtigen oder ergänzen, wenn sie offensichtlich unrichtig [wie die Beweiswürdigung willkürlich; BGE 142 II 433 E. 4.4 S. 444] ist oder auf einer Rechtsverletzung im Sinne von Artikel 95 beruht (Art. 105 Abs. 2 BGG ; vgl. auch Art. 97 Abs. 1 BGG). Das Bundesgericht wendet das Recht von Amtes wegen an (Art. 106 Abs. 1 BGG).

E. 6

Streitgegenstand bildet die - auf Art. 59 Abs. 1 lit. b KVG gestützte (BGE 141 V 25) - Verpflichtung des Beschwerdeführers, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin mit eigener Praxis in der Rechtsform einer GmbH, zur Rückerstattung von Fr. 1'021'297.50 für das Jahr 2013, Fr. 934'300.50 für das Jahr 2014 und Fr. 917'098.55 für das Jahr 2015 wegen Verletzung des Gebots der Wirtschaftlichkeit der Leistungen nach Art. 56 Abs. 1 KVG .

E. 7

Das kantonale Schiedsgericht prüfte die Wirtschaftlichkeit der Praxistätigkeit des Beschwerdeführers in Anwendung der statistischen Methode des Durchschnittskostenvergleichs (vgl. BGE 137 V 43 E. 2.2 S. 45; 136 V 415 E. 6.2 S. 416 f.). Vergleichsgruppe, welcher ein Indexwert von 100 Punkten für die jeweils betrachteten Kosten pro erkrankte Person zugeordnet wird, bildeten die im Kanton Bern praktizierenden Ärzte der Fachrichtung "Allgemeine Innere Medizin". Es verneinte Praxisbesonderheiten, welche einen Zuschlag zum Toleranzwert von 130 Punkten rechtfertigten. Der Index der totalen (direkten und veranlassten) Kosten gemäss der Rechnungssteller-Statistik (RSS; 222 Punkte [2013], 210 Punkte [2014] und 200 Punkte [2015]) lag darüber, ebenso der Index berechnet nach dem Varianzanalysenmodell (ANOVA-Methode [vgl. E. 10 hinten]; 237 Punkte [2013], 209 Punkte [2014] und 224 Punkte [2015]), welcher spätestens seit 2014 massgebend sei. Es bejahte daher eine unwirtschaftliche Behandlungsweise in den betreffenden drei Jahren (BGE 133 V 37). Ebenfalls lagen die Indizes der direkten Kosten (RSS: 318 Punkte [2013], 295 Punkte [2014] und 278 Punkte [2015]; ANOVA: 267 Punkte [2013], 275 Punkte [2014] und 258 Punkte [2015]) ausserhalb des Toleranzbereichs, weshalb eine Rückforderung zu erfolgen habe (Urteil 9C_535/2014 vom 15. Januar 2015 E.

