

# **SG\_VERSICHERUNGSGERICHT KSCHG 2010/2, KSCHG 2011/1 vom 12. Juni 2014**

Sg Versicherungsgericht, 2014-06-12, DE

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/sg\\_publicationen\\_KSCHG\\_2010\\_2, KSCHG 2011\\_1](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/sg_publicationen_KSCHG_2010_2,KSCHG_2011_1)

FR: SG\_VERSICHERUNGSGERICHT KSCHG 2010/2, KSCHG 2011/1 du 12 juin 2014

IT: SG\_VERSICHERUNGSGERICHT KSCHG 2010/2, KSCHG 2011/1 del 12 giugno 2014

## **Regeste**

Art. 56 Abs. 1 und 2 KVG. Honorarrückerstattung wegen Überarztung. Die gewählte Referenzgruppe Gynäkologie und Geburtshilfe gewährleistet eine hinreichende Vergleichbarkeit mit dem Beklagten. Praxisbesonderheiten, die eine Erweiterung des Toleranzbereichs über 130 rechtfertigen, sind nicht ausgewiesen (Entscheid des Versicherungsgerichts des Kantons St. Gallen vom 12. Juni 2014, KSCHG 2010/2 und 2011/1).

## **Erwägungen**

### **E. 1**

Da den Streitigkeiten KSCHG 2010/2 und KSCHG 2011/1 derselbe Sachverhalt zugrunde liegt und sich die gleichen Rechtsfragen stellen, rechtfertigt es sich, die beiden Verfahren zu vereinigen und in einem einzigen Urteil zu erledigen (vgl. etwa BGE 128 V 124 E. 1). Nicht gegen eine Verfahrensvereinigung spricht, dass die Klägerinnen in den beiden Verfahren nicht vollständig identisch sind, zumal sie alle sowohl in KSCHG 2010/2 als auch KSCHG 2011/1 von *santésuisse* vertreten werden und kein Geheimhaltungsinteresse geltend machen, das solcher Vorkehr entgegenstünde. Im Dispositiv ist aber bezüglich der eingeklagten Rückerstattungsjahre (2008 und 2009) aufgrund der nicht identischen Zusammensetzung der Klägerinnen zu unterscheiden (vgl. Urteil des Schiedsgerichts KVG vom 4. Juni 2009, KSCHG 2005/2 und 2006/2, E. 1 mit Hinweisen).

### **E. 2**

Art. 89 Abs. 1 des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung (KVG; SR 832.10) bestimmt, dass ein Schiedsgericht Streitigkeiten zwischen Versicherern und Leistungserbringern entscheidet. Der Kanton bezeichnet ein Schiedsgericht. Es setzt sich zusammen aus einer neutralen Person, die den Vorsitz innehat, und aus je einer Vertretung der Versicherer und der betroffenen Leistungserbringer in gleicher Zahl. Die Kantone können die Aufgaben des Schiedsgerichts dem kantonalen Versicherungsgericht übertragen; dieses wird durch je einen Vertreter oder eine Vertreterin der Beteiligten ergänzt (Art. 89 Abs. 4 KVG). Art. 65 Abs. 1 lit. a des kantonalen Gesetzes über die Verwaltungsrechtspflege (VRP; sGS 951.1) überträgt die Beurteilung von Streitigkeiten nach Art. 89 KVG dem Versicherungsgericht. Gemäss Art. 89 Abs. 5 KVG regelt der Kanton das Verfahren; dieses muss einfach und rasch sein. Das Schiedsgericht stellt unter Mitwirkung der Parteien die für den Entscheid erheblichen Tatsachen fest; es erhebt die notwendigen Beweise und ist in der Beweiswürdigung frei.

### **E. 3**

In formeller Hinsicht rechtfertigen sich vorab Bemerkungen zur rechtlichen Natur des "Entscheids" der PVK vom 25. April 2013.

3.1 Die vertragliche Vereinbarung eines Schlichtungsverfahrens ist bei Streitigkeiten nach Art. 89 KVG zulässig und deren Durchführung - sofern kein gültiger Verzicht vorliegt - Eintretensvoraussetzung für das Schiedsgericht (vgl. Urteil des Eidgenössischen Versicherungsgerichts [EVG; seit 1. Januar 2007: Sozialrechtliche Abteilungen des Bundesgerichts] vom 30. April 2004, K 143/03, E. 8.5 f. mit Hinweis auf BGE 119 V 309).

3.2 Mit Regierungsbeschluss vom 19. Dezember 2006 (Art. 1; sGS 331.501) wurde der zwischen den Ärztesellschaften der Kantone St. Gallen, Thurgau, Appenzell AI/AR, Schaffhausen sowie Glarus und *santésuisse* - Die Schweizer Krankenversicherer abgeschlossene regionale Anschlussvertrag zum nationalen Rahmenvertrag TARMED vom 4. Dezember 2006 genehmigt. Gemäss Art. 18 Abs. 5 des Anschlussvertrags sind die Parteien verpflichtet, sich dem Verfahren vor der überkantonalen paritätischen Vertrauenskommission (PVK) zu unterziehen. Das Verfahren vor der PVK ist zweiphasig. In einem ersten Schritt ist die PVK als Vermittlungsinstanz tätig. Kann die PVK bei Streitigkeiten wie der vorliegenden keine Einigung der Parteien herbeiführen, amtiert sie in einer zweiten Phase als vertraglich vereinbarte Entscheidungsinstanz (Art. 18 Abs. 6 des Anschlussvertrags). Die klagende und die beklagte Partei können bei einem Streitgegenstand, der in die Kompetenz des kantonalen Schiedsgerichts nach Art. 89 KVG fällt, gemäss den Bestimmungen im Anhang E (Reglement über die PVK für AI, AR, GL, SG, SH und TG) einvernehmlich auf das Verfahren vor der PVK verzichten (Art. 18 Abs. 5 zweiter Satz des Anschlussvertrags). Vorausgesetzt ist ein schriftlicher Verzicht beider Parteien (Ziff. 18 des Reglements).

