

BL_GERICHTE 730 16 228 / 63 vom 3. März 2023

BL Gerichte, 2023-03-03, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/bl_gerichte_730_16_228___63

FR: BL_GERICHTE 730 16 228 / 63 du 3 mars 2023

IT: BL_GERICHTE 730 16 228 / 63 del 3 marzo 2023

Regeste

Rückforderung (2013 - 2016)

Erwägungen

E. 2

Eventualiter sei der Beklagte zu verpflichten, den Klägern Rückforderungsbeträge wie folgt zurückzuzahlen: - Pro 2013: Fr. 213'792.-- (gemäss RSS-Daten) - Pro 2014: Fr. 176'492.-- (gemäss RSS-Daten) - Pro 2016: Fr. 90'127.-- (gemäss RSS-Daten).

E. 3

Subeventualiter sei der Beklagte zu verpflichten, den Klägern pro 2013, 2014 sowie 2016 Rückforderungsbeträge nach richterlichem Ermessen zurückzuzahlen.

E. 4

Der Beklagte sei von der Tätigkeit zu Lasten der OKP dauernd, eventualiter für eine angemessene Dauer, auszuschliessen.

E. 4.1

Die zu Lasten der OKP abgerechneten Leistungen müssen wirksam, zweckmässig und wirtschaftlich sein (Art. 32 Abs. 1 KVG). Gegen Leistungserbringer, die gegen die im Gesetz vorgesehenen Wirtschaftlichkeits- und Qualitätsanforderungen oder gegen vertragliche Abmachungen verstossen, werden gemäss Art. 59 Abs. 1 KVG Sanktionen ergriffen. Diese umfassen u.a. die gänzliche oder teilweise Rückerstattung der Honorare, welche für nicht angemessene Leistungen bezogen wurden (Art. 59 Abs. 1 lit. b KVG).

E. 4.2

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. Dies kann nicht als gesetzwidrig bezeichnet werden, wie das Bundesgericht in BGE 144 V 79 erkannte und woran es seither festgehalten hat (Urteil des Bundesgerichts vom 10. November 2018, 9C_517/2017, E. 5.2 mit Hinweis). Die ANOVA-Methode ist daher weder als mathematisches Modell noch in Bezug auf die (RSS-)Datenbasis in Frage zu stellen. Offenbar haben sich die Vertragspartner zwischenzeitlich auf eine Verfeinerung der Methode geeinigt, welche indessen erst ab dem Statistikjahr 2017 zur Anwendung gelangen soll (vgl. Schweizerische Ärztezeitung [SAeZ]

2018/14 S. 1390 f.).

E. 4.3

Das Varianzanalysenmodell ANOVA beruht auf derselben Datenbasis wie die Methode des Durchschnittskostenvergleichs 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). Wie bisher haben die ins Recht gefassten Leistungserbringer aus Gründen des rechtlichen Gehörs (Art. 29 Abs. 2 der Bundesverfassung der Schweizerischen Eidgenossenschaft [BV] vom 18. April 1999) Anspruch darauf, in die für die Wirtschaftlichkeitsprüfung massgebenden Unterlagen Einsicht nehmen zu können (BGE 136 V 415 E. 6.3.1; Urteil des Bundesgerichts vom 7. April 2011, 9C_732/2010, E. 4.4, in: SVR 2011 KV Nr. 15 S. 57). Dazu gehört grundsätzlich alles, was notwendig ist, um das Zustandekommen der massgebenden Indizes nachvollziehen zu können.

E. 4.4

Nach der ursprünglich zur statistischen Methode des Durchschnittskostenvergleichs entwickelten Rechtsprechung – welche rechtsprechungsgemäss auch bei der ANOVA-Methode Anwendung findet (vgl. Urteil des Bundesgerichts vom 12. April 2019, 9C_558/2018, E. 8.1) – hat bei der Prüfung der Wirtschaftlichkeit der ambulanten ärztlichen Praxistätigkeit eine Gesamtbetrachtung Platz zu greifen (Urteil des Bundesgerichts vom 15. Januar 2014, 9C_535/2014, E. 5.4 mit Hinweisen, nicht publ. in: BGE 141 V 25, aber in: SVR 2015 KV Nr. 8 S. 29; BGE 137 V 43 E. 2.5.6). Massgebend ist vorerst der Index aller direkten und veranlassten Kosten pro erkrankter Person. Liegt dieser innerhalb des Toleranzbereichs, ist das Wirtschaftlichkeitsgebot nicht verletzt. Andernfalls ist – in einem zweiten Schritt – zu prüfen, ob der Index der totalen direkten Kosten pro erkrankter Person den Toleranzwert (von in der Regel zwischen 120 und 130 Punkten) übertrifft. Nur in diesem Fall besteht eine Rückerstattungspflicht, welche sich zudem lediglich auf die (totalen) direkten Kosten bezieht (BGE 137 V 43). Im Weiteren können besondere Praxismerkmale (z.B. überdurchschnittliches Patientenalter, auffallend hohe Zahl von Patientinnen und Patienten, die eine besonders kostenintensive Behandlung benötigten, hoher Anteil an ausländischen Patientinnen und Patienten) einen Zuschlag zum Toleranzwert rechtfertigen (Urteil des EVG vom 16. Februar 2000, K 144/97, E. 4b, in: SVR 2001 KV Nr. 19 S. 51). Unter Umständen erfordern ausgewiesene Praxisbesonderheiten eine Modifizierung der Vergleichsgruppe, weil nur auf diese Weise die notwendige Homogenität (hinreichende Vergleichbarkeit) erreicht werden kann (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 EVG, vom 18. Februar 2002, K 85/00, E. 5b). Diese Rechtsprechung gilt grundsätzlich auch bei

Anwendung der ANOVA-Methode (Urteil des Bundesgerichts vom 20. Dezember 2018, 9C_67/2018, E. 12.1).