5.4, nicht publ. in: BGE 141 V 25 , aber in: SVR 2015 KV Nr. 8 S. 29). Bei der Berechnung der rückzuerstattenden Vergütungen unter Ausschluss der veranlassten Kosten (BGE 137 V 43) nahm das Schiedsgericht bei den Medikamentenkosten eine Korrektur vor. Es berücksichtigte den Umstand, dass der Beschwerdeführer diesbezüglich einen gegenüber der Vergleichsgruppe deutlich unterdurchschnittlichen Index der veranlassten Kosten (RSS: 5 Punkte [2013], 8 Punkte [2014] und 11 Punkte [2015]) aufwies. Die entsprechende Differenz der durchschnittlichen veranlassten Medikamentenkosten von Fr. 228.41 (2013), Fr. 226.79 (2014) und Fr. 222.44 (2015) zog es von den totalen Medikamentenkosten von Fr. 1'013.56 (2013), Fr. 870.63 (2014) und Fr. 854.22 (2015) ab. Daraus ergaben sich entsprechend der Anzahl Patienten, für welche unter der ZSR-Nr. des beklagten Arztes Rechnung gestellt worden war, (bereinigte) direkte Medikamentenkosten von Fr. 884'078.90 (2013), Fr. 679'251.20 (2014) und Fr. 708'632.76 (2015). Dies führte zu tieferen direkten (Arzt- und Medikamenten-) Kosten (Fr. 1'990'411.90 [2013], Fr. 1'771'949.20 [2014] und Fr. 1'848'526.76 [2015]) bzw. zu einem RSS-Index von 282 Punkten (2013), 260 Punkten (2014) und 245 Punkten (2015). Unter Zugrundelegung des ANOVA-Index (267 Punkte [2013], 275 Punkte [2014] und 258 Punkte [2015]) ermittelte das Schiedsgericht Rückforderungsbeträge von Fr. 1'021'297.50 (Fr. 1'990'411.90 x [267 - 130]/267; 2013), Fr. 934'300.50 (Fr. 1'771'949.20 x [275 - 130]/275; 2014) und Fr. 917'098.55 (Fr. 1'848'526.76 x [258 - 130]/258; 2015).

E. 8

Der Beschwerdeführer bestreitet sowohl eine Rückerstattungspflicht an sich, u.a. weil die Einreichung der Klagen ein "arger Vertrauensmissbrauch" sei und "jeglichen Vertrauensschutz" verletze, als auch die Höhe der Rückforderung, welche auf einer bundesrechtswidrigen Berechnung beruhe. Insbesondere könne er aufgrund der zahlreichen Praxisbesonderheiten nicht mit der Gruppe der Ärzte der Fachrichtung "Allgemeine Innere Medizin" verglichen werden. Sodann sei die Anwendung der ANOVA-Methode nicht zulässig.

E. 9

Der Grundsatz von Treu und Glauben (im Sinne des öffentlichrechtlichen Vertrauensschutzes bei unrichtigen behördlichen Auskünften; BGE 127 I 31 E. 3a S. 36; 121 V 65 E. 2a und 2b S. 66 f.) kann gebieten, dass ein Arzt vor der Geltendmachung einer Rückforderung wegen Überarztung auf die Unwirtschaftlichkeit seiner Behandlungsweise aufmerksam gemacht wird (Urteil des Eidg. Versicherungsgerichts K 57/95 vom 5. Juli 1996 E. 4c). Im vorliegenden Fall fehlt es indessen an der hierfür erforderlichen Vertrauensgrundlage. Aus den Akten ergibt sich, dass der Beschwerdeführer im November 2008 und 2009 sowie im Januar 2011 vom zuständigen Experten für Wirtschaftlichkeitsprüfungen bei santésuisse auf seine (zu) hohen Kosten bzw. ANOVA-Indizes hingewiesen wurde. In seinen Stellungnahmen legte er die Gründe hierfür dar. Daraus erhellt, dass er um die Problematik bzw. Gefahr einer Überarztung und die möglichen Folgen wusste. Im Schreiben vom 24. Januar 2011 hielt er dann auch ausdrücklich fest, alles zu unternehmen, "um die Kosten im Griff zu haben". Der Umstand allein, dass trotz zu hoher Indizes für 2009, 2010 und 2011 gegen den Beschwerdeführer keine Rückforderungsklage erhoben wurde, konnte kein berechtigtes Vertrauen in die Wirtschaftlichkeit der Leistungen (Überschrift von Art. 56 KVG) begründen, und zwar umso weniger, als im Zeitraum von 2009 bis 2013 die direkten Arztkosten sich praktisch verdoppelt hatten, worauf die Beschwerdegegner in der Klage vom 29. Juni 2015

hinwiesen. Das konnte dem Beschwerdeführer nicht entgangen sein, ebenso nicht die markante Zunahme der Kosten "Laboratorien veranlasst" und "Physiotherapeuten veranlasst".

