

# **BL\_GERICHTE 730 16 229 vom 28. Januar 2025**

BL Gerichte, 2025-01-28, DE

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/bl\\_gerichte\\_730\\_16\\_229](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/bl_gerichte_730_16_229)

FR: BL\_GERICHTE 730 16 229 du 28 janvier 2025

IT: BL\_GERICHTE 730 16 229 del 28 gennaio 2025

## **Regeste**

Überprüfung der Wirtschaftlichkeit

## **Erwägungen**

### **E. 1**

Dr. med. B. sei für das Jahr 2014 gemäss Regressions-Index zur Rückzahlung von Fr. 692'249.-- an die im Rubrum aufgeführten Kläger zu verpflichten. Eventualiter sei Dr. med. B. für das Jahr 2014 gemäss ANOVA-Index zur Rückzahlung von Fr. 1'112'352.-- an die im Rubrum aufgeführten Kläger zu verpflichten.

#### **E. 1.1**

Das kantonale Schiedsgericht entscheidet Streitigkeiten zwischen Versicherern und Leistungserbringern (Art. 89 Abs. 1 des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung [KVG] vom 18. März 1994). Im vorliegenden Verfahren ist eine solche Streitigkeit zu beurteilen, weshalb die sachliche Zuständigkeit des Schiedsgerichts gegeben ist. Der Beklagte praktiziert in X. , womit das Schiedsgericht in Sozialversicherungssachen des Kantons Basel-Landschaft auch örtlich zuständig ist (Art. 89 Abs. 2 KVG). Die Bestimmungen des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSG) vom 6. Oktober 2000 finden gemäss Art. 1 Abs. 2 lit. e KVG beim Verfahren vor dem kantonalen Schiedsgericht keine Anwendung. Das Verfahren richtet sich nach dem KVG. Dieses schreibt vor, dass die Kantone ein Schiedsgericht bezeichnen. Es setzt sich zusammen aus einer neutralen Person, die den Vorsitz innehat, und je einer Vertretung der Versicherer und der betroffenen Leistungserbringer in gleicher Zahl (Art. 89 Abs. 4 KVG). Die Kantone regeln das Verfahren; dieses hat einfach und rasch zu sein. Das Schiedsgericht stellt unter Mitwirkung der Parteien die für den Entscheid erheblichen Tatsachen fest, wobei es die notwendigen Beweise erhebt und in der Beweiswürdigung frei ist (Art. 89 Abs. 5 KVG). Das Verfahren vor Schiedsgericht richtet sich im Kanton Basel-Landschaft nach §§ 2-24 und §§ 59-63 VPO. Den Vorsitz führt die präsidierende Person der Abteilung Sozialversicherungsrecht des Kantonsgerichts. Jede Partei ernennt ein Mitglied des Schiedsgerichts (§ 60 Abs. 1 VPO).

#### **E. 1.2**

Die Aktivlegitimation der klagenden Krankenversicherer ergibt sich aus Art. 56 Abs. 2 bzw. Art. 59 Abs. 2 KVG. Als Kläger treten vorliegend Krankenkassen auf, die in den Jahren 2014 und 2015 vom Beklagten ausgestellte Rechnungen vergütet und santésuisse zur Aufnahme in die RSS gemeldet haben. Die in den Klagen vom 13. Juli 2016 und 22. Januar 2020 aufgeführten Kläger bzw. BAG-Nummern stimmen teilweise insofern nicht mehr mit den im Rubrum aufgeführten Krankenkassen überein, als seither gewisse Krankenkassen

miteinander fusioniert haben (vgl. Rubrum und [www.zefix.ch](http://www.zefix.ch)). Ihre Aktivlegitimation im Sinne der materiellen Anspruchsberechtigung in den Verfahren betreffend Rückerstattung ist auf die neuen Krankenkassen übergegangen und wird seitens des Beklagten auch nicht bestritten. Soweit unterschiedliche Parteibezeichnungen bloss auf einen Wechsel der Firma der klagenden Krankenkassen zurückgehen, liegt darin von vornherein kein rechtlich relevanter Parteiwechsel vor (Entscheid des Bundesgerichts vom 10. Dezember 2009, 9C\_457/2009, E. 5). Nach der Rechtsprechung ist eine Kollektivklage aller Versicherer, vertreten durch den Krankenkassenverband, zulässig und eine Spezifikation der auf den einzelnen Versicherer entfallenden Beträge nicht erforderlich. Die interne Aufteilung des erstrittenen Betrags unter den Klägern ist deren Sache (Urteil des Eidgenössischen Versicherungsgerichts [EVG; heute: Bundesgericht, öffentlichrechtliche Abteilungen] vom 9. Oktober 2006, K 6/06, E. 3.3).

### **E. 1.3**

Die Vertretungsvollmacht von santésuisse für das vorliegende Verfahren ergibt sich für diejenigen Krankenversicherer, die santésuisse-Mitglieder sind, aus Art. 17 der santésuisse-Statuten (Klagebeilage 1). Bezüglich der klagenden Nichtsantésuisse-Mitglieder liegen entsprechende Prozessvollmachten vor (Klagebeilagen 2-13). Sodann sind die Rechtsvertreter von santésuisse ordnungsgemäss bevollmächtigt (Klagebeilage 14) und die Klagen entsprechen den Formvorschriften (§ 5 und § 61 VPO). Soweit der Beklagte geltend macht, in anderen Fällen habe sich herausgestellt, dass die A. AG in der Zwischenzeit ihre Vollmacht an die santésuisse zurückgezogen habe, ist dem entgegenzuhalten, dass dieser Einwand weder substantiiert begründet noch belegt ist, weshalb in diesem Zusammenhang kein Anlass für weitere Abklärungen besteht. Dass diejenigen Kläger, die der santésuisse keine schriftlichen Vollmachten erteilt haben, Mitglieder bei santésuisse sind und diese daher aufgrund der Statuten bevollmächtigt ist, wird vom Beklagten – nachdem die Kläger mit Replik vom 24. August 2020 die Mitgliederverzeichnisse 2016, 2017 und 2020 beigebracht und die Einreichung der Verzeichnisse für weitere Jahre offeriert hatten – in seiner Duplik vom 26. Oktober 2020 nicht substantiiert in Frage gestellt, weshalb sich Weiterungen auch zu diesem Einwand erübrigen.

### **E. 1.4**

Hinsichtlich der Rückforderung der Analysekosten von Fr. 106'031.-- und Fr. 63'566.--(vgl. jeweils Ziff. 2 Rückforderungsbegehren der Klage und der Klagergänzung vom 22. Januar 2020) ist dem Beklagten insofern zu folgen, als er geltend macht, dass diese im Kontext der Rechnungskontrolle und nicht im Rahmen der Wirtschaftlichkeitskontrolle zu prüfen und zurückzufordern seien. Die Rechnungskontrolle zielt darauf ab, die Übereinstimmung der einzelnen Posten der Honorarrechnungen mit den tarifvertraglichen Vereinbarungen und den gesetzlich festgelegten Vorgaben zu überprüfen. Diese kann zwar Elemente der Wirtschaftlichkeitsprüfung enthalten, so etwa, wenn die korrekte Tarifierung zur Diskussion steht. Darüber hinaus kann gefragt werden, ob die in Rechnung gestellten Leistungen überhaupt erbracht worden sind und ob allenfalls eine betrügerische Rechnungsstellung und damit ein strafbares Verhalten vorliegt (Urteil des EVG vom 16. Juni 2004, K 124/03, E. 6.1.2). Die von den Klägern zurückgeforderten Kosten für Analysen resultieren nicht aus einer unzulässigen Kumulation von Tarifpositionen oder der Anwendung unzutreffender resp. teurerer Tarifpositionen durch den Beklagten. Sie sind vielmehr darauf zurückzuführen, dass dieser als Grundversorger Analysen durchführte, die

er aufgrund der geltenden Vorschriften nicht hätte durchführen und den Klägern in Rechnung stellen dürfen. Dieser Sachverhalt fällt somit in den Bereich der Rechnungsprüfung und nicht in den der Wirtschaftlichkeitskontrolle gemäss Art. 56 und Art. 59 KVG. Daher ist im vorliegenden Verfahren auf die Rückforderungsbegehren Ziff. 2 der Klage und der Klagergänzung vom 22. Januar 2020 nicht einzutreten.