3.3 Die Einführung des Entscheidverfahrens vor der PVK hat nicht dazu geführt, dass die PVK anstelle des Versicherungsgerichts als Schiedsgericht im Sinn von Art. 89 KVG und nicht mehr als Schlichtungsinstanz zu betrachten wäre, auch wenn es die entsprechenden personellen Anforderungen von Art. 89 Abs. 4 KVG erfüllt, sieht doch Art. 65 Abs. 1 lit. a VRP die Zuständigkeit des Versicherungsgerichts für die Beurteilung von Streitigkeiten nach Art. 89 KVG vor.

3.4 Des Weiteren gilt es zu beachten, dass die Ausgestaltung des Schlichtungsverfahrens nicht zu einer Umkehr der Parteirollen führen darf (Gebhard Eugster, Bundesgesetz über die Krankenversicherung [KVG], in Erwin Murer/Hans-Ulrich Stauffer [Hrsg.]: Rechtsprechung des Bundesgerichts zum Sozialversicherungsrecht, Zürich 2010, Rz 19 zu Art. 89 mit Hinweis auf BGE 132 V 18 E. 2.3).

3.5 Im Licht dieser Ausführungen ist davon auszugehen, dass es sich beim "Entscheid" der PVK vom 25. April 2013 um einen begründeten Schlichtungsvorschlag und nicht um einen rechtsmittelfähigen Entscheid handelt, der unter Umständen zur Umkehr der Parteirollen führt. Der Schlichtungsvorschlag wird für die Parteien nur dann verbindlich, wenn sie diesen nicht ablehnen. Lehnt eine Partei den Schlichtungsvorschlag ab, fällt er dahin. Innerhalb welcher Frist die Ablehnung zu erklären ist, regelt der Anschlussvertrag in Art. 18 Abs. 7 nur für die klagende Partei, welche Rolle bei Rückforderungsstreitigkeiten nach Art. 56 Abs. 2 KVG lediglich einem oder mehreren Versicherern zufallen kann. Weder aus dem Anschlussvertrag ergibt sich noch ist naheliegend, dass unterschiedlich lange Fristen dem Willen der Vertragsparteien entsprochen hätten, zumal eine Ungleichbehandlung mit dem Wesen eines (paritätisch ausgestalteten) Schlichtungsverfahrens nicht zu vereinbaren wäre. Daraus folgt, dass auch die beklagte Partei innert 30-tägiger Frist ausdrücklich ihr Nichteinverständnis zum Schlichtungsvorschlag gegenüber dem Präsidenten der PVK zum Ausdruck bringen muss, andernfalls wird der Schlichtungsvorschlag - sofern er nicht bereits wegen fristgerecht mitgeteilter Ablehnung durch den Kläger dahinfällt - für die Parteien

verbindlich. 3.6 Vorliegend haben die Klägerinnen soweit ersichtlich die 30-tägige Frist gemäss Art. 18 Abs. 7 des Anschlussvertrags unbenutzt verstreichen lassen. Der Beklagte hat im Schreiben vom 4. Juni 2013 mitgeteilt, er sei mit dem Schlichtungsvorschlag vom 25. April 2013 nicht einverstanden (act. G 35). Diese gegenüber dem Schiedsgericht erklärte Ablehnung erfolgte nicht innert der 30-tägigen Frist. Ob eine fristgerechte Ablehnungserklärung beim Präsidenten der PVK eingegangen ist, geht aus den Akten nicht vor. Dies spielt vorliegend indessen keine Rolle. Denn selbst wenn davon ausgegangen würde, der Beklagte hätte nicht fristgerecht im Sinn von Art. 18 Abs. 7 des Anschlussvertrags gehandelt, ist zu seinen Gunsten zu berücksichtigen, dass er im Schlichtungsvorschlag vom 25. April 2013 nicht auf die zu beachtende Frist aufmerksam gemacht wurde und darin sogar ausgeführt wurde, es erübrige sich mit Blick auf die bereits beim Schiedsgericht anhängig gemachten Klagen, den Klägerinnen "nochmals Frist" im Sinn von Art. 18 Abs. 7 Satz 2 des Anschlussvertrags zu setzen (act. G 34.1, Rz 9). In Ziffer 2 des Dispositivs des Schlichtungsvorschlags wurden einzig die Klägerinnen aufgefordert, dem Schiedsgericht innerhalb von 30 Tagen ab Empfang vom Ausgang des Schlichtungsentscheidungsverfahrens Bericht zu geben (act. G 34.1, S. 10). Dabei hat die PVK einerseits übersehen, dass die anhängig gemachten Klagen für sich allein keinen Einfluss auf die allfällige Verbindlichkeit des gefällten Schlichtungsvorschlags vom 25. April 2013 haben. Würden die Parteien nämlich diesen akzeptieren, führte dies zu dessen Verbindlichkeit und zu einem Klagerückzug bzw. zu einem Nichteintreten mangels Rechtsschutzinteresses. Andererseits hat sie unberücksichtigt gelassen, dass die Frage nach dem Eintritt der Verbindlichkeit auch vom Willen der beklagten Partei abhängig ist. Sie hätte deshalb nicht bloss der klagenden, sondern auch der beklagten Partei Frist für eine allfällige Ablehnungserklärung unter Hinweis auf die Folgen bei nicht fristgerechtem Verhalten einräumen müssen. Indessen hat sie es gänzlich unterlassen, die Parteien auf die zu beachtenden Fristen aufmerksam zu machen. Aufgrund der aus Sicht der Beklagten unklaren Regelung von Art. 18 Abs. 7 des Anschlussvertrages und den im Schlichtungsvorschlag unterbliebenen Hinweisen hinsichtlich des möglichen Eintritts der Verbindlichkeit des Schlichtungsvorschlags gereicht es dem Beklagten vorliegend in analoger Anwendung der Rechtsprechung zu falscher Rechtsmittelbelehrung (BGE 117 Ia 298 f. E. 2, 423 f. E. 2c) nicht zum Nachteil, wenn er beim Präsidenten der PVK nicht innert 30-tägiger Frist die Ablehnung des Schlichtungsvorschlags erklärt hat. Der Schlichtungsvorschlag vom 25. April 2013 entfaltet deshalb aufgrund der vom Beklagten im Schreiben vom 4. Juni 2013 erklärten Ablehnung (act. G 35) keine Verbindlichkeit für die Parteien und steht damit einer materiellen Beurteilung der Klagen nicht entgegen.