E. 5

Unter gesetzlichen Kosten- und Entschädigungsfolgen. G. Ebenfalls am 16. Juni 2020 erhoben die Kläger eine weitere Klage gegen den Beklagten (Verfahren 730 20 241). Sie beantragten: 1. Der Beklagte sei zu verpflichten, pro 2015 den Klägern den Betrag von Fr. 207'824.-- gemäss ANOVA-Methode zu bezahlen. 2. Eventualiter sei der Beklagte zu verpflichten, den Klägern einen Rückforderungsbetrag gemäss RSS-Daten von Fr. 100'954.-- zurückzuzahlen. 3. Subeventualiter sei der Beklagte zu verpflichten, den Klägern einen Betrag nach richterlichem Ermessen zurückzuzahlen. 4. Der Beklagte sei von der Tätigkeit zu Lasten der OKP dauernd, eventualiter für eine angemessene Dauer, auszuschliessen. 5. Unter gesetzlichen Kosten und Entschädigungsfolgen. In prozessualer Hinsicht beantragten sie, das neue Verfahren sei mit den Verfahren 730 15 230, 730 16 228 und 730 18 232 zu vereinigen. H. Mit Verfügung vom 18. Juni 2020 vereinigte der instruierende Präsident des Schiedsgerichts die Verfahren 730 15 230, 730 16 228, 730 18 232 und 730 20 241. Gleichzeitig stellte er dem Beklagten die Klagergänzung und die Klage vom 16. Juni 2020 zu und setzte ihm Frist zur Einreichung der Klagantwort. I. Am 25. September 2020 beantragte der nunmehr durch Rechtsanwalt Kaspar Gehring vertretene Beklagte: 1. Die Klagen für die Statistikjahre 2013, 2014, 2015 und 2016 seien – allenfalls nach Durchführung eines ordentlichen Beweisverfahrens sowie in Anwendung der analytischen Methode – vollumfänglich abzuweisen, soweit überhaupt darauf einzutreten sei. 2. Die Kläger seien zu verpflichten, die vollumfänglichen Kosten für das Verfahren vor der KPK Baselland zu übernehmen (Fr. 11'960.15 Verfahrenskosten und Fr. 5'000.-- Parteikosten). 3. Unter gesetzlichen Kosten- und Entschädigungsfolgen. In prozessualer Hinsicht beantragte er, die Kläger seien anzuhalten, die von ihnen offerierten Urkunden einzureichen und ihm hernach die Möglichkeit zur ergänzenden Klagantwort einzuräumen sowie die Durchführung eines zweiten Schriftenwechsels. J. Am 28. Oktober 2020 reichten die Kläger diverse Unterlagen nach, wozu sich der Beklagte am 18. Januar 2021 vernehmen liess. K. Im Rahmen des zweiten Schriftenwechsels (Replik vom 2. März 2021/Duplik vom 10. Mai 2021) hielten die Parteien an ihren Anträgen fest. L. Mit Verfügung vom 28. Juli 2021 verzichtete der instruierende Präsident des Schiedsgerichts mangels Einverständnisses beider Parteien auf die Durchführung einer Vermittlungsverhandlung gemäss § 62 des Gesetzes über die Verfassungs- und Verwaltungsverordnung (Verwaltungsprozessordnung, VPO) vom 16. Dezember 1993. Gleichzeitig ernannte er Fürsprecher Roland Amstutz-Kähr und Rechtsanwalt Philipp Georg Dreier zu Schiedsrichtern. Das vom Beklagten gegen Fürsprecher Roland Amstutz-Kähr erhobene Ausstandsbegehren wies er ab (Verfügung vom 10. September 2021). M. Am 30. August 2022 fand die Hauptverhandlung vor dem Schiedsgericht statt. Die Kläger erweiterten dabei ihren Antrag gemäss Ziffer 4 der Klagergänzung vom 16. Juni 2020 sowie der Klage vom 16. Juni 2020 dahingehend, als sie verlangten, subeventualiter sei der Beklagte zu verwarnen. Weiter signalisierten die Parteien, nachdem der Beklagte befragt wurde und sie sich abschliessend geäußert hatten, im Grundsatz Vergleichsbereitschaft, weshalb das Schiedsgericht den Fall ausstellte und den Parteien Gelegenheit gab, sich aussergerichtlich zu vergleichen. N. Nach gescheitertem Einigungsversuch wurden die Parteien darüber orientiert, dass das Urteil im Zirkularverfahren gefällt und zu gegebener Zeit eröffnet werde (Verfügung vom 27. Oktober 2022). Das Schiedsgericht zieht i n E r w ä g u n g : 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).

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 2013 bis 2016 vom Beklagten ausgestellte Rechnungen vergütet und santésuisse zur Aufnahme in die RSS gemeldet haben. Die in den Klagen vom 1. Juli 2015, 13. Juli 2016, 13. Juli 2018 und 16. Juni 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). Ihre Aktivlegitimation im Sinne der materiellen Anspruchsberechtigung in den Verfahren betreffend Rückerstattung ist auf die neuen Kassen übergegangen und wird seitens des Beklagten auch nicht bestritten. Soweit unterschiedliche Parteibezeichnungen bloss auf einen Wechsel der Firma der klagenden Kassen 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 (Entscheid des Eidgenössischen Versicherungsgerichts [EVG; heute: Bundesgericht, sozialrechtliche Abteilungen] vom 9. Oktober 2006, K 6/06, E. 3.3).