### **E. 1.5**

Der Beklagte macht weiter eine (teilweise) Verwirkung der Rückforderungsansprüche geltend. Nach der Rechtsprechung erlischt der Rückforderungsanspruch gemäss Art. 56 Abs. 2 KVG mit dem Ablauf eines Jahres, nachdem die Versicherungseinrichtung davon Kenntnis erhalten hat (BGE 133 V 579 E. 4.1). Für die Kenntnisnahme ist das Datum der Erstellung der Statistik massgeblich (Urteil des Bundesgerichts vom 12. Dezember 2023, 9C\_135/2022, E. 2.2, nicht publ. In BGE 150 V 129). Aus den Akten ergibt sich, dass die Datenaufbereitung des Datenpools der SASIS AG für das Statistikjahr 2014 am 15. Juli 2015 und für das Statistikjahr 2015 am 15. Juli 2016 vorgenommen und santésuisse zur Kenntnis gebracht wurde. In der Folge reichten die Kläger beim Schiedsgericht der Kantonalen Paritätischen Kommission Ärzte Baselland am 13. Juli 2016 und am 21. Juni 2017 ein Schlichtungsbegehren ein und wahrten damit die einjährige relative Verwirkungsfrist für die Rückforderung für die Statistikjahre 2014 und 2015. Ob, wie der Beklagte geltend macht, eine Verwirkung der Rückforderungen eingetreten ist, soweit sie für das Jahr 2014 den Betrag von Fr. 692'249.-- und für das Jahr 2015 den Betrag von Fr. 855'723.-- übersteigen, braucht nicht abschliessend geklärt zu werden, liegen doch die aktuell noch geltend gemachten Rückforderungsbeträge unter diesen Grenzbeträgen, wie sich aus den nachstehenden Erwägungen ergibt. 2. Zu prüfen ist, ob der Beklagte von den Klägern für die Jahre 2014 und 2015 erhaltene Vergütungen wegen unwirtschaftlicher Behandlungsweise zurückbezahlen muss.

### **E. 2**

Dr. med. B. sei für das Jahr 2014 für die ohne Berechtigung durchgeführten Analysen zur Rückzahlung von Fr. 63'566.-- an die im Rubrum aufgeführten Kläger zu verpflichten. In prozessualer Hinsicht beantragten sie die Aufhebung der Sistierung des Verfahrens 730 16 229 und die Vereinigung der Verfahren betreffend die Statistikjahre 2014 und 2015. D. Die instruierende Präsidentin des Schiedsgerichts eröffnete in der Folge ein weiteres Verfahren (730 20 41). Sie hob die Sistierung des Verfahrens 720 16 229 auf (Verfügung vom 5. Februar 2020) und vereinigte die beiden Verfahren (Verfügung vom 30. März 2020). E. Am 29. Mai 2020 beantragte der durch Rechtsanwalt Marc Tomaschett vertretene Beklagte:

1. Die Rückforderungsklagen für die Jahre 2014 und 2015 seien vollumfänglich abzuweisen, sofern überhaupt darauf eingetreten werden kann.
2. Eventualiter sei im vorliegenden Fall zur Überprüfung der Zahlen des Beklagten die systematische Einzelfallprüfung oder repräsentative Einzelfallprüfung mit Hochrechnung anzuwenden.
3. Unter gesetzlichen Kosten- und Entschädigungsfolge zu Lasten der Kläger.

F. Mit Replik vom 24. August 2020 beantragten die Kläger:

#### **E. 2.1**

Dr. med. B. sei für das Jahr 2015 gemäss ANOVA-Index zur Rückzahlung von Fr. 1'406'507.-- an die im Rubrum aufgeführten Kläger zu verpflichten. Subsidiär sei Dr. med. B. für das Jahr 2015 gemäss den Berechnungen gestützt auf das Vergleichskollektiv, welches nur Ärzte mit Selbstdispensation im Kanton Basel-Landschaft enthält, zur

Rückzahlung von Fr. 874'144.-- an die im Rubrum aufgeführten Kläger zu verpflichten. Subsubsidiär sei Dr. med. B. für das Jahr 2015 gemäss RSS-Index zur Rückzahlung von Fr. 737'319.-- an die im Rubrum aufgeführten Kläger zu verpflichten.

### **E. 2.2**

Dr. med. B. sei für das Jahr 2015 für die ohne Berechtigung durchgeführten Analysen zur Rückzahlung von Fr. 106'031.-- an die im Rubrum aufgeführten Kläger zu verpflichten. 3. Es sei davon Vormerk zu nehmen, dass sich die Kläger das Recht vorbehalten, die Rechtsbegehren und Rückforderungsbeträge nach Abschluss des Beweisverfahrens anzupassen.

### **E. 3**

Es sei davon Vormerk zu nehmen, dass sich die Kläger das Recht vorbehalten, die Rechtsbegehren und Rückforderungsbeträge nach Abschluss des Beweisverfahrens anzupassen.

#### **E. 3.1**

Die zu Lasten der obligatorischen Krankenpflegeversicherung abgerechneten Leistungen müssen wirksam, zweckmässig und wirtschaftlich sein (Art. 32 Abs. 1 KVG). Die Leistungserbringer haben sich in ihren Leistungen auf das Mass zu beschränken, das im Interesse der Versicherten liegt und für den Behandlungszweck erforderlich ist (Art. 56 Abs. 1 KVG). Für Leistungen, die über dieses Mass hinausgehen, kann die Vergütung verweigert werden. Eine nach diesem Gesetz dem Leistungserbringer zu Unrecht bezahlte Vergütung kann zurückgefordert werden (Art. 56 Abs. 2 KVG).

#### **E. 3.2**

Gemäss Art. 59 Abs. 1 KVG werden gegen Leistungserbringer, welche gegen die im Gesetz vorgesehenen Wirtschaftlichkeits- und Qualitätsanforderungen (Art. 56 und 58 KVG) oder gegen vertragliche Abmachungen verstossen, Sanktionen ergriffen. Diese umfassen unter anderem die gänzliche oder teilweise Rückerstattung der Honorare, welche für nicht angemessene Leistungen bezogen wurden (lit. b). Über Sanktionen entscheidet das Schiedsgericht nach Art. 89 KVG auf Antrag eines Versicherers oder eines Verbands der Versicherer (Art. 59 Abs. 2 KVG). Obschon die Rückerstattung der Honorare (Art. 59 Abs. 1 lit. b KVG) neu unter dem Begriff «Sanktionen» (Art. 59 Abs. 1 Satz 1 KVG) steht, bleibt die zu Art. 56 Abs. 2 KVG ergangene Rechtsprechung anwendbar, wonach kein Verschulden des Leistungserbringers vorausgesetzt wird (BGE 141 V 25 E. 8.4).

#### **E. 3.3**

Die Kontrolle der Einhaltung der Wirtschaftlichkeit stellt eine der zentralen Aufgaben der Krankenversicherer dar (BBl 2011 2519, 2521; Hans - Rudolf Roth / Werner Stahel, Seminar für Statistik ETH Zürich, Die ANOVA-Methode zur Prüfung der Wirtschaftlichkeit von Leistungserbringern nach Artikel 56 KVG, Gutachten zu Handen von santésuisse, S. 3). Der Branchenverband santésuisse übernimmt diese Aufgabe im Auftrag der Krankenversicherer. Die RSS stellt die Datenbasis dar, die zur Anwendung statistischer Methoden für die Bewertung der Wirtschaftlichkeit der Leistungen von praktizierenden Ärztinnen und Ärzten im Kontext der Rückerstattung genutzt wird. In der RSS werden sämtliche Leistungen ausgewiesen, welche im entsprechenden Geschäftsjahr durch die Krankenversicherer zu Lasten der obligatorischen Krankenpflegeversicherung an niedergelassene Ärztinnen und Ärzte vergütet wurden. Nicht erfasst sind alle Rechnungen,

die den Krankenversicherern nicht eingereicht wurden (insbesondere von Selbstzahlern bei hoher Franchise). Die SASIS AG betreibt im Auftrag von santésuisse den Datenpool, welcher als Grundlage für die RSS dient. Die Prüfinstanzen stellen auf die Behandlungsfallstatistik von santésuisse ab, welche praxisgemäss als beweistauglich gilt (vgl. Gebhard Eugster, in: Rechtsprechung des Bundesgerichts zum KVG [Hrsg. Stauffer/Cardinaux], 2. Aufl. 2018, Zürich/Basel/Genf, Art. 56 Rz 12 mit Hinweisen).