#### **E. 4**

Nach konstanter Rechtsprechung ist bei Wirtschaftlichkeitsverfahren nach Art. 56 KVG eine Kollektivklage aller Versicherer, vertreten durch den Krankenkassenverband, zulässig und eine Spezifikation der auf den einzelnen Versicherer entfallenden Beiträge nicht erforderlich (Urteil des Schiedsgerichts des Kantons St. Gallen vom 4. Juni 2009, KSCHG 2005/2 und 2006/2, E. 2.3 mit Hinweis auf Urteil des EVG vom 9. Oktober 2006, K 6/06, E. 3.3, und BGE 127 V 281 E. 5d). Abgesehen davon ist eine ausdrückliche Prozessvertretungsvollmacht in Art. 17 der Statuten (in der seit 26. August 2009 gültigen Fassung; act. G 1.2) bzw. Art. 16 der Statuten (in der seit 24. Juni 2011 gültigen Fassung; <<http://www.santesuisse.ch/datasheets/files/201108081033450.pdf>>, eingesehen am 12. März 2014) der santésuisse enthalten, weshalb keine einzelne Ermächtigung zur Prozessführung im Namen der jeweils beteiligten Kassen erforderlich ist (Urteil des

Schiedsgerichts des Kantons St. Gallen vom 4. Juni 2009, KSCHG 2005/2 und 2006/2, E. 2.3 am Schluss). 4.1 In beiden Klagen hat der klägerische Rechtsvertreter in den Klagerubra alle beteiligten Versicherer namentlich erwähnt. Die von ihm seit der Klageanhebung mitgeteilten fusionsbedingten Änderungen (act. G 20) sind darin bereits berücksichtigt. Am 17. Juli 2014 hat er auf weitere fusionsbedingte Änderungen und eine Umfirmierung hingewiesen (die Krankenkasse Elm heisst inzwischen Genossenschaft Glarner Krankenversicherung; Übernahme der Caisse Maladie de la Fonction Publique durch die Philos Caisse maladie-accident, Martigny; Übernahme der Carena Schweiz durch die SWICA; act. G 41). 4.2 Wincare Versicherungen AG und Sanitas Krankenversicherung sind per Ende 2011 aus dem Dachverband santésuisse ausgetreten. Am 17. Juli 2014 teilt der Rechtsvertreter der Klägerinnen mit, die Arcosana AG, avanex Versicherungen AG, CSS-Kranken-Versicherung AG, Helsana Versicherungen AG, INTRAS Kranken-Versicherung AG, KPT/CPT, Progrès Versicherungen AG und sansan Versicherungen AG seien inzwischen ebenfalls aus dem Dachverband santésuisse ausgetreten. Mit schriftlicher Vollmacht haben die genannten Versicherungen santésuisse indessen beauftragt, die Vertretung in den hier zu beurteilenden Klageverfahren weiterzuführen (act. G 20 und G 41). 4.3 Mit Schreiben vom 17. Juli 2014 reicht der klägerische Rechtsvertreter zusätzlich Vollmachten der indivo Versicherungen AG und Sanagate AG ein. Diese Versicherungen waren indessen bis zum Entscheid vom 12. Juni 2014 nicht an den Klageverfahren beteiligt und sind weder in der Liste des santésuisse-Datenpools bezüglich der von der Überarztung betroffenen Versicherer (act. G 1.1a und G 1.1 im Verfahren KSCHG 2011/1) noch dem am 17. Juli 2014 eingereichten, vom klägerischen Rechtsvertreter überarbeiteten Rubrum (act. G 41.1) aufgeführt, weshalb sich Weiterungen erübrigen.