E. 10

Das Varianzanalysenmodell (ANOVA-Methode) zur Bemessung der Wirtschaftlichkeit der Leistungen von praktizierenden Ärztinnen und Ärzten im Hinblick auf die Rückerstattung der Honorare wegen nicht wirtschaftlicher ambulanter Tätigkeit beruht auf derselben Datenbasis wie die Rechnungssteller-Statistik (RSS). Vergleichsgruppe bilden die Ärzte und Ärztinnen einer Facharztgruppe (gemäss Einteilung der FMH) in der Schweiz. Im Unterschied zum Durchschnittskostenvergleich werden die Kosten der einzelnen Leistungserbringer in Bezug auf die statistisch signifikanten, d.h. nicht zufälligen Merkmale Alter und Geschlecht der Patienten sowie Kanton, in dem die ambulante ärztliche Tätigkeit ausgeübt wird, standardisiert. Damit werden die Kosten so ausgewiesen, als hätte der betreffende Arzt oder die betreffende Ärztin die gleiche Alters- und Geschlechterverteilung wie die Vergleichsgruppe als Ganzes und wie wenn alle Leistungserbringer im selben Kanton tätig wären. Die ANOVA-Methode ergibt Indizes betreffend die direkten Kosten (ohne Medikamente), die Medikamentenkosten (direkt und veranlasst) sowie die totalen Kosten (jeweils pro Erkrankten; Urteil 9C_517/2017 vom 10. November 2018 E. 5.3). 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 haben sich in einem am 27. Dezember 2013/16. Januar 2014 gestützt auf Art. 56 Abs. 6 KVG geschlossenen Vertrag auf die Varianzanalyse (ANOVA) als statistische Methode zur Kontrolle der Wirtschaftlichkeit verständigt. Dies kann nicht als gesetzwidrig bezeichnet werden, wie das Bundesgericht im Urteil 9C_264/2017 vom 18. Dezember 2017 (BGE 144 V 79) erkannte und woran es seither festgehalten hat (Urteil 9C_517/2017 vom 10. November 2018 E. 5.2 mit Hinweis). Die Vorbringen in der Beschwerde geben zu keiner anderen Betrachtungsweise Anlass. Offenbar haben sich die Vertragspartner auf eine Verfeinerung der Methode geeinigt, welche indessen erst ab Statistikjahr 2017 zur Anwendung gelangen soll (Schweizerische Ärztezeitung [SAeZ] 2018/14 S. 1390 f.; E. 2 hiervor).

E. 11

Der Beschwerdeführer äussert Zweifel an der Richtigkeit der Zahlen, auf welchen die vom kantonalen Schiedsgericht angewendete ANOVA-Methode beruht. Die (RS-) Statistik operiere mit Patientendaten, die nicht identisch seien mit jenen in seiner Praxis und bei der Ärztekasse. Sodann bestehe die Möglichkeit, dass in der Vergleichsgruppe Ärzte aufgeführt seien, die keine eigene Praxis führten oder die nicht mehr tätig seien und ihre ZSR-Nr. nur für sich selber oder nahe Familienangehörige benutzten, was zu unrealistisch tiefen Referenzkosten führe. Das kantonale Schiedsgericht nahm die selben Einwände zum Anlass, eigene Abklärungen durchzuführen. In E. 4.4.1-2 des angefochtenen Entscheids hat es dargelegt, dass sie nicht stichhaltig sind, namentlich der implizite Vorwurf der Leistungsverwechslung nicht belegt sei. Der Beschwerdeführer vermag nicht substantiiert aufzuzeigen, inwiefern damit das Schiedsgericht Bundesrecht verletzt, insbesondere die Beweise willkürlich gewürdigt haben soll (E. 5), zumal er selber einräumt, dass es Abweichungen zwischen den Rechnungslisten der Ärztekasse und den Patientenlisten der Versicherer geben kann. Im Übrigen machen die angeblich 22 Patienten, welche weder auf der Patientenkartei der Praxis noch in der Rechnungsstatistik der Ärztekasse figurieren,