3.4.1 Nach Art. 56 Abs. 6 KVG legen Leistungserbringer und Versicherer vertraglich eine Methode zur Kontrolle der Wirtschaftlichkeit fest. Die Vereinigung der Schweizer Ärztinnen und Ärzte (FMH) auf der einen Seite und die santésuisse sowie die 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. Die ANOVA-Methode beruht auf der Grundlage der RSS. Vergleichsgruppe bilden die Ärztinnen und Ärzte einer Facharztgruppe (gemäss Einteilung der FMH) in der Schweiz. Im Unterschied zum Durchschnittskostenvergleich (BGE 137 V 43 E. 2.2; 136 V 415 E. 6.2) werden die Kosten der einzelnen Leistungserbringer in Bezug auf die statistisch signifikanten, d.h. nicht zufälligen Merkmale wie 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 wären alle Leistungserbringer im selben Kanton tätig. Die ANOVA-Methode ergibt Indizes betreffend die direkten Kosten (ohne Medikamente), die Medikamentenkosten (direkt und veranlasst) sowie die totalen Kosten (jeweils pro erkrankte Person; BGE 137 V 43 E. 3.2 und Urteil des Bundesgerichts vom 8. November 2018, 9C\_517/2017, E. 5.3). Sodann vereinbarten die Verbände (Tarifpartner) am 20. März 2018 die Screening-Methode. Dabei handelt es sich um eine Weiterentwicklung der ANOVA-Methode. Die Screening-Methode findet auf sämtliche Wirtschaftlichkeitskontrollverfahren ab dem Statistikjahr 2017 Anwendung (Urteil des Bundesgerichts vom 9. Dezember 2024, 9C\_166/2022, E. 5.3). Für die hier zu beurteilenden Statistikjahre 2014 und 2015 ist sie daher nicht relevant.

3.4.2 Lässt sich für eine Facharztgruppe kein ANOVA-Index berechnen, ist ein (reiner) Durchschnittskostenvergleich durchzuführen, allenfalls kombiniert mit der analytischen Methode, sofern Praxisbesonderheiten dazu Anlass geben (Urteil des Bundesgerichts vom 20. Dezember 2018, 9C\_67/2018, E. 12.3). Bei der Methode des Durchschnittskostenvergleichs kann sich die Prüfung darauf beschränken, dass die durchschnittlichen Behandlungskosten des betreffenden Arztes pro erkrankte Person mit denjenigen anderer Ärztinnen und Ärzte unter ähnlichen Bedingungen verglichen werden, wobei die mit BGE 136 V 415 formulierten Kriterien bezüglich Transparenz beachtet werden müssen. Voraussetzung für die Anwendbarkeit dieser Methode ist, dass sich das Vergleichsmaterial hinreichend ähnlich zusammensetzt und sich der Vergleich über einen genügend langen Zeitraum erstreckt, wodurch bloss zufällige Unterschiede mehr oder weniger ausgeglichen werden. Eine unwirtschaftliche Behandlungsweise liegt vor, wenn eine ins Gewicht fallende Zahl von Rechnungen derselben Ärztin oder desselben Arztes an die Krankenkassen im Vergleich zur Zahl von Rechnungen von Ärztinnen und Ärzten des gleichen Fachbereichs in geografisch gleichem Tätigkeitsbereich und mit etwa gleichem Krankengut im Durchschnitt signifikant höher ist, ohne dass besondere Umstände vorliegen, die diesen Durchschnitt beeinflussen könnten. Falls die Wirtschaftlichkeit in

Anwendung der statistischen Methode beurteilt wird, darf eine Unwirtschaftlichkeit nicht schon bei Überschreitung des statistischen Mittelwertes (100 Indexpunkte) vermutet werden. Vielmehr ist den Ärztinnen und Ärzten einerseits ein Toleranzbereich und zudem allenfalls ein Zuschlag zu diesem Toleranzwert (zu dem den Toleranzbereich begrenzenden Indexwert) zuzugestehen, um spezifischen Praxisbesonderheiten Rechnung zu tragen. Nach der Rechtsprechung liegt der Toleranzbereich zwischen 120 und 130 Indexpunkten (Urteil des Bundesgerichts vom 15. Januar 2015, 9C\_535/2014, E. 5.3 mit Hinweisen) Die Bestimmung des Zuschlags im Einzelfall steht im Ermessen der Krankenversicherer resp. des Schiedsgerichts. Für die Ermessensausübung wird beispielsweise wegleitend sein, ob der betreffende Leistungserbringer auf bestimmte Krankheiten oder besondere Therapieformen spezialisiert ist, sofern diese nicht als Praxisbesonderheiten zu berücksichtigen sind.

### **E. 3.5**

Die Wirtschaftlichkeitskontrolle kann grundsätzlich sowohl aufgrund einer Einzelfallprüfung als auch aufgrund einer statistischen Betrachtungsweise vorgenommen werden. Mit Bezug auf die geeignete, anwendbare Methode – analytische Prüfmethode oder statistischer Vergleich – steht den Prüfinstanzen ein Auswahlermessen nach Massgabe der Zweckmässigkeit zu, wobei der statistischen wo möglich der Vorzug gegeben wird (Urteil des Eidgenössischen Versicherungsgerichts [EVG] vom 26. Juni 2003, K 93/02, E. 5.2). Die Frage der zweckmässigen Prüfmethode ist im Rahmen des schiedsgerichtlichen Beweisverfahrens zu klären (Urteil des EVG vom 24. April 2003, K 9/00, E. 2.2.2 = RKUV 2003 Nr. KV 250 S. 216 ff.). Sind die Voraussetzungen für die Beweistauglichkeit der statistischen Methode erfüllt, kann der geprüfte Arzt auch unter dem Blickwinkel seines Anspruchs auf rechtliches Gehör kein analytisches Gutachten zu seiner Praxisführung einfordern, auch nicht auf seine eigenen Kosten (Urteil des Bundesgerichts 9C\_121/2012 vom 22. August 2012; Gebhard Eugster, a.a.O., Art. 56 KVG Rz. 9 mit Hinweisen). Der Beweis unwirtschaftlicher Behandlung ist im Grade überwiegender Wahrscheinlichkeit zu erbringen (Urteil des EVG vom 26. Juni 2003, K 93/02, E. 5). Liegt der arithmetische Mittelwert der Behandlungsfallkosten einer Ärztin oder eines Arztes erheblich über dem Mittelwert seiner Vergleichsgruppe, erbringt dies praxisgemäss den Beweis einer unwirtschaftlichen Behandlungsweise, soweit die Tatsachenvermutung vom geprüften Arzt nicht durch den Nachweis von Praxisbesonderheiten widerlegt wird Gebhard Eugster, a.a.O., Art. 56 KVG Rz. 19).

### **E. 4**

Die Kläger bejahten aufgrund statistischer Bemessungen eine unwirtschaftliche Behandlungsweise des Beklagten und forderten vom ihm in ihrer Klage/Klagergänzung vom 22. Januar 2020 gemäss Durchschnittskostenvergleich Fr. 1'595'159.-- (Fr. 692'249.-- [2014] + Fr. 902'910.-- [2015]) und gemäss ANOVA-Methode Fr. 2'624'108.-- (Fr. 1'112'352.-- [2014] + Fr. 1'511'756.-- [2015]) zurück. Im Verlauf des Verfahrens passten sie die Rückforderungsbeträge an. In ihrer Replik vom 24. August 2020 bezifferten sie die Rückforderung gemäss Durchschnittskostenvergleich auf Fr. 1'447'022.-- (Fr. 636'447.-- [2014] + Fr. 810'575.-- [2015]) und gemäss ANOVA-Methode auf Fr. 2'455'902.-- (Fr. 1'049'395.-- [2014] + Fr. 1'406'507.-- [2015]). Anlässlich der Hauptverhandlung vom 13. September 2022 reduzierten sie den Rückforderungsbetrag gemäss Durchschnittskostenvergleich auf Fr. 1'373'766.-- (Fr. 636'447.-- [2014] + Fr. 737'319.-- [2015]). Unter Berücksichtigung eines Vergleichskollektivs, das nur Ärztinnen und Ärzte

mit Selbstdispensation im Kanton Basel-Landschaft umfasst, bezifferten sie die Rückforderung mit Eingabe vom 15. Juni 2023 für das Jahr 2014 auf Fr. 680'543.-- und für das Jahr 2015 auf Fr. 874'144.--. Der Beklagte wendet gegen die klägerischen Forderungen ein, dass die statistischen Grundlagen für die Wirtschaftlichkeitsprüfung untauglich seien. Zudem seien ausgewiesene Praxisbesonderheiten (Anstellung einer Praxisassistentin, Praxiseröffnung und Neupatienten, hoher Anteil ausländischer Patienten und psychischer Erkrankungen, Polymorbidität, überregionales Einzugsgebiet, Behandlungsangebot) zu Unrecht nicht berücksichtigt worden. Nachfolgend sind die Argumente der Parteien zu prüfen.