## **E. 5**

5.1 Nach Art. 56 Abs. 1 KVG haben sich Leistungserbringer (vgl. Art. 35 Abs. 2 KVG) in der Behandlung, in der Verordnung und Abgabe von Arzneimitteln sowie in der Anordnung und Durchführung von wissenschaftlich anerkannten Heilanwendungen und Analysen auf das im Interesse der versicherten Person liegenden und für den Behandlungszweck erforderliche Mass zu beschränken (vgl. auch Art. 32 KVG; SVR 2002 KV Nr. 10 S. 37). 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). 5.2 Bei der im zu beurteilenden Fall für die Überprüfung der Wirtschaftlichkeit der ärztlichen Tätigkeit nach Art. 56 KVG angewendeten Methode des Durchschnittskostenvergleichs (vgl. dazu Urteil des EVG vom 9. Oktober 2006, K 6/06, E. 4.1, nicht publ. in: BGE 133 V 37, aber in: SVR 2007 KV Nr. 5 S. 19; BGE 119 V 454 f. E. 4d) ist rechtsprechungsgemäss keine Kontrolle aller Positionen sämtlicher Rechnungen durchzuführen, sondern kann sich die Prüfung vielmehr darauf beschränken, die durchschnittlichen Behandlungskosten des betreffenden Arztes oder der betreffenden Ärztin mit denjenigen anderer Ärzte unter ähnlichen Bedingungen zu vergleichen, wobei die kürzlich formulierten Kriterien bezüglich Transparenz beachtet werden müssen (BGE 136 V 415). 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 Überarztung liegt vor, wenn eine ins Gewicht fallende Zahl von Rechnungen desselben Arztes oder derselben Ärztin an eine Krankenkasse im Vergleich zur Zahl von Rechnungen von Ärzten in geographisch

gleichem Tätigkeitsbereich und mit etwa gleichem Krankengut im Durchschnitt betragslich erheblich höher ist, ohne dass den Durchschnitt beeinflussende Besonderheiten geltend gemacht werden können. 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 Ärzten und Ärztinnen 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 (zum Ganzen: BGE 137 V 45 E. 2.2 mit Hinweisen). Infolge der in BGE 137 V 43 beschlossenen Praxisänderung unterliegen nur (noch) die direkten Kosten des Arztes (einschliesslich der von ihm abgegebenen Medikamente) der Rückerstattungspflicht nach Art. 56 Abs. 2 KVG (BGE 137 V 49 E. 2.5.5).

5.3 Der Ausschluss der veranlassten Kosten von der Rückerstattung ändert nichts daran, dass die Frage, ob das Wirtschaftlichkeitserfordernis erfüllt ist, aufgrund einer Gesamtbetrachtung gemäss der mit BGE 133 V 37 begründeten Rechtsprechung zu beantworten ist. Denn im Sinn des Wirtschaftlichkeitsgebots handelt auch derjenige Arzt, der zwar überdurchschnittliche oder möglicherweise sogar unterdurchschnittliche gesamthafte (direkte und veranlasste) Kosten verursacht, weil er viele Behandlungen selbst durchführt, die andere Ärzte an Dritte auslagern würden. Aus diesem Grund ist der hohe Anteil an selbst erbrachten statt ausgelagerten Leistungen zumindest im Sinn einer Praxisbesonderheit zu berücksichtigen (BGE 137 V 49 E. 2.5.6 mit Hinweisen).

5.4 Aufgrund der ärztlicherseits geäusserten Kritik an der vom Bundesgerichts angewandten Methode des Durchschnittskostenvergleichs (vgl. vorstehende E. 5.2) wurde im Rahmen von drei parlamentarischen Initiativen (07.483 Bea Heim, 07.484 Thérèse Meyer, 07.485 Cassis) eine Optimierung des Verfahrens zur Überprüfung der Wirtschaftlichkeit der Leistungen gefordert (BBl 2011 2521). Kritisiert wurde vor allem, dass das Wirtschaftlichkeitsverfahren von *santésuisse* kein eigentliches Wirtschaftlichkeitsverfahren, sondern lediglich ein Durchschnittskostenvergleichsverfahren ist (BBl 2011 2523). Der Gesetzgeber nahm diese Kritik auf und erliess Art. 56 Abs. 6 KVG (in Kraft seit 1. Januar 2013). Dieser verpflichtet die Leistungserbringer und die Versicherer, vertraglich eine Kontrolle der Wirtschaftlichkeit festzulegen. Falls sich die Leistungserbringer gemäss Art. 35 Abs. 2 lit. a KVG und die Versicherer innerhalb von 12 Monaten nach der Gesetzesänderung nicht auf eine Methode zur Wirtschaftlichkeitskontrolle einigen können, wird diese vom Bundesrat bestimmt (Übergangsbestimmung zur Änderung vom 23. Dezember 2011). Die betroffenen Anspruchsgruppen einigten sich am 27. November 2013 darauf, dass als statistische Methode zur Kontrolle der Wirtschaftlichkeit die Varianzanalyse festgelegt wird (Schweizerische Ärztezeitung 2014, S. 99). In materiellrechtlicher Hinsicht gilt der allgemeine übergangsrechtliche Grundsatz, dass der Beurteilung jene Rechtsnormen zu Grunde zu legen sind, die im Zeitpunkt gegolten haben, als sich der zu den materiellen Rechtsfolgen führende Sachverhalt verwirklicht hat (vgl. BGE 127 V 467 E. 1 und 126 V 136 E. 4b, je mit Hinweisen). Vorliegend betreffen die eingeklagten Forderungen die Jahre 2008 und 2009, weshalb der am 1. Januar 2013 in Kraft getretene Art. 56 Abs. 6 KVG (einschliesslich der Übergangsbestimmung dieser Gesetzesänderung) und die gestützt darauf vereinbarte neue Methode keine Anwendung finden. Ohnehin erscheint fraglich, ob einerseits aus technischer Sicht die neue Methode überhaupt auf zurückliegende Zeiträume angewendet werden kann und ob andererseits selbst bei möglicher rückwirkender Anwendung auf die von den Klagen betroffenen Jahre

2008 und 2009 ein für den Beklagten günstigeres Ergebnis resultieren würde.