1.3 Der Rechtsvertreter der Kläger ist ordnungsgemäss bevollmächtigt (§ 3 Abs. 2 VPO) und die Klagen entsprechen den Formvorschriften (§ 5 und § 61 VPO), weshalb darauf eingetreten werden kann. Soweit der Beklagte geltend macht, die Verletzung von Tarifrecht sei nicht Gegenstand des vorliegenden Verfahrens, weshalb auf die Rückforderung im Umfang von insgesamt Fr. 30'482.-- (Fr. 12'716.-- [2013], Fr. 8'941.-- [2014] und Fr. 8'825.-- [2016]) zufolge streitiger Dignitätsverletzungen nicht einzutreten sei, ist darauf hinzuweisen, dass die Kläger weder in ihren Klagen vom 1. Juli 2015, 13. Juli 2016 und 13. Juli 2018 noch in der Klagergänzung vom 16. Juni 2020 eine Rückforderung wegen Missachtung der Vorschriften bezüglich Dignitäten beantragten. Da nach den allgemeinen Grundsätzen des verwaltungsrechtlichen Klagverfahrens die klägerische Partei den Streitgegenstand bestimmt (Dispositionsmaxime) und dieser nicht auf nicht eingeklagte Punkte ausgedehnt werden kann (Urteil des Bundesgerichts vom 16.6.2004, K 124/03, E. 3), ist die Rückforderung dieser Leistungen nicht Streitgegenstand des vorliegenden Wirtschaftlichkeitsverfahrens.

2. 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). 3. Streitig ist, ob der Beklagte den Klägern für die Jahre 2013 bis 2016 erhaltene Vergütungen wegen unwirtschaftlicher Behandlungsweise zurückbezahlen muss und zudem weitere Sanktionen (Verwarnung, Ausschluss des Beklagten von der Tätigkeit zu Lasten der OKP) zu ergreifen sind.

E. 5.1

Hinsichtlich der Rückerstattung der Honorare stellten die Kläger den Antrag, der Beklagte sei wegen unwirtschaftlicher Behandlungsweise gemäss ANOVA-Methode für die Jahre 2013 bis 2016 zur Rückzahlung von insgesamt Fr. 1'007'418.-- (Fr. 316'313.-- [2013] + Fr. 281'551.-- [2014] + Fr. 207'824.-- [2015] + Fr. 201'730.-- [2016]) zu verpflichten. Der Beklagte hält den klägerischen Forderungen verschiedene Einwände entgegen. Er macht im Wesentlichen geltend, dass die Rückforderung für das Statistikjahr 2015 verwirkt sei. Zudem seien die statistischen Grundlagen für die Wirtschaftlichkeitsprüfung nicht vollständig nachvollziehbar, die Vergleichsgruppe unzutreffend ermittelt und ausgewiesene Praxisbesonderheiten zu Unrecht nicht berücksichtigt worden.

5.2.1 Unter den Verfahrensbeteiligten ist insoweit zu Recht unbestritten, dass die Rückerstattungsforderungen für die Statistikjahre 2013, 2014 und 2016 innerhalb der einjährigen relativen Verwirkungsfrist bei der KPK resp. beim Schiedsgericht eingereicht wurden. Streitig und zunächst zu prüfen ist, ob die geltend gemachte Rückerstattungsforderung für das Statistikjahr 2015 von Fr. 207'824.-- nach Ablauf der Verwirkungsfrist erfolgte.

5.2.2 Gemäss Art. 25 Abs. 2 ATSG erlischt der Rückforderungsanspruch mit dem Ablauf eines Jahres, nachdem die Versicherungseinrichtung davon Kenntnis erhalten hat, spätestens aber mit dem Ablauf von fünf Jahren nach der Entrichtung der einzelnen Leistung. Die gleiche Verwirkungsfrist findet auch Anwendung, soweit der Rückforderungsanspruch statt auf Art. 25 ATSG auf Art. 56 Abs. 2 KVG gestützt wird (BGE 133 V 579 E. 4.1). Nach der Rechtsprechung wird die (relative) Verwirkungsfrist ein für allemal gewahrt, wenn innerhalb eines Jahres nach Kenntnis der RSS (als Grundlage der behaupteten Überarztung) das Rückforderungsbegehren bei einer vertraglichen Schlichtungsinstanz oder der gesetzlichen Vermittlungsbehörde oder direkt beim Schiedsgericht eingereicht wird (Urteil des EVG vom 25. März 2008, K 9/07, E. 7.1 und 7.2).

5.2.3 Aus den Akten ergibt sich, dass die Datenaufbereitung des Datenpools der SASIS AG für das Statistikjahr 2015 am 15. Juli 2016 vorgenommen und den Krankenversicherern (santésuisse) zur Kenntnis gebracht wurde. In der Folge haben die Kläger bei der KPK am 28. Juni 2017 ein Schlichtungsbegehren eingereicht und damit die einjährige relative Verwirkungsfrist für die Rückforderung für das Statistikjahr 2015 definitiv gewahrt. Dass sie die Klage gegen den Beklagten zu Händen der KPK – nach Scheitern der Schlichtungsverhandlungen – erst am 3. April 2019 erhoben, ändert daran nach dem Gesagten nichts. Der Einwand der Verwirkung der Rückforderung für das Statistikjahr 2015 ist somit unzutreffend.