5.1 Zunächst ist dem Beklagten insofern zu folgen, als der ANOVA-Index vorliegend nicht massgebend ist. Zwar haben sich die Leistungserbringer und die Versicherer in dem gestützt auf Art. 56 Abs. 6 KVG geschlossenen Vertrag auf die Varianzanalyse als statistische Methode zur Kontrolle der Wirtschaftlichkeit verständigt. Es ist aber zu beachten, dass nach der Rechtsprechung die kantonale Bewilligung zur Führung einer Apotheke ein Praxismerkmal darstellt, welches bei der Bildung der Vergleichsgruppe zu berücksichtigen ist, indem Ärztinnen und Ärzte ohne diese Befähigung nicht dazu gehören können (Urteil des Bundesgerichts vom 20. Dezember 2018, 9C\_67/2018, E. 12.3; vgl. auch die Urteile vom 29. August 2019, 9C\_259/2019 und 9C\_260/2019, E. 8.3). Der Beklagte verfügt unstreitig über eine kantonale Bewilligung zur Führung einer Praxisapotheke (sog. Selbstdispensation). Der Vergleichsgruppe können daher keine Fachärztinnen und Fachärzte angehören, deren Praxis nicht diese Besonderheit aufweist. Es ist mit dem Beklagten davon auszugehen, dass diese Spezialität die Facharztgruppe «Allgemeine Innere Medizin» nicht als genügend homogen erscheinen lässt, sind doch in dieser Gruppe sowohl Internisten mit und Internisten ohne Praxisapotheke enthalten. Folglich fällt die Vergleichsgruppe gemäss ANOVA als Grundlage der Wirtschaftlichkeitsprüfung ausser Betracht.

5.2 Dasselbe gilt, soweit die Kläger für die Jahre 2014 und 2015 die Methode des (reinen) Durchschnittskostenvergleichs auf der Datengrundlage gemäss der RSS 2014 und 2015 anwandten, welche als Vergleichsgruppe alle im Kanton Basel-Landschaft praktizierenden Ärztinnen und Ärzte der Fachrichtung «Allgemeine Innere Medizin» enthält. Auch das von den Klägern in der Klage/Klageantwort vom 22. Januar 2020 vorgestellte modifizierte Vergleichskollektiv ist als Grundlage für die Wirtschaftlichkeitsprüfung nicht geeignet. Dieses basiert nach den Angaben der Kläger anlässlich der Hauptverhandlung auf der Annahme, dass jene Ärztinnen und Ärzte im Kanton Basel-Landschaft, die in der Fachrichtung «Allgemeine Innere Medizin» tätig sind und hohe Medikamentenkosten aufweisen, selbstdispensierend sind. Diese Hypothese wurde aufgrund der Tatsache aufgestellt, dass die Kläger keine Liste der selbstdispensierenden Ärztinnen und Ärzte im Kanton Basel-Landschaft erhältlich machen konnten. Es mag zutreffen, dass selbstdispensierende Ärztinnen und Ärzte höhere Medikamentenkosten aufweisen und dem von den Klägern erstellten modifizierten Vergleichskollektiv eine gewisse Aussagekraft beizumessen ist. Dies ändert aber nichts am Erfordernis, dass im hier zu beurteilenden Fall der Vergleichsgruppe nur Fachärztinnen und Fachärzte angehören können, die eine Bewilligung zur Führung einer Praxisapotheke haben. Folglich ist auch die modifizierte Vergleichsgruppe nicht genügend homogen, was bekanntlich zum Beschluss des Schiedsgerichts vom 13. September 2022 geführt hat, das Verfahren zur Einholung weiterer Informationen auszustellen.

5.3.1 Zu prüfen bleibt, ob aufgrund der Angaben der Ärztesgesellschaft Baselland vom 15. November 2022 verlässliche Vergleichskollektive gebildet werden können. Deren Eingabe vom 15. November 2022 enthält zwei separate Listen aller in den Jahren 2014 und 2015 im Kanton

Basel-Landschaft in Einzelpraxen tätigen Fachärztinnen und Fachärzte der Fachrichtung «Allgemeine Innere Medizin» mit Angabe der ZSR-Nummer und dem Vermerk, ob eine Bewilligung zur Selbstdispensation vorliegt. Aufgrund dieser Angaben erstellten die Kläger für die Statistikjahre 2014 und 2015 zwei neue Vergleichskollektive. Die entsprechenden, am 15. Juni 2023 eingereichten Beweisstücke Nr. 54 und 55 enthalten die Namen aller im Kanton Basel-Landschaft tätigen Ärztinnen und Ärzte mit Bewilligung zur Selbstdispensation, deren ZSR-Nummern, die totalen Kosten und die Anzahl der erkrankten Personen der jeweiligen Ärztin bzw. des jeweiligen Arztes. Das bereinigte Vergleichskollektiv besteht im Jahr 2014 aus 178 Praxen und im Jahr 2015 aus 181 Praxen. Die aufgrund der Listen der Ärztesgesellschaft BL gegebene Kenntnis der Namen der Ärztinnen und Ärzte der Vergleichsgruppe erlaubt dem Beklagten zu verifizieren, ob darunter Ärztinnen und Ärzte figurieren, die zu einer anderen Gruppe gehören, oder ob Ärztinnen und Ärzte nicht in der Vergleichsgruppe sind, in welche sie hätten aufgenommen werden müssen. Zudem liegen Angaben zur Verteilung der Kosten für jede Ärztin/jeden Arzt der Vergleichsgruppe vor. Damit konnte sich der Beklagte hinreichend mit seinen Berufskolleginnen und -kollegen vergleichen. Gemäss Darstellung der Kläger betragen die durchschnittlichen Behandlungskosten des Beklagten im Jahr 2014 Fr. 2'123.-- pro erkrankte Person (totale Kosten: Fr. 2'233'404.--; Anzahl erkrankte Personen: 1'052), was im Vergleich zum Kollektiv mit Fr. 1'017.-- pro erkrankte Person (totale Kosten: Fr. 166'922'478.--; Anzahl erkrankte Personen: 164'134) einen Index von 208,8 (Fr. 2'123.-- : Fr. 1'017.-- x 100) ergibt. Im Jahr 2015 betragen die durchschnittlichen Behandlungskosten des Beklagten Fr. 2'091.-- pro erkrankte Person (totale Kosten: Fr. 3'072'143.--; Anzahl erkrankte Personen: 1'469), woraus im Vergleich zum Kollektiv mit Fr. 1'039.-- pro erkrankte Person (totale Kosten: Fr. 179'864'782.--; Anzahl erkrankte Personen: 173'158) ein Index von 201,3 (Fr. 2'091.-- : Fr. 1'039.-- x 100) resultiert.

5.3.2 Der Beklagte erachtet auch die neuen Vergleichskollektive als nicht verlässlich. In seinen Eingaben vom 23. August 2023 und 8. Januar 2024 macht er geltend, diese würden Praxen enthalten, die offensichtlich nicht in der Vergleichsgruppe geführt werden sollten, namentlich solche, die eine sehr geringe Anzahl erkrankte Personen oder einen sehr geringen Umsatz (unter Fr. 50'000.--) aufweisen würden. Er argumentiert, die tiefe Anzahl von Patienten oder der äusserst tiefe Umsatz hätten einen direkten Einfluss auf die Kosten pro Patient, weshalb die Vergleichbarkeit dieser Praxen nicht gegeben sei. Sodann würden Praxen ohne erkrankte Personen mit einem sehr hohen Umsatz aufgeführt, was nicht korrekt sein könne und einen Vergleich ausschliesse. Die Effekte dieser Ausreisser würden das Endergebnis verfälschen. Die Kosten pro Patient in einer kleinen Praxis mit wenigen Patienten könnten nicht mit einer durchschnittlichen Praxis verglichen werden. Weiter geht er davon aus, dass bei genauerer Betrachtung weitere Fehler gefunden werden könnten und die Vergleichbarkeit für weitere Praxen verneint werden müsse. Die knappen Informationen zur Vergleichsgruppe würden aber keine vertiefte Auseinandersetzung zulassen.