## E. 6

Der Beklagte hält den von den Klägerinnen geltend gemachten Forderungen verschiedene Einwände entgegen. Diese legen der Berechnung der Rückforderung die Ergebnisse der Rechnungsstellerstatistik zugrunde, weshalb vorliegend kein Anlass besteht, auf die ANOVA-Index-Werte abzustellen, zumal sie deutlich über diejenigen der Rechnungsstellerstatistik liegen, worauf bereits die PVK zutreffend hinwies (act. G 34.1, Rz 7.2). 6.1 Zunächst rügt der Beklagte die Zusammensetzung der Referenzgruppe Gynäkologie und Geburtshilfe bzw. deren Vergleichbarkeit (act. G 10, Rz 2b). 6.1.1 Voraussetzung für die von den Klägerinnen ihrer Rückforderung zugrunde gelegte Methode des Durchschnittskostenvergleichs ist, dass sich das Vergleichsmaterial hinreichend ähnlich zusammensetzt (BGE 137 V 45 E. 2.2). Eine Vergleichsgruppe kann inadäquat sein, wenn der geprüfte Arzt zwar die gleiche Art medizinischer Behandlungen vornimmt wie die Ärzte der Vergleichsgruppe, sich aber bezüglich bestimmter kostenintensiver Patientenkategorien oder bestimmter Behandlungen im Quantitativ bzw. Häufigkeitsprofil vom Durchschnitt der Vergleichsärzte so beträchtlich unterscheidet, dass in einer statistischen Wirtschaftlichkeitsprüfung nicht mehr annähernd Gleiches mit annähernd Gleichem verglichen wird. Vergleichbarkeit ist generell nicht gegeben, wenn ein Arzt aufgrund eines entsprechenden Patientenkollektivs in grossem Umfang fachspezifische Leistungspositionen abrechnet, welche die Vergleichsgruppe nicht oder nur selten abrechnet (Gebhard Eugster, KVG: Statistische Wirtschaftlichkeitsprüfung im Wandel, in: Jusletter vom 25. Juni 2012, Rz 7 und FN 4). 6.1.2 Der Beklagte weist darauf hin, dass er auch Kinder und Männer behandle, weshalb die Einteilung in die Vergleichsgruppe Gynäkologie und Geburtshilfe falsch sei (act. G 10, Rz 2c), zumal bei seiner Behandlung die Akupunktur im Vordergrund stehe (act. G 24, Rz 2, S. 8). Aus den jeweils in Ziffer 5 der Rechnungsstellerstatistik 2008 und 2009 enthaltenen Diagrammen "Verteilung der Erkrankten" ergibt sich, dass der Beklagte lediglich einen vernachlässigbaren kleinen Anteil an männlichen Erkrankten behandelt hat. Hinsichtlich der Altersstruktur lässt sich entnehmen, dass sich der Grossteil der Erkrankten in der Bandbreite der 19- bis 60-jährigen befindet (act. G 1.14, S. 3, und act. G 1.4, S. 3, im Verfahren KSCHG 2011/1; vgl. auch die entsprechenden von der C. \_\_\_ AG ermittelten Ergebnisse in act. G 16.25, S. 3, im Verfahren KSCHG 2011/1). Es besteht angesichts dieser Verhältnisse kein Anlass, hinsichtlich des Patientenguts eine hinreichend ähnliche Zusammensetzung zu verneinen, zumal das Durchschnittsalter der in der Praxis des Beklagten Behandelten (2008: 40.0; 2009: 39.2) lediglich geringfügig vom Durchschnittsalter der Gruppe abweicht (2008: 41.97; 2009: 41.80; zum Ganzen act. G 1.4, S. 1 und S. 2). Ferner ist weder dargetan noch naheliegend, dass die Behandlung männlicher Patienten sowie von Patienten im Kindesalter verglichen mit erwachsenen Patientinnen zu höheren Durchschnittskosten führt. Ergänzend kann auf die Ausführungen der PVK verwiesen werden, wonach sich deshalb die Einordnung in die Vergleichsgruppe Gynäkologie und Geburtshilfe nicht zum Nachteil des Beklagten auswirkt (act. G 34.1, Rz 7.7). Was die Akupunkturbehandlung anbelangt, so ist zu bemerken, dass die ärztliche Therapiefreiheit die Akupunktur umfasst, die auch zu Lasten der obligatorischen Krankenpflegeversicherung abgerechnet werden kann, soweit die Voraussetzungen nach Ziff. 10 Anhang 1 der Verordnung über die Leistungen in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (KLV; SR 832.112.31) erfüllt sind. Eine Akupunkturbehandlung befreit aber nicht von der Einhaltung der für alle Behandlungsarten gleichermaßen geltenden Bestimmungen über die Wirtschaftlichkeit. Insbesondere besteht

kein Anlass, die Akupunktur gegenüber den schulmedizinischen Behandlungen privilegierter zu behandeln und dadurch generierte Mehrkosten ohne weiteres anzuerkennen (vgl. Urteil des Bundesgerichts vom 10. Dezember 2009, 9C\_457/2009, E. 8.2), zumal der Beklagte deren kompensatorischen Effekt nicht substantiiert. Zumindest vermag die Akupunkturbehandlung für sich allein nicht zum Schluss zu führen, die Gruppe der Gynäkologie und Geburtshilfe sei für einen hinreichenden Vergleich mit dem Beklagten nicht geeignet. In diesem Kontext kann schliesslich auf die schlüssigen Erwägungen der PVK verwiesen werden, wonach der Beklagte lediglich vage Angaben hinsichtlich des Umfangs der Akupunkturbehandlungen gemacht habe, die mit früheren Angaben teilweise kontrastiert (act. G 34.1, Rz 7.6).