E. 5.3

Der Beklagte wendet weiter ein, die klagenden Krankenkassen hätten ihm in den hier relevanten Statistikjahren 2013 bis 2016 Leistungen im Betrag von insgesamt Fr. 96'290.90 nicht vergütet. Es stünden ihm keine Möglichkeiten offen zu prüfen, ob die ausstehenden Vergütungen in die statistischen Grundlagen der nun erhobenen Rückforderungen einbezogen worden seien. Solange dies nicht geklärt sei, seien die Grundlagen zweifelhaft. Auch diese Rüge ist unbegründet. Der Datenpool der SASIS als Grundlage der

Indexberechnungen enthält ausschliesslich Rechnungen, die zur Zahlung zugelassen sind. Demgegenüber sind Rechnungen, die von den Versicherten zurückbehalten (z.B. aufgrund einer hohen Franchise) oder die von den Versicherungen im Rahmen der obligatorischen Krankenpflegeversicherung nicht übernommen wurden, im Datenpool nicht enthalten (vgl. dazu: Hans - Rudolf Roth , Werner Stahel , Die ANOVA-Methode zur Prüfung der Wirtschaftlichkeit von Leistungserbringern nach Artikel 56 KVG, Seminar für Statistik, ETH Zürich, vom 28. September 2005, E. 2.2.2) und daher bei der Bemessung der Grundlage der Indexberechnungen ohne Relevanz. Folglich ist auch auf die Forderung des Beklagten nicht weiter einzugehen, wonach die Kläger anzuhalten seien, für jede separate Position nachzuweisen, ob und wie diese in den statistischen Grundlagen berücksichtigt worden sei.

E. 5.4

Soweit der Beklagte die Anwendbarkeit der ANOVA-Methode in Frage stellt und ganz generell geltend macht, aufgrund der eingereichten Unterlagen könne der (für ihn ungünstige) ANOVA-Index mathematisch nicht nachvollzogen werden, ist ihm entgegenzuhalten, dass sich aus den vorliegenden ANOVA-Berichten der Statistikjahre 2013 bis 2016 keine Hinweise auf eine unzutreffende Datenlage ergeben. Der Beklagte selbst hat – nachdem er in die für das Zustandekommen der massgebenden Indizes massgebenden Unterlagen Einsicht nehmen konnte – den von den Klägern zur Verfügung gestellten Unterlagen auch nichts Konkretes entgegenstellt. Da Art. 56 Abs. 6 KVG in den vorliegend streitigen Statistikjahren 2013 bis 2016 bereits in Kraft stand und sich Leistungserbringer und Versicherer gestützt auf diese Norm auf das Varianzanalysenmodell geeinigt haben, ist diese Methode der Wirtschaftlichkeitsprüfung grundsätzlich anzuwenden. Wie nachstehende Erwägungen zeigen, erweist sich vorliegend eine Analyse mit der ANOVA-Methode auch als durchführbar.

6.1 Der Beklagte verfügt über die Facharzttitle «Kinder- und Jugendmedizin» (vgl. www.doctorfmh.ch; vgl. auch Medizinalberufsregister des Bundes, www.medregom.admin.ch) und «praktischer Arzt». Er rechnet mit den Klägern über die Zahlstellennummer F033013 ab und ist der Facharztgruppe «Kinder und Jugendmedizin» zugeordnet. Gemäss Darstellung der Kläger betrug seine totalen direkten Kosten im Jahr 2013 Fr. 526'112.--, im Jahr 2014 Fr. 490'703.--, im Jahr 2015 Fr. 427'475.-- und im Jahr 2016 Fr. 406'602.--. Damit lagen die direkten Kosten (ohne Medikamente) gemäss ANOVA-Index im Jahr 2013 bei 326 Punkten, im Jahr 2014 bei 305 Punkten, im Jahr 2015 bei 253 Punkten und im Jahr 2016 bei 258 Punkten und somit jeweils deutlich über dem in der Regel anzuwendenden Toleranzbereich von bis zu 130 Punkten (vgl. E. 4.4 hiervor). Gegebenheiten, die vorliegend einen tieferen Toleranzbereich näher liegend erscheinen liessen, sind nicht ersichtlich. Damit haben die Kläger hinreichend nachgewiesen, dass die Wirtschaftlichkeit in den hier zu beurteilenden Statistikjahren 2013 bis 2016 nicht gegeben war.

6.2 Der Beklagte stellt vorab die Homogenität der Vergleichsgruppe in Frage. Er macht geltend, sein Patientengut entspreche nicht dem durchschnittlichen Patientengut eines Arztes oder einer Ärztin für Kinder- und Jugendmedizin, da er mit einem Anteil von 18 % bis 21 % überdurchschnittlich viele (kostenintensivere) Erwachsene hausärztlich behandelt habe. Seine Praxis könne nicht mit einer rein pädiatrischen Praxis verglichen werden, weshalb die ANOVA- Methode ausser Betracht falle. Die Wirtschaftlichkeit sei daher anhand der Einzelfallanalyse zu prüfen. Eventuell sei die Vergleichsgruppe entsprechend den Besonderheiten seiner Praxis zu modifizieren, wobei 20 % der durchschnittlichen Kosten von praktischen Ärzten und 80 % der Durchschnittskosten von Ärzten für Kinder- und