5.3.3 Soweit der Beklagte gegen die neuen Vergleichsgruppen einwendet, eine geringe Anzahl von Patienten oder ein geringer Umsatz hätten einen direkten Einfluss auf die Kosten pro Patient, weshalb die betreffenden Praxen nicht mit einer Durchschnittspraxis verglichen werden könnten, kann ihm nicht gefolgt werden. Es trifft zu, dass die neuen Vergleichskollektive der Jahre 2014 und 2015 Praxen enthalten, die eine geringe Anzahl von erkrankten Personen oder einen Umsatz von weniger als Fr. 50'000.-- aufweisen. Dabei ist jedoch zu beachten, dass der Vergleichsindex nicht die Abweichung von den Gesamtkosten, sondern die Durchschnittskosten pro Arzt und erkrankte Person ausweist

(Urteil des EVG vom 18. Mai 2004, K 150/03, E. 6.4.3). In den Durchschnittskostenvergleich fliessen somit nicht die Praxiskosten, sondern die nach den geltenden Tarifen fakturierten und abgerechneten KVG-Leistungen pro erkrankte Person ein. Eine Praxis mit nur wenigen erkrankten Personen oder mit geringen Gesamtkosten wirkt sich daher weder zu Gunsten noch zu Ungunsten des Beklagten aus, wie die Kläger zutreffend feststellten. Wenn er weiter geltend macht, es würden Praxen aufgeführt, die ohne erkrankte Personen einen teils sehr hohen Umsatz aufweisen würden, was nicht korrekt sein könne und einen Vergleich ausschliesse, ist dem entgegenzuhalten, dass dies im Statistikjahr 2014 auf lediglich 3 Praxen zutrifft, deren totale Kosten insgesamt Fr. 83'042.-- betragen. Dies entspricht im Verhältnis zu den Gesamtkosten der gesamten Vergleichsgruppe von Fr. 166'922'478.-- einem Anteil von ungefähr 0,497 Promille (Fr. 83'042.-- : Fr. 166'922'478.-- x 100) und ändert nichts an der statistischen Auffälligkeit des Beklagten. Im Statistikjahr 2015 sind keine Praxen ohne erkrankte Personen ausgewiesen. Bei dieser Sachlage erschliesst sich nicht, inwiefern die vorliegenden Kostenstatistiken ein verzerrtes Bild der Situation abgeben sollen. Weitere konkrete und substantiierte Einwände gegen die neuen Vergleichsgruppen oder deren Transparenz bringt der Beklagte nicht vor. Insgesamt sind seine Einwände nicht geeignet, ernsthafte Zweifel an der Homogenität der neuen Vergleichskollektive als Grundlage der Wirtschaftlichkeitskontrolle zu wecken.

5.3.4 Damit haben die Kläger hinreichend nachgewiesen, dass die Wirtschaftlichkeit in den hier zu beurteilenden Statistikjahren bei einem Index von 208,8 im Jahr 2014 und einem solchen von 201,3 im Jahr 2015 nicht gegeben war.

6.1 In einem nächsten Schritt ist zu prüfen, ob beim Beklagten Praxisbesonderheiten vorliegen, die das Überschreiten des Toleranzwertes von 120 bis 130 Indexpunkten (vgl. E. 3.4.2) zu erklären vermögen. Die Beweislast für das Vorliegen solcher Besonderheiten liegt rechtsprechungsgemäss beim Beklagten. Sind die behaupteten Praxisbesonderheiten nicht zu beweisen, schlägt die Beweislosigkeit zu seinem Nachteil aus, d.h. die Praxisbesonderheit wird nicht berücksichtigt. Allfällige besondere Praxismerkmale müssen mit dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit dargetan sein (Urteil des Bundesgerichts vom 4. Dezember 2006, K 83/05, E. 7).

Anzumerken bleibt, dass eine Ausweitung des Toleranzbereichs über den Wert von 130 hinaus nicht leichthin vorzunehmen ist, da dieser bereits eine Anzahl nicht genau bezifferbarer Besonderheiten der Arztpraxis aufzufangen erlaubt (Urteil des Bundesgerichts vom 7. April 2011, 9C\_732/2010, E. 4.2).

6.2.1 Der Beklagte macht geltend, eine Besonderheit seiner Praxis bestehe darin, dass er in den Jahren 2014 und 2015 eine Praxisassistentin beschäftigt habe, die unter derselben Registernummer (ZSR-Nummer) abgerechnet habe. Dies führe dazu, dass die Kosten pro Patient höher seien, als wenn er und seine "Praxisassistentz" jeweils eine eigene ZSR-Nummer gehabt hätten.

6.2.2 Nach Art. 8 des zwischen der santésuisse und der Verbindung der FMH abgeschlossenen Rahmenvertrags TARMED vom 5. Juni 2002 sind Ärztinnen und Ärzte grundsätzlich verpflichtet, ihre Leistung persönlich zu erbringen (Abs. 1). Er kann unter Berücksichtigung der kantonalen Gesetzgebung eine Praxisassistentz oder Stellvertretung beziehen (Abs. 2). Eine Praxisassistentin oder ein Praxisassistent kann zur Weiterbildung während maximal sechs Monaten angestellt werden. Vorbehalten sind anderweitige Lösungen in der gestützt auf das MedBG und die entsprechende Verordnung erlassene Weiterbildungsordnung (WBO). Der Praxisinhaber bzw. die Praxisinhaberin gibt santésuisse die EAN-Nummer und die Dauer der Anstellung der Praxisassistentz bekannt (Abs. 3). Eine Stellvertreterin oder ein Stellvertreter kann bei länger dauernder Abwesenheit der Praxisinhaberin oder des Praxisinhabers angestellt werden. Bei regelmässigen, im Voraus bekannten

Tagesabwesenheiten und bei Ferienabwesenheiten von mehr als 14 Tagen sind Name und Dignität der Stellvertretung santésuisse bekannt zu geben. Dauert eine Stellvertretung länger als sechs Monate, so hat die betreffende Stellvertreterin oder der betreffende Stellvertreter eine eigene Registriernummer zu beantragen (Abs. 4).

6.2.3 Aus den Akten ergibt sich, dass dem Beklagten auf der Grundlage von § 11 des kantonalen Gesundheitsgesetzes (GesG) vom 21. Februar 2008 und § 16 lit. b der Verordnung über die Berufe im Gesundheitswesen vom 17. März 2009 die Bewilligung erteilt wurde, pract. med. E. vom 1. März 2013 bis 28. Februar 2015 als Assistentin anzustellen (Verfügung des Kantonsarztes vom 10. Januar 2013; Duplikbeilage 5). Damit ist erstellt, dass der Beklagte in den Statistikjahren 2014 und 2015 eine Praxisassistentin beschäftigte. Pract. med. E. war ab dem 1. März 2013 länger als sechs Monate beim Beklagten angestellt. Bei einer Anstellungs-dauer von zwei Jahren ist davon auszugehen, dass sie (auch) als Stellvertreterin des Beklagten tätig war, weshalb sie gemäss Art. 11 Abs. 4 des Rahmenvertrags TARMED eine eigene Registriernummer beantragen musste. Dass pract. med. E. in den hier zu beurteilenden Statistikjahren 2014 und 2015 unter seiner ZSR-Nummer abrechnete, ist nicht hinreichend erstellt. Daher kann entgegen den Vorbringen des Beklagten nicht mit überwiegender Wahrscheinlichkeit eine Praxisbesonderheit angenommen werden.

6.3.1 Weiter nennt der Beklagte die noch nicht lange zurückliegende Praxiseröffnung als Besonderheit. Die Kläger verneinen eine solche mit der Begründung, dass der Beklagte seine Praxis an diesem Standort seit Mitte 2011 betreibe und bereits im Jahr 2013 über einen seiner Vergleichsgruppe entsprechenden Patientenstamm verfüge. In den hier interessierenden Statistikjahren 2014 und 2015 liege der Patientenstamm weit über demjenigen seiner Vergleichsgruppe.