6.1.3 Der Beklagte wendet weiter ein, dass sich die Anzahl der Erkrankten und die vom Arzt sowie von den Apotheken abgegebenen Medikamente im Fall seiner Praxis weit unter dem Durchschnitt der Vergleichsgruppe bewegen würden. Auch seine vergleichsweise erhöhten Werte im Laborbereich würden auf eine nicht mit anderen Gynäkologen vergleichbare Praxistätigkeit hinweisen (act. G 24, Rz 1, S. 6). Es ist nicht nachvollziehbar, inwiefern diese Umstände geeignet sind, die hinreichende Vergleichbarkeit der herangezogenen Referenzgruppe der Gynäkologie und Geburtshilfe in Frage zu stellen. Die Anzahl der Erkrankten als quantitative Grösse sagt nichts über die Qualität der angebotenen medizinischen Leistungen aus. Damit geht einher, dass der Beklagte grösstenteils weibliche Personen behandelt hat (vgl. vorstehende E. 6.1.2). Der Entscheid eines Arztes, ob er selbst die Medikamente abgibt, was eine entsprechende Vorratshaltung bedingt, oder über Laborinstrumente verfügt, um die entsprechenden Leistungen selbst erbringen zu können bzw. nicht durch Dritte erbringen lassen zu müssen, sind primär betriebswirtschaftlicher Natur. Demnach vermag eine vom Durchschnitt der Gruppe Gynäkologie und Geburtshilfe abweichende Praxisorganisation keine Inadäquanz der herangezogenen Referenzgruppe zu begründen. Allenfalls können diese Umstände als Praxisbesonderheit Berücksichtigung finden (BGE 137 V 49 E. 2.5.6 mit Hinweisen). Gleiches gilt hinsichtlich der Argumentation des Beklagten, wonach mindestens 15 Ärzte der Vergleichsgruppe bei einem Spital angestellt seien und der grösste Teil als Belegärzte ebenfalls in einem Spital tätig sei (act. G 24, Rz 1, S. 7), zumal darin keine Rechtfertigung für die vom Beklagten erheblich erhöhten Kosten pro Erkrankten erkennbar ist.

6.1.4 Nach dem Gesagten besteht kein Anlass, die von den Klägerinnen herangezogene Referenzgruppe Gynäkologie und Geburtshilfe als nicht hinreichend vergleichbar zu erachten, zumal auch die eastcare AG, auf welche sich der Beklagte offenbar im Schlichtungsverfahren selber berufen hat (vgl. act. G 16, S. 5, im Verfahren KSCHG 2011/1), von einer guten Vergleichbarkeit mit dem Referenzkollektiv sprach (act. G 16.25, S. 1, im Verfahren KSCHG 2011/1). Dabei ist nochmals zu bemerken, dass sich die Einreihung in die Referenzgruppe Allgemeine Medizin und Pädiatrie, bei der die Tarife gerichtsnotorisch nicht höher liegen, ohnehin nicht zu Gunsten des Beklagten auswirkte (vgl. vorstehende E. 6.1.2). Vor diesem Hintergrund ist damit für die Frage der Überarztung auf die in der Rechnungsstellerstatistik der Jahre 2008 und 2009 ausgewiesenen Indexpunkte von 199 für das Jahr 2008 und 204 für das Jahr 2009 abzustellen ("Total direkte Kosten: Index Kosten Erkrankte"; act. G 1.14, S. 1, und G 1.4, S. 1, im Verfahren KSCHG 2011/1). Die Berechnung dieses Werts blieb vom Beklagten unbestritten. Von weiteren Abklärungen sind keine neuen Erkenntnisse zu erwarten, weshalb davon abzusehen ist (antizipierte Beweiswürdigung; vgl. BGE 122 V 157 E. 1d).

6.2 Gegen die Höhe der eingeklagten Forderungen führt der Beklagte nicht berücksichtigte kostenwirksame Praxisbesonderheiten ins Feld (act. G 10, Rz 3a ff.).

6.2.1 Als

Praxisbesonderheiten hat das Bundesgericht verschiedene Argumente anerkannt. Diese sind vom betroffenen Arzt zu beweisen und umfassen etwa: Überdurchschnittlich viele psychosomatische und psychiatrische Krankheitsbilder, chronisch kranke Langzeitpatienten, drogensüchtige Patienten im Methadonprogramm, überdurchschnittliche Zahl von Hausbesuchen und ein sehr grosses Einzugsgebiet sowie ein höheres Durchschnittsalter der Vergleichsgruppe (Eugster, a.a.O., Rz 2, insbesondere FN 2 mit Hinweisen).

6.2.2 Der Beklagte macht geltend, er übe keine belegärztliche Tätigkeit am Spital aus. Dies führe dazu, dass seine Tätigkeit mit den Spezialitäten Akupunktur und Homöopathie sehr stark von derjenigen des Referenzkollektivs der Gynäkologen abweiche, die als Belegärzte tätig seien. Seine Behandlungsmethode ziele darauf ab, nicht zwingende Eingriffe zu vermeiden. Die Kosten, die zwar durch längere und häufigere Konsultationen bei ihm anfielen, seien aber weit tiefer als jene, die durch einen Eingriff und Aufenthalt im Spital verursacht würden (act. G 10, Rz 3a; zum geltend gemachten kompensatorischen Effekt durch nicht notwendig werdende Eingriffe und Spitalaufenthalte aufgrund höherer Anzahl an Grundleistungen pro erkrankter Person siehe act. G 10, Rz 3c, und G 24, Rz 2 f., S. 8 f.). Zunächst ist zu bemerken, dass das Argument der Homöopathie ins Leere zielt, da diese Heilbehandlung in den betroffenen Jahren 2008 und 2009 nicht unter den Leistungskatalog fiel (siehe Anhang 1 Ziff. 10 KLV) und daher entsprechende Kosten nicht in der Rechnungsstellerstatistik enthalten sind. Wie bereits die PVK einlässlich und unter Hinweis auf die Stellungnahme der eastcare AG ausführte (act. G 34.1, Rz 7.4 und Rz 7.6), worauf verwiesen werden kann, ist der vom Beklagten geltend gemachte kompensatorische Effekt nicht dargetan. Immerhin kann die - umfangmässig nicht ausgewiesene - Akupunkturleistung im Rahmen der ärztlichen Therapiefreiheit bei der Bemessung des Toleranzbereichs berücksichtigt werden, wobei zu betonen ist, dass auch bei dieser Leistung das Wirtschaftlichkeitsgebot gilt.