Jugendmedizin einzurechnen seien. Dem halten die Kläger entgegen, es sei nicht ungewöhnlich, dass Pädiaterinnen und Pädiater auch Erwachsene behandeln, weshalb es sich grundsätzlich rechtfertige, den Beklagten mit der Facharztgruppe Kinder- und Jugendmedizin zu vergleichen. Der Vergleich zeige, dass der Beklagte sowohl Kinder und Jugendliche als auch Erwachsene teurer behandelt habe als seine Vergleichsgruppe. Die Tatsache, dass er einen höheren Anteil an Erwachsenen aufweise als andere Kinder- und Jugendärzte erkläre nicht, weshalb er pro erwachsene Person höhere Kosten verursacht habe. Im Vergleich zu den praktischen Ärzten habe er nur in zwei Jahren günstiger behandelt. Seine erwachsenen Patientinnen und Patienten würden sich aber wesentlich vom durchschnittlichen Patientengut der praktischen Ärztinnen und Ärzte unterscheiden. So sei sein Anteil an Seniorinnen und Senioren aussergewöhnlich gering und seine erwachsenen Patientinnen und Patienten würden rund 15 Jahre unter dem Altersdurchschnitt aller Patientinnen und Patienten der Facharztgruppe der «praktischen Ärzte» liegen. Daher wäre zu erwarten gewesen, dass der Beklagte seine erwachsenen Patientinnen und Patienten deutlich günstiger betreuen könne, als es den praktischen Ärztinnen und Ärzten im Schnitt möglich sei, was aber nicht der Fall sei. Zudem sei nicht belegt, dass er die Mehrheit seiner erwachsenen Patienten und Patientinnen vollumfänglich hausärztlich betreue. Insgesamt sei es gerechtfertigt, den Beklagten mit der Facharztgruppe «Kinder- und Jugendmedizin» zu vergleichen.

6.3 Der Auffassung des Beklagten kann nicht beigespflichtet werden. Zwar trifft zu, dass er mit einem Anteil von 18 % bis 21 % mehr Erwachsene behandelte als seine Vergleichsgruppe, die einen Anteil an Erwachsenen von rund 4 % aufwies. Diese Tatsache lässt aber nicht auf eine Inadäquanz der Vergleichsgruppe und eine Unanwendbarkeit des Varianzanalysenmodells schliessen, zumal es nicht ungewöhnlich ist, dass Pädiaterinnen und Pädiater auch Erwachsene behandeln. Gegen einen teilweisen Vergleich mit der Facharztgruppe «Praktischer Arzt» spricht die Tatsache, dass – wie die Kläger ausführen und der Beklagte nicht bestreitet – sein Anteil an (kostenintensiveren) Seniorinnen und Senioren aussergewöhnlich gering ist und seine erwachsenen Patientinnen und Patienten rund 15 Jahre unter dem Altersdurchschnitt aller Patienten der Facharztgruppe der «praktischen Ärzte» liegen. Damit unterscheiden sich seine erwachsenen Patientinnen und Patienten wesentlich vom durchschnittlichen Patientengut dieser Facharztgruppe, weshalb sich auch aus diesem Grund keine homogene Untergruppe und somit keine zuverlässige Vergleichsbasis mit den praktischen Ärztinnen und Ärzten bilden liesse. Lässt sich somit keine zuverlässige Modifikation der Vergleichsgruppe bilden, kann der überdurchschnittliche Anteil an erwachsenen Patientinnen und Patienten bei den Praxisbesonderheiten Berücksichtigung finden (vgl. dazu die nachfolgend Ziff. 7.2).

7.1 In einem nächsten Schritt ist zu prüfen, ob beim Beklagten Praxisbesonderheiten vorliegen, die das Überschreiten des Toleranzwertes von 130 Indexpunkten zu erklären vermögen. Die Beweislast für das Vorliegen solcher Besonderheiten liegt rechtsprechungsgemäss beim Leistungserbringer; sind die behaupteten Praxisbesonderheiten nicht zu beweisen, so schlägt die Beweislosigkeit zu dessen Nachteil aus. 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).

7.2 Der Beklagte macht geltend, falls der hohe Anteil an erwachsenen Patientinnen und Patienten nicht bereits im Rahmen der Vergleichsgruppe