6.3.2 Den Akten ist zu entnehmen, dass der Beklagte im Jahr 2013 754, im Jahr 2014 1'052 und im Jahr 2015 1'469 erkrankte Personen verzeichnete (Klagebeilage 20). Demgegenüber belief sich der durchschnittliche Patientenstamm im Vergleichskollektiv im Jahr 2014 auf 922 (164'134 : 178) und im Jahr 2015 auf 957 (173'158 : 181; Klagebeilagen 54 und 55). Bei dieser Sachlage kann nicht gesagt werden, der Beklagte verfüge im hier zu beurteilenden Zeitraum nicht über einen seiner Vergleichsgruppe entsprechenden Patientenstamm. Zu beachten ist aber der im Jahr 2015 signifikante Zuwachs an Neupatienten von circa 40 %. Im Vergleich dazu betrug der Zuwachs an Neupatientinnen und Neupatienten im Vergleichskollektiv im Jahr 2015 weniger als 6 % (siehe Klagebeilagen 54 und 55). Wird aufgrund dieser Sachlage und der glaubhaften Angaben des Beklagten davon ausgegangen, dass bereits im Jahr 2014 ein überdurchschnittlicher Anstieg an Neupatienten erfolgte, so ist, unter Berücksichtigung, dass für Erstbehandlungsfälle (etwa aufgrund umfangreicher Diagnostik und Anamneseerhebung) ein erhöhter Aufwand anfällt (vgl. dazu GEBHARD EUGSTER, Wirtschaftlichkeitskontrolle ambulanter ärztlicher Leistungen mit statistischen Methoden, Diss. Zürich 2003, Nr. 405 f. und Nr. 675 f.), festzuhalten, dass die erhebliche Anzahl der Neupatientinnen und Neupatienten in den hier zu beurteilenden Jahren eine bemerkenswerte Besonderheit darstellt, der durch eine Erhöhung des Toleranzwerts um 10 Punkte Rechnung getragen werden kann.

6.4.1 Der Beklagte macht als weitere Praxisbesonderheit einen hohen Anteil an ausländischen Patientinnen und Patienten geltend. Tatsächlich hat das Bundesgericht in einem neueren Entscheid festgestellt, es liege in der Natur der Sache, dass die Behandlung von Personen, welche der Sprache des Arztes nicht mächtig seien und umgekehrt, zeitaufwändiger und tendenziell kostenintensiver sei. Weiter stellte es fest, dass Personen mit Migrationshintergrund einen vergleichsweise schlechteren Gesundheitszustand aufweisen würden. Ob unter diesem Titel eine Erhöhung

des Toleranzwerts gerechtfertigt oder allenfalls sogar eine Modifikation des Vergleichskollektivs erforderlich sei, hänge aber, so das Bundesgericht weiter, in erster Linie vom durchschnittlichen Ausländeranteil der Patientinnen und Patienten in der Vergleichsgruppe ab. In jenem Fall bejahte es unter Verweis auf die Angaben des Beschwerdeführers, wonach rund 48 % der von ihm behandelten Personen ausländischer Nationalität seien, eine Praxisbesonderheit (Urteil des Bundesgerichts vom 12. April 2019, 9C\_558/2018, E. 8.2.3).

6.4.2 Die vom Beklagten nur schwer zu beweisende Besonderheit, wonach er fast ausschliesslich Personen mit Migrationshintergrund behandle, ist angesichts seiner Mehrsprachigkeit und der Angaben auf seiner (aktuellen) Homepage (vgl. <https://www.ambulatorium-dreispietz.ch>) grundsätzlich glaubwürdig. Diese Einschätzung wird durch die vom Beklagten, wenn auch sehr spät mit Eingabe vom 8. Januar 2024 eingereichte Patientenliste bestätigt. Daraus ergibt sich gemäss Darstellung des Beklagten ein Anteil von 96.8 % an ausländischen Patientinnen und Patienten. Den Klägern ist zwar grundsätzlich beizupflichten, wenn sie geltend machen, dass der Liste nicht zu entnehmen sei, ob die betreffenden Personen in den fraglichen Jahren 2014 und 2015 bereits Patientinnen und Patienten des Beklagten waren. Es gibt allerdings keine Hinweise und wird von den Klägern auch nicht behauptet, dass sich das Patientengut seit den hier relevanten beiden Jahren massgeblich verändert hätte. Unabhängig vom konkreten Prozentsatz an Patientinnen und Patienten ausländischer Nationalität, der offen gelassen werden kann, ist nach dem Gesagten jedenfalls mit überwiegender Wahrscheinlichkeit davon auszugehen, dass der Beklagte einen hohen Anteil an Patientinnen und Patienten ausländischer Nationalität behandelt.

6.4.3 Soweit die Kläger demgegenüber argumentieren, es sei nicht möglich, eine allgemeine Aussage darüber zu treffen, ob Ausländerinnen und Ausländer häufiger krank werden als Schweizerinnen und Schweizer, übersehen sie, dass das Bundesgericht im vorstehend erwähnten Entscheid einen Zusammenhang zwischen Migrationshintergrund und Gesundheitskosten bestätigte. Bei einem hohen Anteil an ausländischen Patientinnen und Patienten ist deshalb eine Praxisbesonderheit zu bejahen, was eine Erhöhung des Toleranzwerts rechtfertigt. Dabei ist zu beachten, dass das erste vom Bundesgericht vorgebrachte Argument der Sprachproblematik für die Berücksichtigung eines hohen Ausländeranteils im Patientenstamm dann nicht wirksam sein kann, wenn der Leistungserbringer – wie im vorliegenden Fall – die Sprache(n) beherrscht, die von einem Grossteil seiner Patientinnen und Patienten mit ausländischem bzw. Migrationshintergrund gesprochen wird. Der Beklagte selber macht geltend, dass rund 85 % der Patientinnen und Patienten aus der Türkei stammen. Dazu kommt, dass der Beklagte, wie die Kläger zu Recht festgestellt haben und sich aus der RSS-Statistik (Klagebeilagen 19 und 20) ergibt, im Vergleich zu anderen internistischen Praxen im Kanton Basel-Landschaft nicht nur mehr jüngere Erkrankte behandelt, sondern auch weniger Erkrankte ab dem Pensionsalter. Dies wirkt sich hinsichtlich einer Ausweitung des Toleranzbereichs tendenziell zu seinen Ungunsten aus, da gemäss vorliegender Studie (vgl. Schlussbericht Gesundheitsmonitoring der Migrationsbevölkerung [GMM] in der Schweiz vom August 2011, [Klagebeilage 40]) jüngere Personen mit Migrationshintergrund tendenziell gesünder sind als die einheimische Bevölkerung, während bei älteren Menschen das Gegenteil der Fall ist. In diesem Kontext ist zu erwähnen, dass das Bundesgericht im Entscheid vom 18. September 2023, 9C\_259/2023, in Erwägung 5.6.2 ausgeführt hat, es sei zweifelhaft, ob die Annahme eines vergleichsweise schlechteren Gesundheitszustands von Personen mit Migrationshintergrund auch in der Kinder- und Jugendmedizin Geltung beanspruchen könne.

6.4.4 Soweit der

Beklagte auf das überwiegend niedrige Ausbildungsniveau seiner Patientinnen und Patienten hinweist, handelt es sich um eine unbewiesene Behauptung. Darüber hinaus lassen häufige Arztbesuche nicht zwangsläufig auf ein tieferes Ausbildungsniveau oder einen schlechten Gesundheitszustand schliessen. Sie können auch Ausdruck kultureller Unterschiede sein, was nicht grundsätzlich der Ärztin oder dem Arzt angelastet werden kann. Es kann jedoch von den Behandlern erwartet werden, dass sie im Rahmen ihrer Tätigkeit in der obligatorischen Krankenversicherung unnötigen Konsultationen entgegenwirken. Die Kostenfolgen einer vermeidbaren Überbetreuung hat nicht das Kollektiv der prämienszahlenden Krankenversicherten zu tragen. Angesichts dieser Sachlage ist es gerechtfertigt, den Toleranzwert um weitere 15 Punkte zu erhöhen.