6.2.3 Ausgewiesen sind hingegen vergleichsweise tiefe veranlasste Kosten bei Apotheken und Laboratorien (act. G 1.14, S. 2, und G 1.4, S. 2, im Verfahren KSCHG 2011/1), was im Sinne einer Praxisbesonderheit berücksichtigt werden kann (BGE 137 V 49 E. 2.5.6). Allerdings sind damit einhergehende kompensatorische Effekte vorliegend nicht nachgewiesen.

6.2.4 Aus der Sicht des Beklagten sei ferner zu beachten, dass umzugsbedingt jeder fünfte Patient ein Neupatient sei (Schreiben vom 29. Juni 2010, act. G 16.21a im Verfahren KSCHG 2011/1). Vorweg ist auf die Rechtsprechung hinzuweisen, wonach im Umstand einer kurzen Praxistätigkeit für sich allein genommen grundsätzlich keine Rechtfertigung für die Ausweitung des Toleranzbereichs erblickt wird (Urteil des Bundesgerichts vom 17. Dezember 2012, 9C\_576/2012, E. 3.2 mit Hinweisen). Der Beklagte betreibt seit \_\_\_\_ eine Praxis in B.\_\_\_\_ (act. G 1.4). Betreffend die Jahre 2008 und 2009 kann damit nicht mehr vom Bestehen einer Gründungsphase ausgegangen werden. Daran ändert der innerhalb von B.\_\_\_\_ erfolgte Wechsel der Praxisräumlichkeiten nichts. Aus dem geltend gemachten, nicht näher belegten Umstand, dass in den fraglichen Jahren jede fünfte Person ein Neupatient gewesen sei, ist auf keine relevante Praxisbesonderheit zu schliessen, da die Heilbehandlungen zum Grossteil (80%) an einem bereits bestehenden Patientenkreis vorgenommen wurden. Hinzu kommt, dass der Umzug innerhalb von B.\_\_\_\_, also einem räumlich überblickbaren Umfeld, stattfand und damit nicht mit einer Gründungsphase verglichen werden kann. Im Übrigen dürften gerade bei der Gruppe Gynäkologie und Geburtshilfe etwa angesichts von Erstschwangerschaften eine ähnliche Anzahl Neupatientinnen als normal gelten.

6.2.5 Der Beklagte weist ferner auf einen erhöhten Ausländeranteil hin, der mehr als 50% betrage (Schreiben vom 29. Juni 2010, act. G 16.21a im Verfahren KSCHG 2011/1). Auch bei

diesem Gesichtspunkt belässt es der Beklagte bei einer nicht substantiierten und damit nicht überprüfaren Behauptung. 6.2.6 Zudem würden vor allem chronisch erkrankte und ältere Patienten in der Praxis des Beklagten vorstellig (Schreiben vom 29. Juni 2010, act. G 16.21a im Verfahren KSCHG 2011/1). Dass der Beklagte "vor allem" chronisch Kranke behandelt, ist nicht dargetan und steht im Widerspruch zu seinem Vorbringen, dass er in den Jahren 2008 und 2009 in einer Art Gründungsphase mit vielen Neupatienten gestanden sei. Der Einwand, es würden vor allem auch ältere Patienten vorstellig, erweist sich als tatsachenwidrige Schutzbehauptung, da das Durchschnittsalter der in der Praxis des Beklagten Behandelten (2008: 40.0; 2009: 39.2) das Durchschnittsalter der Referenzgruppe sogar leicht unterschreitet (2008: 41.97; 2009: 41.80; zum Ganzen act. G 1.4, S. 1 und S. 2; vgl. vorstehende E. 6.1.2). Schliesslich setzt er sich auch hier in Widerspruch zu dem von ihm vertretenen Standpunkt, dass er in Abweichung zur Referenzgruppe auch Kinder behandle (vgl. vorstehende E. 6.1.2). Insgesamt bestehen keine überprüfaren Anhaltspunkte für ein spezielles Patientengut, das einen vergleichsweise erhöhten Therapiebedarf aufweist. Selbst wenn eine zu berücksichtigende Praxisbesonderheit als ausgewiesen erschiene, dürfte sie mit dem gewährten Toleranzbereich (vgl. nachstehende E. 6.2.8) abgegolten sein, und rechtfertigte keinen weiteren Zuschlag. 6.2.7 Im Übrigen kann auf die Feststellung der eastcare AG, es habe keine Erklärung für Praxisbesonderheiten gefunden werden können (act. G 16.24 im Verfahren KSCHG 2011/1), sowie auf die zutreffenden Ausführungen der PVK verwiesen werden, namentlich bezüglich der Behandlungsmethoden Homöopathie und chinesische Medizin (act. G 34.1, Rz 7.4 ff.). Von weiteren Abklärungen sind keine neuen Erkenntnisse zu erwarten, weshalb davon abgesehen werden kann (antizipierte Beweiswürdigung; vgl. BGE 122 V 157 E. 1d).