berücksichtigt werde, sei er als Praxisbesonderheit zu berücksichtigen. Er verweist auf die Statistiken der durchschnittlichen Kosten von praktischen Ärztinnen und Ärzten und macht geltend, diese würden deutlich höher ausfallen als diejenigen von Ärztinnen und Ärzten der Kinder- und Jugendmedizin. Dieser Hinweis des Beklagten wird von den Klägern – soweit ersichtlich – nicht grundsätzlich in Frage gestellt. Ob der Beklagte seine erwachsenen Patienten vollumfänglich hausärztlich betreut, ist aufgrund der vorliegenden Unterlagen zwar nicht hinreichend gesichert. Der ausgewiesene erheblich überdurchschnittlich hohe Anteil an (statistisch tendenziell kostenintensiveren) erwachsenen Personen stellt aber – selbst unter Berücksichtigung, dass in der Praxis des Beklagten der Anteil an Seniorinnen und Senioren gering und seine erwachsenen Patienten unter dem Altersdurchschnitt aller Patienten der Facharztgruppe der «praktischen Ärzte» liegen – im Vergleich zur Facharztgruppe «Kinder- und Jugendmedizin» eine beachtliche Besonderheit dar, der mit einer Erhöhung des Toleranzwerts um pauschal 20 Punkte Rechnung getragen werden kann. 7.3 Der Beklagte macht als weitere Praxisbesonderheit einen hohen Anteil an ausländischen Patientinnen und Patienten geltend. Tatsächlich hat das Bundesgericht in einem neueren Entscheid festgestellt, dass die Behandlung von Personen, welche der Sprache der Ärztin oder des Arztes nicht mächtig sind und umgekehrt, zeitaufwändiger und tendenziell kostenintensiver ist und Personen mit Migrationshintergrund einen vergleichsweise schlechteren Gesundheitszustand aufweisen. Ob unter diesem Titel eine Erhöhung des Toleranzwerts gerechtfertigt ist, hängt aber in erster Linie vom durchschnittlichen Ausländeranteil der Patientinnen und Patienten in der Vergleichsgruppe ab (Urteil des Bundesgerichts vom 12. April 2019, 9C_558/2018, 9C_559/2018, E. 8.2.3). Das erste vom Bundesgericht vorgebrachte Argument für die Berücksichtigung eines hohen Ausländeranteils im Patientenstamm, die Sprachproblematik, kann dann nicht wirksam sein, 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. Zudem fehlt es am konkreten Nachweis, dass der Ausländeranteil in der Praxis des Beklagten vergleichsweise höher ist als jener seiner Vergleichsgruppe. Wie bereits dargelegt wurde, liegt die Beweislast für das Vorliegen einer Besonderheit beim Leistungserbringer. Da der Beklagte die behauptete Praxisbesonderheit nicht mit dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit dargetan hat, trägt er die Folgen der Beweislosigkeit. Der Hinweis des Beklagten auf den Untersuchungsgrundsatz ist deshalb nicht einschlägig, als dieser durch die Mitwirkungspflicht der Parteien begrenzt bzw. relativiert wird und gerade die Frage des Ausländeranteils am Patientengut des Beklagten primär von ihm selbst beantwortet werden kann und muss. Diese Überlegungen gelten auch für die von ihm geltend gemachte Besonderheit, wonach viele der ausländischen Patientinnen und Patienten nachgeimpft werden müssten, was in ganz erheblichem Umfang Überzeugungsarbeit erfordere, die Konsultationen verlängere und die Kosten erhöhe. Es ist nicht ersichtlich, weshalb und inwieweit sein Aufwand im Zusammenhang mit (Nach)Impfungen deutlich von demjenigen einer pädiatrischen Durchschnittspraxis abweicht. Schliesslich ist nicht ersichtlich, weshalb die vom Beklagten durchgeführten Tuberkulose (TBC)- und Desensibilisierungsbehandlungen eine beachtliche Praxisbesonderheit darstellen sollen. Soweit er geltend macht, in den letzten zehn Jahren durchschnittlich 4,2 Patienten mit Tuberkulose pro Jahr und damit 18-mal mehr Fälle als die Ärzte im Vergleichskollektiv gehabt zu haben, ist ihm entgegenzuhalten, dass gemäss der von ihm aufgelegten «Statistik der Aufträge mit positiven/pathologischen TBC-Ergebnissen» (Antwortbeilage 10) in den hier zu beurteilenden Jahren 2013 und 2015

keine TBC Fälle und in den Jahre 2014 und 2016 drei resp. sieben TBC-Fälle ausgewiesen sind, wobei drei Geburtsdaten jeweils sowohl im Jahr 2014 als auch im Jahr 2016 aufgeführt wurden. Im Vierjahresdurchschnitt resultieren somit lediglich 1,75 bis maximal 2,5 TBC-Fälle pro Jahr. Zudem betreffen die TBC-Fälle gemäss der Geburtsdaten in den relevanten Jahren ausschliesslich erwachsene Personen. Für die Erwachsenen wurde der Toleranzwert jedoch bereits um 20 Punkte erhöht (vorstehend Ziff. 7.2). Wenn er weiter gestützt auf die Angaben der stellvertretenden Kantonsärztin vom 17. Juni 2019/3. September 2019 (wonach im hiesigen Kanton in den Jahren 2010 bis 2019 insgesamt 119 TBC-Erkrankungen registriert worden seien; Antwortbeilage 11) darauf schliesst, dass bei rund 50 Kinder- und Jugendärzte im Kanton Basel-Landschaft 0,238 Fälle pro Jahr und Arzt resultieren, ist darauf hinzuweisen, dass die von ihm angestellte Berechnung keine gesicherten Schlüsse hinsichtlich der hier interessierenden Facharztgruppe «Kinder- und Jugendmedizin» zulässt. Da der Beklagte zudem keine besonders hohen Kosten nachwies und die Tuberkulose-Erkrankungen – wie er selbst aussagte (vgl. Klagantwort vom 25. September 2020) – sich weniger stark auswirken als die Desensibilisierungen und diese wiederum lediglich rund 0,5 % bis 1 % der totalen Kosten des Beklagten ausmachen, ist darin keine Praxisbesonderheit zu sehen, die einen Zuschlag zum Toleranzwert rechtfertigen würde.