lediglich rund ein halbes Prozent der statistisch erfassten durchschnittlichen Anzahl Erkrankter aus, für welche unter seiner ZSR-Nr. in den Jahren 2013 (1'126), 2014 (1'055) und 2015 (1'122) Rechnung gestellt worden war. Schliesslich besteht kein Grund zur Annahme, die Zahlen derjenigen am Recht stehenden Versicherer, die nicht Mitglied von santésuisse sind, seien nicht in deren von der SASIS AG betriebenen Datenpool geflossen.

E. 12

Der Beschwerdeführer macht Praxisbesonderheiten geltend, welche die Vergleichbarkeit mit den Fachärzten "Allgemeine Innere Medizin" im Kanton Bern und umso mehr in der ganzen Schweiz ausschliessen und der Anwendung einer statistischen Methode entgegenstünden. Zur Begründung bringt er in erster Linie vor, er verfüge über die Bewilligung zur Führung einer Praxisapotheke. Es sei davon auszugehen, dass rund die Hälfte der Ärztinnen und Ärzte der Vergleichsgruppe keine Selbstdispensation habe. Die für die Anwendung der statistischen Methode erforderliche Homogenität des Vergleichskollektivs könne nicht nachträglich im Rahmen der Berechnung der Rückforderung hergestellt werden, indem veranlasste und direkte Medikamentenkosten kumuliert würden. Die Anwendung des ANOVA-Index direkte Kosten (und nicht des Index totale Kosten gemäss RS-Statistik) führe offensichtlich zu einer Ungleichbehandlung, indem einzelne Positionen aus dem Gesamtkonzept gegriffen würden (vgl. E. 7). Nach Auffassung des kantonalen Schiedsgerichts handelt es sich bei der Selbstdispensation von Medikamenten nicht um eine Praxisbesonderheit, sondern (lediglich) um einen kompensatorischen Umstand, welchem (erst) bei der Ermittlung der rückzuerstattenden Vergütungen Rechnung getragen werden könne. Zur Begründung hat es angeführt, die Medikamentenabgabe werde beim ANOVA-Index denn auch nicht berücksichtigt. Im Zusammenhang mit der Berechnung der Rückforderung hat es sodann erwogen, die im Vergleich etwas andere Verteilung der Medikamentenkosten bei dem ins Recht gefassten Arzt wirke sich insoweit aus, als die (tieferen) veranlassten Kosten nicht, die (höheren) direkten Kosten hingegen grundsätzlich im vollen Umfang in die Rückerstattung einbezogen würden. Das führe im Lichte der erwähnten (in E. 2.3 des angefochtenen Entscheids dargelegten) Gerichtspraxis zu einer Ungleichbehandlung unter den zur Rückerstattung verpflichteten Ärzten, wenn die veranlassten Medikamentenkosten von selbstdispensierenden Ärzten unter dem Indexwert von 100 (Durchschnittswert des Vergleichskollektivs) lägen.

E. 12.1

Nach der zur statistischen Methode des Durchschnittskostenvergleichs entwickelten Rechtsprechung hatte bei der Prüfung der Wirtschaftlichkeit der ambulanten Praxistätigkeit eines Arztes oder einer Ärztin eine Gesamtbetrachtung Platz zu greifen (BGE 133 V 37). Massgebend war der Index aller direkten und veranlassten Kosten pro Erkrankten. Lag dieser innerhalb des Toleranzbereichs, war das Wirtschaftlichkeitsgebot nicht verletzt. Andernfalls war - in einem zweiten Schritt - zu prüfen, ob der Index der totalen direkten Kosten pro Erkrankten den Toleranzwert (von in der Regel zwischen 120 und 130 Punkten) übertraf. Nur in diesem Fall bestand eine Rückerstattungspflicht, welche sich zudem lediglich auf die (totalen) direkten Kosten bezog (BGE 137 V 43). Im Weiteren erforderten besondere Praxismerkmale unter Umständen eine Modifizierung der Vergleichsgruppe, weil nur auf diese Weise die notwendige Homogenität (hinreichende Vergleichbarkeit) erreicht werden konnte (vgl. Gebhard Eugster, Krankenversicherung, in: Soziale Sicherheit, SBVR Bd. XIV, 3. Aufl. 2016, S. 680 Rz. 890 und dortige Hinweise auf die