6.5.1 Die Kläger anerkennen, dass der Beklagte seit dem 1. Juli 2015 über den Fähigkeitsausweis «Delegierte Psychotherapie (FMPP)» verfügt und eine respektable Anzahl an Patientinnen und Patienten mit psychischen Erkrankungen behandelte. In der Folge erstellten sie für das Statistikjahr 2015 eine eigene Berechnung, indem sie den dem Beklagten vergüteten Umsatz pro TARMED-Kapitel «Psychiatrie» in der Höhe von Fr. 103'910.-- mit dem entsprechenden Durchschnitt der Fachärztinnen und Fachärzte der «Allgemeinen Inneren Medizin» des Kantons Basel-Landschaft verglichen, welcher auf Informationen der SASIS AG basiert. Dabei stellten sie fest, dass dieser Anteil beim Beklagten mit 9,2 % weit über dem Gruppendurchschnitt von 1,34 % lag. Die Differenz von 7,86 % (9,2 % - 1,34 %) stuften sie im Umfang von Fr. 88'768.-- (Fr. 103'910.-- - [Fr. 1'129'988.-- : 1.34 %]) als Praxisbesonderheit ein. Dieses Vorgehen entspricht einer separaten Analyse der Handlungen, die spezifisch der delegierten Psychotherapie zugeordnet werden können, und jenen, die allgemein der Allgemeinmedizin zuzuordnen sind (Urteil des Bundesgerichts vom 6. Juni 2016, 9C\_570/2015, E. 7.3). Es ist logisch und für die Beurteilung dieser spezifischen Eigenschaften der Praxis geeignet. Folglich ist im Jahr 2015 bei der Bemessung der Arztkosten pro erkrankte Person der Betrag von Fr. 88'768.--herauszurechnen (siehe nachstehende E. 7).

6.5.2 Was der Beklagte dagegen einwendet, verfährt nicht. Wie bereits dargelegt, liegt die Beweislast für das Vorliegen einer Besonderheit bei ihm. Soweit er die Analyse und Berechnungen der Kläger pauschal bestreitet, ohne selbst aufzuzeigen, inwieweit diese fehlerhaft sind bzw. anders hätten erfolgen sollen, kann er daraus nichts zu seinen Gunsten ableiten. Auch die am 26. Oktober 2020 eingereichte Excel-Tabelle (Duplikbeilage 4) ändert daran nichts, denn es ist nicht plausibel dargelegt, welchen Beweiswert diese Tabelle haben soll. Darüber hinaus fehlt darin eine Gesamtsumme der Kosten für die delegierte Psychotherapie. Damit gelingt es dem Beklagten nicht, eine für ihn vorteilhaftere Gewichtung dieser Praxisbesonderheit darzutun, weshalb er die diesbezügliche Beweislosigkeit zu tragen hat.

6.6.1 Der Beklagte macht weiter geltend, im Vergleich ein deutlich polymorbideres Patientengut zu haben. Namentlich behandle er eine hohe Anzahl von Patientinnen und Patienten mit chronischem Schmerzsyndrom und chronischer Hepatitis/Hepatopathie sowie mit rheumatologischen, kardialen, gastrointestinalen und endokrinologischen Erkrankungen. Zudem behandle er viele Patientinnen und Patienten mit Eisenmangel. Zum Beweis seiner Argumentation legte er verschiedene Listen vor, die Informationen über das Geschlecht, die Diagnose und das Alter der Patientinnen und Patienten enthalten (Klagebeilage 30).

6.6.2 Polymorbidität definiert sich nach Pschyrembel (klinisches Wörterbuch, 262. Aufl., 2011, S. 1348) als gleichzeitiges Bestehen von mehreren Krankheiten. Ob und inwieweit es, um die Voraussetzung der Polymorbidität als erfüllt betrachten zu können, allein auf die Anzahl der gleichzeitig gestellten und behandelten Diagnosen ankommt, kann vorliegend

offenbleiben, denn die vom Beklagten vorgelegten Listen sagen nichts über die Komplexität und die Behandlungsintensität der einzelnen Fälle (und die damit verbundenen Mehrkosten) der einzelnen Fälle aus. Aussagekräftige statistische Auswertungen von Praxisdaten, die Anhaltspunkte für das geltend gemachte Praxismerkmal enthalten würden und die mit überwiegender Wahrscheinlichkeit auf signifikante Abweichungen im Morbiditätsprofil schliessen lassen würden, wurden vom Beklagten nicht vorgelegt. Ausserdem werden selbstredend auch in anderen internistischen Praxen im Kanton Basel-Landschaft Fälle mit Mehrfacherkrankungen behandelt. Damit ist jedoch die Behauptung des Beklagten, wonach sein Patientengut im Vergleich zu anderen Praxen eine höhere Morbidität aufweise, nicht ausreichend nachgewiesen. In dieser Hinsicht ist festzustellen, dass es der Beklagte auch an der ihm zumutbaren Mitwirkung fehlen liess. Es wäre ihm zumutbar gewesen, zur Begründung seiner behaupteten Praxisbesonderheit konkrete und aussagekräftige Krankengeschichten (anonymisiert) vorzulegen, was er aber unterliess. Zudem setzte er sich mit den entsprechenden Darlegungen der Kläger in der Klage/Klageergänzung vom 22. Januar 2020 und den von ihnen aufgeführten unauffälligen grafischen Vergleichsberichten der SASIS AG (vgl. Ziff. 89-114) nicht substantiiert auseinander. Dies gilt v.a. auch hinsichtlich der Feststellungen der Kläger, wonach der Beklagte insbesondere bei den zweit- und drittumsatzstärksten Tarmedkapiteln (bildgebende Leistungen [Kapitel 001.39], chirurgische Therapien von Herz und Gefässen [Kapitel 001.18]) vergleichsweise deutlich weniger Leistungen erbracht habe und zudem aufgrund der vorhandenen Listen und statistischen Unterlagen nicht ersichtlich sei, welche Mehrkosten bei den vom Beklagten aufgeführten Patienten mit Eisenmangel, chronischer Hepatitis/Hepatopathie sowie mit kardialen, rheumatologischen, gastrointestinalen und endokrinologischen Erkrankungen entstanden sein sollen. Der Beklagte hat es versäumt, detaillierte und vergleichbare Daten vorzulegen, die eine höhere Morbidität oder Behandlungsintensität seines Patientenguts belegen würden. Stattdessen begnügte er sich im Wesentlichen damit, die Beurteilung der Kläger zu bestreiten. Dies genügt aber nicht, um eine Praxisbesonderheit nachzuweisen. Da der Beklagte die behauptete Polymorbidität seines Patientenguts bzw. damit verbundene ausserordentliche Mehrkosten ausserhalb der Toleranz von 130 Punkten nicht mit überwiegender Wahrscheinlichkeit nachgewiesen hat, trägt er die Folgen der Beweislosigkeit. 6.7 Insofern der Beklagte geltend macht, dass seine Praxis durch ein überregionales Einzugsgebiet gekennzeichnet sei, ist nicht ersichtlich, wie dieser Umstand die Kosten des Beklagten beeinflussen soll. Dies gilt umso mehr, als er nicht substantiiert darlegte, dass er überdurchschnittlich viele kostenintensive Hausbesuche durchführte. Daher könnte selbst bei Annahme eines überregionalen Einzugsgebiets keine Besonderheit der Praxis anerkannt werden. Dasselbe gilt schliesslich hinsichtlich seiner Behauptung, wonach sich sein Behandlungsangebot vom Leistungsspektrum einer typischen Hausarztpraxis (kostenwirksam) unterscheide. Seinen eigenen Angaben zufolge umfasst sein Behandlungsangebot Notfalltherapie, Blutdruckmessung, Ergometrie, Schmerztherapie, Eisensubstitution, Arbeitszeugnisse (recte wohl: Arztzeugnisse) und Berichte zuhanden von Versicherungen, Konsiliarbesprechungen mit Patientinnen und Patienten und Zweitmeinungen (Klagebeilage 30). Eine Praxisbesonderheit, die einen Zuschlag zum Toleranzwert rechtfertigen würde, ist bei dieser Aufzählung nicht zu sehen. 6.8 Weitere Besonderheiten seiner Praxis machte der Beklagte nicht geltend, womit es sein Bewenden hat. 6.9 Die Bestimmung des Toleranzwerts von zwischen 120 und 130 Punkten liegt wie bereits erwähnt im Ermessen der Krankenversicherer bzw. des Schiedsgerichts. Vorliegend beruhen die Berechnungen der Kläger auf einem Toleranzwert von 30 Punkten,

was einen massgebenden Index von 130 Punkten ergibt und nicht zu beanstanden ist. Aufgrund von zwei nachgewiesenen Praxisbesonderheiten (noch nicht lange zurückliegende Praxiseröffnung, hoher Anteil ausländischer Patientinnen und Patienten) ist der Toleranzwert von 130 Punkten um insgesamt 25 Punkte auf 155 Punkte zu erhöhen.