E. 8

Bei einem zu Gunsten des Beklagten maximal zu berücksichtigenden Index von 150 Punkten werden die zulässigen Kosten nach der folgenden Formel berechnet: tatsächliche Kosten x 150 tatsächlicher Index Der Beklagte hätte also bei den direkten Kosten im Jahr 2013 Fr. 242'076.-- (Fr. 526'112.-- x 150 : 326), im Jahr 2014 Fr. 241'329.-- (Fr. 490'703.-- x 150 : 305), im Jahr 2015 Fr. 253'444.-- (Fr. 427'475.-- x 150 : 253) und im Jahr 2016 Fr. 236'397.-- (Fr. 406'602.-- x 150 : 258) nicht überschreiten dürfen. Daraus resultieren Rückforderungsbeträge von Fr. 284'036.--(Fr. 526'112.-- - Fr. 242'076.--; 2013), Fr. 249'374.-- (Fr. 490'703.-- - Fr. 241'329.--; 2014), Fr. 174'031.-- (Fr. 427'475.-- - Fr. 253'444.--; 2015) und Fr. 170'205.-- (Fr. 406'602.-- - Fr. 236'397.--; 2016). 9.1 Die Kläger stellten weiter das Rechtsbegehren, der Beklagte sei als Leistungserbringer von der Tätigkeit zu Lasten der OKP dauernd, eventualiter für eine angemessene Dauer auszuschliessen. Subeventualiter sei der Beklagte zu verwarnen. 9.2 Gegen Leistungserbringer, die gegen die im Gesetz vorgesehenen Wirtschaftlichkeits- und Qualitätsanforderungen (Art. 56, 58a und 58h KVG) oder gegen vertragliche Abmachungen sowie gegen die Bestimmungen über die Rechnungsstellung (Art. 42 KVG) verstossen, werden Sanktionen ergriffen. Die möglichen Disziplinarsanktionen werden in Art. 59 Abs. 1 KVG abschliessend aufgezählt. Diese umfassen neben den in den Qualitätsverträgen vorgesehenen Sanktionen die Verwarnung (lit. a), die gänzliche oder teilweise Rückerstattung der Honorare, welche für nicht angemessene Leistungen bezogen wurden (lit. b) eine Busse bis zu Fr. 20'000.-- (lit. c), oder im Wiederholungsfall den vorübergehenden oder definitiven Ausschluss von der Tätigkeit zu Lasten der OKP (lit. d). Bei der Anwendung von Art. 59 Abs. 1 lit. d KVG sind die Grundsätze des Disziplinarrechts anwendbar. Als solches darf es im Regelfall nur schuldhaft Pflichtenverletzungen ahnden. Bei der Anordnung von Sanktionen ist das Verhältnismässigkeitsgebot zu beachten. Ein definitiver Ausschluss von der Tätigkeit zulasten der obligatorischen Krankenpflegeversicherung ist daher nur ausnahmsweise zulässig (BGE 106 V 40 E. 5c). Über Sanktionen entscheidet das Schiedsgericht nach Art. 89 KVG auf Antrag eines Versicherers oder eines Verbands der Versicherer (Art. 59 Abs. 3

KVG). Es kann gegenüber einem Leistungserbringer mehr als eine Sanktion aussprechen (z.B. eine Honorarrückforderung und gleichzeitig eine Verwarnung oder einen Ausschluss von der Tätigkeit für die obligatorische Krankenpflegeversicherung). Zu beachten ist allerdings, dass auch die Gesamtsanktion dem Verhältnismässigkeitsprinzip zu entsprechen hat (vgl. Urteil des Bundesgerichts vom 22. September 2021 9C_656/2020, E. 5.3). 9.3 Aus den Akten ergibt sich, dass der Beklagte über mehrere Jahre hinweg gegen das Gebot der Wirtschaftlichkeit verstossen hatte, mit ihm wiederholt Gespräche geführt wurden und er sich – nachdem die Kläger beim hiesigen Schiedsgericht Klage erhoben hatten – für die Statistikjahre 2009 bis 2011 aussergerichtlich zu einer Rückzahlung verpflichtete. In der Folge änderten sich aber die Kostenverhältnisse der vom Beklagten betriebenen Praxis nicht entscheidend. Weil die Krankenkassen im Allgemeinen nicht in der Lage sind, jede einzelne Rechnung zu überprüfen, müssen sie sich auf die Angaben des Arztes oder der Ärztin verlassen können; dies nicht nur im eigenen, sondern auch im Interesse der Versicherten und letztlich auch des Bundes, welcher die Krankenkassenleistungen subventioniert. Dieses Vertrauen wurde durch das Verhalten des Beklagten erheblich erschüttert, indem er sich trotz aller bisher gegen ihn ergriffenen Massnahmen uneinsichtig zeigte und keine Bereitschaft signalisierte, seine Tätigkeit nach dem Grundsatz der Wirtschaftlichkeit auszuüben. Der klägerische Antrag auf Ausschluss des Beklagten von der Tätigkeit im Bereich der OKP ist deshalb grundsätzlich nachvollziehbar. Dabei ist aber zu berücksichtigen, dass der Ausschluss eines Leistungserbringers von der Tätigkeit zu Lasten der OKP eine ausserordentlich schwere Sanktionierung darstellt. Dies gilt in besonderem Mass für den definitiven Ausschluss, weshalb dieser – nicht zuletzt unter Beachtung der verfassungsrechtlich garantierten Wirtschaftsfreiheit – nur ausnahmsweise und im Sinn einer ultima ratio angemessen sein kann. Vorliegend ist zu beachten, dass sich der 1952 geborene Beklagte bereits im AHV-Alter befindet und deshalb auch ein vorübergehender Ausschluss von der Tätigkeit zu Lasten der OKP faktisch das Ende seiner Berufstätigkeit bedeuten könnte (Urteil des Bundesgerichts vom 22. September 2021, 9C_656/2020, E. 6), weshalb der von den Klägern im Hauptbegehren geforderte Ausschluss nicht verhältnismässig wäre. Dies gilt vorliegend umso mehr, als der Beklagte seinen Angaben in der Hauptverhandlung zufolge seine Praxis ohnehin altershalber an eine Praxisnachfolgerin bzw. Praxisnachfolger abzugeben gedenkt und mit dem vorliegenden Entscheid erstmals gerichtlich eine Verletzung des Wirtschaftlichkeitsgebots festgestellt wird. Der Beklagte ist aber an seine Pflicht zu erinnern, ordnungsgemäss abzurechnen, und wird hiermit Sinne von Art. 59 Abs. 1 lit. a KVG verwarnt.

