

BGer 9C_781/2023 vom 9. September 2025

Bundesgericht, 2025-09-09, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/bger_9C_781_2023

FR: TF 9C_781/2023 du 9 septembre 2025

IT: TF 9C_781/2023 del 9 settembre 2025

Erwägungen

E. 1

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. 2

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. 3

Strittig ist, ob das kantonale Schiedsgericht Bundesrecht verletzt, indem es die Beschwerdeführerin in Anwendung von Art. 59 Abs. 1 lit. b KVG für das Jahr 2017 wegen unwirtschaftlicher Behandlungsweise (sog. "Überarztung") zu einer Rückerstattung entgolteener Kosten im Betrag von Fr. 75'670.- verpflichtet.

E. 4

Die Beschwerdeführerin macht Verwirkung des eingeklagten Anspruchs geltend. Sie bezweifelt unter Hinweis auf ihre Vorbringen im schiedsgerichtlichen Verfahren, ob der Zeitpunkt, zu welchem die relevanten Zahlen aufgearbeitet wurden, glaubwürdig dokumentiert sei. Dabei setzt sie sich aber nicht ausreichend mit den vorinstanzlichen Erwägungen (angefochtenes Urteil E. 4) auseinander. Es genügt nicht, auf im vorinstanzlichen Verfahren geltend Gemachtes zu verweisen (BGE 141 V 416 E. 4). Auf die Verwirkungsrüge ist daher nicht näher einzugehen (vgl. dazu immerhin die einschlägigen Ausführungen in der nicht zu publ. E. 3 des Urteils 9C_166/2022 vom 9. Dezember 2024 mit Hinweisen).

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/)). Dieser Datenbestand führt die Angaben der Versicherer über die unter einer ZSR-Nummer vergüteten Leistungen zusammen. 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). 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 Screening-Verfahren 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).

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. Die Regressionsanalyse erlaubt es, kostenwirksame Effekte gewisser Praxiseigenschaften zu standardisieren, d.h. 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 zweiseitigen 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 (unten E. 5.5) 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 Regressionsindexes 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. etwa 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 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); 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. 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). 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). Keine veranlassten Kosten sind Leistungen anderer Ärzte, an die der Leistungserbringer seine Patienten zur selbständigen spezialisierten Weiterbehandlung überwiesen hat. 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) Gesamtkostenindexes (dazu unten E. 7.1).

E. 6.1.1

Das kantonale Gericht hält fest, anhand der Rechnungssteller-Statistik (RSS) ergebe sich für das Jahr 2017 ein Regressionsindex totale Kosten von 169 Punkten und ein

Regressionsindex direkte Arztkosten von 166 Punkten. Gemessen am Vergleichskollektiv ihrer Facharztgruppe überschreite die Beschwerdeführerin den Toleranzbereich von 120 Punkten. Damit hätten die Krankenversicherer den Anscheinsbeweis unzureichender Wirtschaftlichkeit erbracht. Weiter führt die Vorinstanz im Zusammenhang mit der Zusammensetzung des massgebenden Vergleichskollektivs (hier Kollektiv der praktischen Ärzte) mit Blick auf Vorbringen der Beschwerdeführerin betreffend die Führung einer Praxisapotheke (Selbstdispensation) aus, es sei nicht einsichtig, weshalb die kantonale Bewilligung zur Führung einer Praxisapotheke ein bei der Bildung der Vergleichsgruppe zu berücksichtigendes Merkmal sein sollte. Die Bildung differenzierter Vergleichsgruppen sei (trotz des Urteils 9C_67/2018 vom 20. Dezember 2018 E. 12.3; vgl. dazu BGE 150 V 129 E. 6) nicht gerechtfertigt. Um die Gleichbehandlung mit nicht zur Selbstdispensation berechtigten Kollegen zu gewährleisten, seien vielmehr die direkten Kosten nach Massgabe unterdurchschnittlicher veranlasster Medikamentenkosten zu korrigieren. Zu den geltend gemachten Praxisbesonderheiten (Leistungen im Bereich der Gynäkologie und Geburtshilfe sowie Dermatologie und Venerologie) stellt die Vorinstanz fest, dies ändere - vor allem angesichts des sehr geringen Anteils am gesamten Leistungsvolumen - nichts an der statistischen Auffälligkeit. Auch der geltend gemachte Umstand, dass die Beschwerdeführerin eine überdurchschnittliche Zahl von Hausbesuchen bei einem sehr grossen Einzugsgebiet absolviere, sei in diesem Fall nicht statistisch signifikant. Auch diesbezüglich sei keine Praxisbesonderheit gegeben.