Rechtsprechung; Urteil des Eidg. Versicherungsgerichts K 85/00 vom 18. Februar 2002 E. 5b). Diese Rechtsprechung gilt grundsätzlich auch bei Anwendung der ANOVA-Methode.

E. 12.2.1

Wie das kantonale Schiedsgericht richtig festgestellt hat, gibt es keinen ANOVA-Index direkte Kosten, welcher auch die vom Arzt selber abgegebenen Medikamente umfasst (E. 10). Indessen ist nicht einsehbar, inwiefern dieser Umstand dazu führen soll, dass die Bewilligung zur Führung einer Apotheke lediglich kompensatorisch im Rahmen der Berechnung des Rückforderungsbetrages Berücksichtigung finden soll. Abgesehen davon erscheint es nicht konsequent, auf die im Sinne des kantonalen Schiedsgerichts bereinigten direkten (Arzt- und Medikamenten-) Kosten, deren Vergütungen im Rahmen der obligatorischen Krankenpflegeversicherung allein einer allfälligen Rückerstattungspflicht unterliegen (BGE 137 V 43), den ANOVA-Index (267 Punkte [2013], 275 Punkte [2014] und 258 Punkte [2015]) zugrunde zu legen und nicht den entsprechenden (RSS-) Index (282 Punkte [2013], 260 Punkte [2014] und 245 Punkte [2015]), welcher auch die Medikamentenkosten umfasst, wie der Beschwerdeführer sinngemäss geltend macht. Im Übrigen hält das Schiedsgericht in E. 2.3 des angefochtenen Entscheids selber unter Hinweis auf das Urteil 9C_110/2012 vom 5. Juli 2012 E. 2.2 fest, dass ein überdurchschnittlicher Anteil an selber erbrachten - bei unterdurchschnittlich ausgelagerten - Leistungen zumindest im Sinne einer Praxisbesonderheit und nicht lediglich kompensatorisch zu berücksichtigen ist (vgl. auch BGE 137 V 43 E. 2.5.6 S. 49). Dies muss auch in Bezug auf die Medikamentenabgabe gelten.

E. 12.2.2

Es kann nicht von einer (bloss) etwas anderen Verteilung der Medikamentenkosten beim Beschwerdeführer im Vergleich mit den Fachärzten "Allgemeine Innere Medizin" im Kanton Bern gesprochen werden. Einem sehr tiefen (RSS-) Index der veranlassten Medikamentenkosten (5 Punkte [2013], 8 Punkte [2014] und 11 Punkte [2015]) steht ein vom Schiedsgericht zu Recht als exorbitant bezeichneter (RSS-) Index der direkten Medikamentenkosten (414 Punkte [2013], 357 Punkte [2014] und 355 Punkte [2015]) gegenüber. Es kommt dazu, dass die direkten Medikamentenkosten zwischen 45 % und 50 %, somit beinahe die Hälfte der totalen direkten Kosten, die direkten und veranlassten Medikamentenkosten zusammen zwischen 42 % und 47 % der Gesamtkosten ausmachen. In diesem Zusammenhang fällt auch die grosse Differenz bei den direkten und veranlassten Medikamentenkosten zwischen dem RSS-Index (212 Punkte [2013], 182 Punkte [2014] und 180 Punkte [2015]) und dem ANOVA-Index (273 Punkte [2013], 274 Punkte [2014] und 242 Punkte [2015]) auf.