E. 10

Da der vorliegende Entscheid im Vergleich zu demjenigen der KPK vom 24. Januar 2020 nicht zu einer Besserstellung des Beklagten führt und sich zudem keine Hinweise dafür ergeben, dass der Kostenentscheid der KPK nicht rechtskonform wäre, ist der nicht weiter begründete Antrag des Beklagten, wonach die Kläger zu verpflichten seien, die ordentlichen und ausserordentlichen Kosten für das Verfahren vor der KPK zu übernehmen, abzuweisen.

E. 11

Nach dem Gesagten sind die Klagen dahingehend teilweise gutzuheissen, als der Beklagte verpflichtet wird, den Klägern für das Statistikjahr 2013 Fr. 284'036.--, für das Statistikjahr 2014 Fr. 249'374.--, für das Statistikjahr 2015 Fr. 174'031.-- und für das Statistikjahr 2016 Fr. 170'205.-- zurückzubezahlen. Zudem wird der Beklagte im Sinne von Art. 59 Abs. 1 lit.

a KVG verwarnt. Das Begehren des Beklagten, die Kläger seien zu vollumfänglichen Übernahme der Kosten des KPK-Verfahrens zu verpflichten, ist abzuweisen. 12.1 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 wären. Da unter diesen Umständen von einem ausserordentlichen Fall auszugehen ist, erscheint eine pauschale Entschädigung von Fr. 5'000.-- 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 Fr. 200.-- bis 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 vier Klagen mit einem Streitwert von gesamthaft rund Fr. 1 Mio. zu beurteilen. Zudem war über den Ausschluss des Beklagten von der Tätigkeit zu Lasten der OKP zu entscheiden. Es fanden ein doppelter Schriftenwechsel und eine Hauptverhandlung statt. Für die vorliegenden Klagverfahren erscheint mit Rücksicht auf den vom Gericht zu erbringenden Aufwand und die Bedeutung der Streitsache eine Gerichtsgebühr von Fr. 15'000.-- angemessen. Aufgrund der Verpflichtung zur Rückzahlung von insgesamt Fr. 877'646.--, der zusätzlich getroffenen Sanktion (Verwarnung) und des Unterliegens des Beklagten hinsichtlich der Kosten für das Verfahren vor der KPK ist von einem grossmehrheitlichen Obsiegen der Kläger auszugehen, weshalb die Gerichtsgebühr vollumfänglich dem Beklagten aufzuerlegen ist. 12.2 Auch die Parteikosten sind nach Massgabe des Unterliegens auf die Parteien zu verlegen (§ 63 Abs. 1 VPO). Bei diesem Ausgang des Verfahrens haben die Kläger Anspruch auf eine Parteientschädigung zu Lasten des Beklagten. Der Rechtsvertreter der Kläger wurde mit Verfügung des insturierenden Präsidenten des Schiedsgerichts vom 27. Oktober 2022 aufgefordert, innert unerstreckbarer Frist bis zum 10. November 2022 seine detaillierte Honorarnote nach Zeitaufwand mit Deservitenkarte einzureichen. Gleichzeitig wurde er darauf hingewiesen, dass das Honorar nach Ermessen festgesetzt werde, falls bis zum genannten Termin keine Honorarnote eingehen sollte. In der Folge hat der Rechtsvertreter der Kläger keine Kostennote eingereicht, sodass das Honorar ankündigungsgemäss nach Ermessen festzusetzen ist. In Anbetracht der sich stellenden Sachverhalts- und Rechtsfragen sowie des zeitlichen Aufwands für die vorliegend zu beurteilenden Klagen (zweifacher Schriftenwechsels, Ausstandsbegehren, Hauptverhandlung, Vergleichsverhandlungen) erscheint eine pauschale Parteientschädigung zugunsten der Kläger von insgesamt Fr. 5'000.-- (inklusive

Barauslagen und Mehrwertsteuer) als angemessen. Demnach hat der Beklagte den Klägern für das vorliegende Verfahren eine Parteientschädigung von Fr. 5'000.-- (inkl. Auslagen und Mehrwertsteuer) zu bezahlen. Demgemäss wird e r k a n n t : 1. Die Klagen werden dahingehend teilweise gutgeheissen, als der Beklagte verpflichtet wird, den Klägern für das Statistikjahr 2013 Fr. 284'036.--, für das Statistikjahr 2014 Fr. 249'374.--, für das Statistikjahr 2015 Fr. 174'031.-- und für das Statistikjahr 2016 Fr.

170'205.--zurückzubezahlen. Zudem wird der Beklagte im Sinne von Art. 59 Abs. 1 lit. a KVG verwarnt. Im Übrigen werden die Klagen abgewiesen. 2. Der Antrag des Beklagten, die Kläger seien zu verpflichten, die ordentlichen und ausserordentlichen Kosten für das Verfahren vor der KPK zu übernehmen, wird abgewiesen. 3. Die Gerichtskosten von Fr. 15'000.-- werden dem Beklagten auferlegt. 4. Der Beklagte wird verpflichtet, den Klägern für das vorliegende Verfahren eine Parteientschädigung von Fr. 5'000.-- (inkl. Auslagen und Mehrwertsteuer) zu bezahlen. Gegen diesen Entscheid hat A. am 20. April 2023 Beschwerde beim Bundesgericht erhoben (siehe nach Vorliegen des Urteils: Verfahren-Nr. 9C_259/2023).

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