#### **E. 7**

Von der Rückerstattungsverpflichtung werden seit der mit BGE 137 V 43 geänderten Praxis nur die direkten Kosten des Arztes (einschliesslich der von ihm abgegebenen Medikamente) erfasst. Diese Praxisänderung hat jedoch nichts am Grundsatz geändert, dass bei der Wirtschaftlichkeitsprüfung eine Gesamtbetrachtung unter Berücksichtigung aller verursachten (direkten und veranlassten) Kosten Platz zu greifen hat. Massgebend ist somit der Gesamtkostenindex (BGE 137 V 49 E. 2.5.6). Für das Statistikjahr 2014 ergibt sich bei einem Index von 208,8, einem Total der direkten Kosten (Bruttoleistung) von Fr. 1'803'266.-- und einer Überschreitung des Toleranzwerts (155 Punkte) um 53,8 Punkte eine Rückforderungssumme von Fr. 625'908.-- (Fr. 1'803'266.-- / 155 x 53,8). Für das Statistikjahr 2015 beträgt die Rückforderungssumme bei einem Index von 201,3, einem Total der direkten Kosten (Bruttoleistung) von Fr. 2'379'186.-- (Fr. 2'467'954.-- - Fr. 88'768.-- [vgl. E. 6.5.1 hiervor]) und einer Überschreitung des Toleranzwerts (155 Punkte) um 46,3 Punkte Fr. 710'686.-- (Fr. 2'379'186.-- / 155 x 46,3).

#### **E. 8**

Nach dem Gesagten sind die Klagen, soweit darauf einzutreten ist, dahingehend teilweise gutzuheissen, als der Beklagte zu verpflichten ist, den Klägern für das Statistikjahr 2014 den Betrag von Fr. 625'908.-- und für das Statistikjahr 2015 einen solchen von Fr. 710'686.-- zurückzubezahlen. 9.1 Es bleibt über die Kosten zu befinden. Art. 89 Abs. 5 KVG schreibt für das Verfahren vor Schiedsgericht keine Kostenlosigkeit vor, womit für die Kostenfrage ausschliesslich kantonales Recht massgeblich ist. Nach § 63 Abs. 1 VPO hat die unterliegende Partei in der Regel die entstandenen ordentlichen und ausserordentlichen Kosten zu tragen. Zu den ordentlichen Kosten gehören auch die Vergütungen an die Mitglieder des Schiedsgerichts. Diese erhalten das gleiche Sitzungsgeld wie die Mitglieder des Zivilkreisgerichts. In ausserordentlichen Fällen kann das Schiedsgericht höhere Vergütungen festlegen (Abs. 2). Die vorsitzende Person und der Gerichtsschreiber oder die Gerichtsschreiberin üben ihre Tätigkeit im Rahmen ihrer Funktion in der Abteilung Sozialversicherungsrecht des Kantonsgerichts aus (Abs. 3). Nach § 34 Abs. 2 des Dekrets zum kantonalen Personalgesetz erhalten Mitglieder der Zivilkreisgerichte für Sitzungen ein Sitzungsgeld von Fr. 180.-- pro Halbtage. Dazu kommt eine Entschädigung für das Aktenstudium von Fr. 210.--. Es ist offensichtlich, dass diese Entschädigungen für das vorliegende Verfahren angesichts des Aktenumfangs und der Komplexität der Fragestellungen zu tief sind. Da unter diesen Umständen von einem ausserordentlichen Fall auszugehen ist, erscheint eine pauschale Entschädigung von Fr. 6'500.-- pro Schiedsrichter als angemessen. Nach § 19a der Verordnung über die Gebühren der Gerichte (GebT) vom 15. November 2010 beträgt die Entscheidgebühr in Schiedsgerichtsverfahren nach Art. 89 KVG zwischen Fr. 200.-- und Fr. 30'000.--. Innerhalb dieses ausserordentlich grossen Spielraums sind der Aufwand des Schiedsgerichts inkl. der Entschädigungen für die von den Parteien bezeichneten Schiedsrichter, die Komplexität des Falls, der Aktenumfang sowie der Streitwert zu berücksichtigen. Im vorliegenden Fall waren zwei Klagen mit einem Streitwert von gesamthaft Fr. 2'625'499.--(vgl. angepasste Rechtsbegehren in der Eingabe der Kläger vom

15. Juni 2023) zu beurteilen. Es fanden ein doppelter Schriftenwechsel und eine Hauptverhandlung statt. Zudem wurden die Kläger aufgefordert, ein neues Vergleichskollektiv zu bilden und in der Folge wurde ein weiterer doppelter Schriftenwechsel durchgeführt. Für die vorliegenden Klagverfahren erscheint mit Rücksicht auf den vom Schiedsgericht zu erbringenden Aufwand und die Bedeutung der Streitsache eine Gerichtsgebühr von Fr. 20'000.-- angemessen. Aufgrund der Verpflichtung zur Rückzahlung von insgesamt Fr. 1'336'594.-- rechtfertigt es sich, den Parteien die Verfahrenskosten je zur Hälfte mit Fr. 10'000.-- zu auferlegen. 9.2 Auch die Parteikosten sind nach Massgabe des Unterliegens auf die Parteien zu verlegen (§ 63 Abs. 1 VPO). Gemäss § 3 Abs. 1 der Tarifordnung für die Anwältinnen und Anwälte vom 17. November 2003 beträgt das Honorar je nach Schwierigkeit und Bedeutung der Sache, der damit verbundenen Verantwortung und der persönlichen und finanziellen Verhältnisse der zahlungspflichtigen oder der auftraggebenden Person Fr. 200.-- bis Fr. 350.-- pro Stunde. Der Rechtsvertreter des Beklagten hat in seiner Honorarnote vom 2. Mai 2024 für das vorliegende Verfahren einen Zeitaufwand von insgesamt 165,41 Stunden geltend gemacht, was umfangmässig in Anbetracht der sich stellenden Sachverhalts- und Rechtsfragen als angemessen zu bezeichnen ist. Entgegen den in Rechnung gestellten Stundenansätzen von Fr. 300.-- wird aber der in Sozialversicherungsprozessen praxisgemässe Stundenansatz von Fr. 250.-- zur Anwendung gebracht, zumal es keine Hinweise gibt, welche auf eine ausserordentliche Komplexität hinweisen würden, die nicht bereits beim Stundenaufwand Berücksichtigung findet. Demnach ist das Honorar mit Fr. 41'352.50 (165,41 Stunden à Fr. 250.--) zu beziffern. Nicht zu beanstanden sind sodann die zur Anwendung gebrachten Barauslagen/Reisespesen von insgesamt Fr. 1'951.25. Das Honorar des Rechtsvertreters des Beklagten ist demnach mit Fr. 46'651.80 (165,41 Stunden à Fr. 250.-- zuzüglich Auslagen von Fr. 1'951.25 sowie 7,7% bzw. 8,1% Mehrwertsteuer) zu beziffern. Die Rechtsvertreter der Kläger machten in ihrer Kostennote vom 2. Mai 2024 für das vorliegende Verfahren einen Stundenaufwand von insgesamt 123,82 Stunden sowie Auslagen/Reisespesen von Fr. 177.-- geltend, was angemessen ist. Das Honorar der Rechtsvertreter der Kläger beträgt demnach Fr. 35'194.75 (123,82 Stunden à Fr. 250.-- Auslagen von Fr. 177.-- zuzüglich 7,7 % bzw. 8,1 % Mehrwertsteuer). Die Parteientschädigung ist im gleichen Verhältnis wie die Verfahrenskosten zu verlegen (= 1/2). Dem Beklagten ist folglich eine reduzierte Parteientschädigung in der Höhe von Fr. 5'728.55 ( $[\text{Fr. } 46'651.80 \times 1/2] - [\text{Fr. } 35'194.75 \times 1/2]$ ) zulasten der Kläger zuzusprechen. Demgemäss wird e r k a n n t : 1. Die Klagen werden, soweit darauf eingetreten werden kann, dahingehend teilweise gutgeheissen, als der Beklagte verpflichtet wird, den Klägern für das Statistikjahr 2014 Fr. 625'908.-- und für das Statistikjahr 2015 Fr. 710'686.-- zurückzubezahlen. 2. Die Verfahrenskosten in der Höhe von Fr. 20'000.-- werden je zur Hälfte den Klägern und dem Beklagten auferlegt. 3. Die Kläger haben dem Beklagten eine reduzierte Parteientschädigung in der Höhe von Fr. 5'728.55 (inkl. Auslagen und 7,7 % bzw. 8,1 % Mehrwertsteuer) zu bezahlen. Gegen diesen Entscheid haben die Parteien am 21. und am 27. Mai 2025 Beschwerde beim Bundesgericht erhoben (siehe 9C\_281/2025, 9C\_312/2025)

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