E. 12.2.3

Es ist zu beachten, dass nach der Rechtsprechung zur statistischen Methode des Durchschnittskostenvergleichs die kantonale Bewilligung zur Führung einer Apotheke (Art. 37 Abs. 3 KVG) ein Praxismerkmal darstellt, welches bei der Bildung der Vergleichsgruppe zu berücksichtigen ist, indem Ärzte ohne diese Möglichkeit (Befähigung) nicht dazu gehören können (Urteil 9C_570/2015 vom 6. Juni 2016 E. 8.2, in: SVR 2018 KV Nr. 19 S. 108; Gebhard Eugster, Wirtschaftlichkeitskontrolle ambulanter ärztlicher Leistungen mit statistischen Methoden, 2003, S. 157 Rz. 423 und S. 216 Fn. 567). Mit dem Beschwerdeführer ist davon auszugehen, dass diese Spezialisierung (Internist mit Bewilligung

zur Führung einer Apotheke) sowohl die Facharztgruppe "Allgemeine Innere Medizin" im Kanton Bern als auch diejenige in der ganzen Schweiz nicht als genügend homogen erscheinen lässt, sind doch in diesen Gruppen sowohl Internisten mit und Internisten ohne Apotheke enthalten (vgl. Eugster, a.a.O. S. 157 Fn. 447, sowie ders., Krankenversicherung, in: Soziale Sicherheit, SBVR Bd. XIV, 3. Aufl. 2016, S. 678 Rz. 883).

E. 12.3

Nach dem Gesagten kann dem Praxismerkmal "Bewilligung zur Führung einer Praxisapotheke" nicht erst bei der Berechnung der (allenfalls) rückzuerstattenden Vergütungen im Sinne der Kompensation der direkten mit veranlassten Medikamentenkosten Rechnung getragen werden. Der Vergleichsgruppe gemäss RSS und ANOVA können keine Fachärzte angehören, deren Praxis nicht diese Besonderheit aufweist. In diesem Sinne hält das Vorgehen des kantonalen Schiedsgerichts bei der Prüfung der Wirtschaftlichkeit der Behandlungsweise des Beschwerdeführers in den Jahren 2013 bis 2015 Bundesrecht nicht stand. Dieses wird auf entsprechend angepassten Grundlagen neu über die streitige Rückerstattungspflicht zu entscheiden haben. Sollte sich für die enger gefasste Facharztgruppe "Allgemeine Innere Medizin mit Bewilligung zur Führung einer Praxisapotheke" in der ganzen Schweiz kein ANOVA-Index berechnen lassen oder wäre dies unverhältnismässig, was die Beschwerdegegner zumindest glaubhaft zu machen hätten, ist ein (reiner) Durchschnittskostenvergleich durchzuführen, allenfalls kombiniert mit der analytischen Methode, sofern allenfalls weitere geltend gemachte Praxisbesonderheiten, etwa dass unter der ZSR-Nr. des Beschwerdeführers mehrere, zeitweise drei Ärzte mit einem Gesamtarbeitspensum von 250 % abrechneten, dazu Anlass geben. Der Vertrag vom 27. Dezember 2013/16. Januar 2014 zwischen der FMH, santésuisse und curafutura betreffend die Anwendung des Varianzanalysenmodells (ANOVA) als statistische Methode zur Kontrolle der Wirtschaftlichkeit (E. 10) steht dem nicht entgegen.

E. 13

Die Beschwerde ist im Eventualstandpunkt begründet.

E. 14

Mit dem Entscheid in der Sache ist die Frage der aufschiebenden Wirkung der Beschwerde gegenstandslos.

E. 15

Ausgangsgemäss haben die unterliegenden Versicherer die Gerichtskosten zu tragen (Art. 66 Abs. 1 BGG) und dem Beschwerdeführer eine Parteientschädigung zu bezahlen (Art. 68 Abs. 2 BGG).

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