E. 6.1.2

Zur Berechnung der Rückforderung schliesslich hält die Vorinstanz fest, da kein Regressionsindex für die gesamten direkten Kosten ermittelt werde, seien die Rückforderungen für die direkten Kosten ohne Medikamente und für die direkten Medikamentenkosten separat zu berechnen. Dies ergebe bei direkten Kosten ohne Medikamente von Fr. 212'970.- und direkten Medikamentenkosten (korrigiert aufgrund unterdurchschnittlicher veranlasster Medikamentenkosten) von Fr. 73'752.- eine Rückforderungssumme von Fr. 75'670.-.

E. 6.2

Die Beschwerdeführerin erhebt verschiedene Rügen unter anderem zu Fragen der anwendbaren Methodik, zur Relevanz von Praxisbesonderheiten (Fortbildungsnachweise in Gynäkologie und Geburtshilfe sowie Dermatologie und Venerologie), zur Praxisbesonderheit "Hausbesuche" und zur Selbstdispensation.

E. 7.1

Was die auf die Feststellung und Quantifizierung einer unwirtschaftlichen Behandlungsweise folgende Berechnung der allfälligen Rückforderung betrifft, hat das Bundesgericht im (nach dem angefochtenen Urteil ergangenen) Urteil 9C_199/2022 vom 29. April 2025 E. 10.2 und 10.3 (zur Publikation vorgesehen) festgehalten, dass eine Rückforderung nur infrage kommt, wenn der Index der direkten Kosten pro erkranktem Patient den um den Effekt von Praxisbesonderheiten erweiterten Toleranzwert übertrifft. Das heisse aber nicht, dass sich die Berechnungsformel auch hinsichtlich der Bestimmung der Rückerstattungsquote auf den Index der direkten Kosten stützt. Die Massgeblichkeit der (totalen) direkten Kosten beziehe sich auf den Gegenstand (das betragliche Substrat) der Rückerstattung. Sollen unterdurchschnittliche veranlasste Kosten im Sinn von BGE 137 V 43 E. 2.5.6 kompensatorisch berücksichtigt werden, so müsse bei der Bestimmung der mit

unwirtschaftlichem Verhalten übereinstimmenden Rückerstattungsquote auf den Gesamtkostenindex abgestellt werden. Somit sei 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 sei. Eine Rückforderung komme infrage, wenn dies zusätzlich auch hinsichtlich des (in gleicher Weise korrigierten) Indexes der direkten Kosten zutrifft. Das Rückforderungssubstrat beschränke sich auf die totalen direkten Kosten. Wegen der gebotenen integralen Betrachtung der direkten und der veranlassten Kosten erfolge die Berechnung der Rückerstattungsquote und des rückforderbaren Betrags indessen auf der Grundlage des Gesamtkostenindex. Die Berechnungsformel laute mithin: Totale direkte Kosten multipliziert mit dem Quotienten aus dem durch Toleranzbereich und Quote der Praxisbesonderheiten bereinigten Gesamtkostenindex (minus 100) und dem (unbereinigten) Gesamtkostenindex.

E. 7.2

Die vorinstanzliche Berechnung der Rückforderung (oben E. 6.1.2) entspricht diesen (nach dem angefochtenen Urteil entstandenen) Vorgaben nicht. Die Sache ist daher zur neuen Beurteilung an die Vorinstanz zurückzuweisen. Dabei werden auch die Vorbringen der Beschwerdeführerin (vgl. oben E. 6.2) im Licht der seit dem angefochtenen Urteil ergangenen bundesgerichtlichen Rechtsprechung (vgl. BGE 150 V 129 sowie die zur teilweisen Publikation vorgesehenen Urteile 9C_166/2022 vom 9. Dezember 2024 und 9C_199/2022 vom 29. April 2025) zu würdigen sein. Das kantonale Schiedsgericht wird den Parteien Gelegenheit zur Vervollständigung der für die Wirtschaftlichkeitsprüfung notwendigen Daten geben und anschliessend über die Frage der wirtschaftlichen Behandlungsweise im Statistikjahr 2017 sowie gegebenenfalls über die Rückforderung entscheiden.

E. 8.1

Ein Schriftenwechsel ist nicht durchzuführen, weil sich die Gründe für die teilweise Gutheissung der Beschwerde resp. die Rückweisung der Sache zur neuen Entscheidung im Wesentlichen aus der vorstehend zitierten, nach dem angefochtenen Urteil ergangenen Judikatur ergeben. Zudem präjudiziert der vorliegende Rückweisungsentscheid die Beurteilung im Einzelfall nicht (erwähntes, zur Publikation vorgesehenes Urteil 9C_199/2022 E. 11.2 mit Hinweisen).

E. 8.2

Mit dieser Entscheidung in der Sache wird das Gesuch um aufschiebende Wirkung gegenstandslos.

E. 8.3

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). Gerichtskosten werden umständehalber keine erhoben (Art. 66 Abs. 1 BGG). Die Beschwerdegegnerinnen bezahlen der Beschwerdeführerin eine Parteientschädigung (Art. 68 Abs. 2 BGG).

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