6.3 Mit dem anerkannten Indexwert von 120 bis 130 liegt die Toleranzgrenze 20 bis 30 Indexpunkte über den durchschnittlichen Fallkosten der Vergleichsgruppe, deren Indexwert mit 100 Punkten bewertet wird. Dabei ist zu beachten, dass im Indexwert 100 nicht nur einfache Fälle erfasst sind, sondern der Durchschnittswert ein Mittel aus dem ganzen Spektrum der anfallenden Behandlungen darstellt und entsprechend auch eine ganze Anzahl schwerer und aufwendiger Behandlungen enthält, die nicht nur in der Praxis des Beklagten, sondern in jeder Allgemeinpraxis vorkommen (Urteil des Schiedsgerichts vom 4. Juni 2009, KSCHG 2005/2 und KSCHG 2006/2, E. 9.8).

6.3.1 Vorliegend erscheint es insgesamt mit Blick auf die angebotene - wenn auch umfangmässig nicht bestimmbar - Akupunktur bzw. die ärztliche Therapiefreiheit und die vergleichsweise niedrigen veranlassten Kosten (act. G 1.14, S. 2, und G 1.4, S. 2, im Verfahren KSCHG 2011/1) gerechtfertigt, den Toleranzbereich voll auszuschöpfen und auf 130 Indexpunkte festzusetzen. Es besteht vorliegend keine Rechtfertigung, den Indexwert über den Toleranzbereich hinaus zu erweitern, zumal die vom Beklagten behandelten Erkrankten ein vergleichsweise - wenn auch nur geringfügig - jüngeres Durchschnittsalter aufweisen.

6.3.2 Hinsichtlich des zu beachtenden Referenzwerts verweist der Beklagte auf das Schreiben der santésuisse vom 12. September 2008, worin festgehalten wird (act. G 1.13): "Ausgehend von der von Ihnen genannten Patientenverteilung erscheinen uns Durchschnittskosten, die über die des Jahres 2006 hinausgehen, nicht akzeptabel." Somit müsse von den Zahlen des Jahres 2006 mit einem Referenzindex von 189 ausgegangen werden (act. G 10, Rz 4, S. 11). Weder aus dem genannten Schreiben noch aus den weiteren Unterlagen ergibt sich hinsichtlich des Referenzwerts ein schützenswertes Vertrauen zugunsten des Beklagten. Insbesondere wurde ihm darin kein Referenzwert zugesichert. Die santésuisse verband mit der genannten Formulierung ausschliesslich die Einleitung

einer Prüfung durch die paritätische Vertrauenskommission, falls dieses Ziel verfehlt würde. Zum Umfang einer möglichen Rückforderung äusserte sie sich nicht und stellte keinen - auch nicht implizit - vertrauensbegründenden Konnex zu den Zahlen des Jahres 2006 her. Eine konkrete Berechnung der Rückforderung mit Referenzwert nahm die santésuisse erstmals im Schreiben vom 9. Oktober 2009 vor (act. G 16.16 im Verfahren KSCHG 2011/1). Diese Sichtweise wird dadurch bestätigt, dass der Beklagte in der schriftlichen Antwort vom 15. Dezember 2009 (act. G 1.17 im Verfahren KSCHG 2011/1; vgl. auch Schreiben vom 15. Mai 2010, act. G 1.19, und vom 29. Juni 2010, act. G 1.21a, je im Verfahren KSCHG 2011/1) nicht geltend machte, es sei ihm ein höherer Referenzwert zugesichert worden, sondern sich erst im Rahmen der Klageantwort auf diesen Standpunkt stellt. Im Übrigen erscheint es nicht angemessen, eine Vertrauensgrundlage allein aus dem Umstand herzuleiten, dass die santésuisse zunächst offenbar nicht mit voller Härte gegen einen Arzt vorzugehen pflegt. 6.3.3 Die vom Beklagten bei einem Punktwert von 199 für das Jahr 2008 und von 204 für das Jahr 2009 verursachten direkten Kosten für das Jahr 2008 von Fr. 329'609.-- (act. G 1.14) bzw. für das Jahr 2009 von Fr. 316'272.-- (act. G 1.4 im Verfahren KSCHG 2011/1) sind an den gewährten Referenzindex von 130 anzupassen, woraus sich betragliche Referenzwerte für das Jahr 2008 von Fr. 215'322.-- ( $[\text{Fr. } 329'609.-- / 199] \times 130$ ) und für das Jahr 2009 von Fr. 201'546.-- ( $[\text{Fr. } 316'272.-- / 204] \times 130$ ) ergeben. Auf dieser Grundlage resultiert für die Klägerinnen gegenüber dem Beklagten eine Forderung für das Jahr 2008 von Fr. 114'287.-- (Fr. 329'609.-- - Fr. 215'322.--) und für das Jahr 2009 von Fr. 114'726.-- (Fr. 316'272.-- - Fr. 201'546.--), bzw. eine Gesamtforderung von Fr. 229'013.--. Wie bereits die PVK zu Recht ausführte, trifft den Beklagten keine Verzugszinspflicht (act. G 34.1, Rz 8.1; siehe auch Urteil des Schiedsgerichts KVG vom 4. Juni 2009, KSCHG 2005/2 und 2006/2, E. 10).

## **E. 7**

Der Beklagte anerkennt ausdrücklich, dass die Frist für die Rückforderung gewahrt ist (act. G 10, Rz 7). Diese Auffassung ist angesichts dessen, dass die Rechnungsstellerstatistik am 20. Juli 2009 (act. G 1.14) für das Jahr 2008 bzw. am 16. Juli 2010 (act. G 1.4 im Verfahren KSCHG 2011/1) für das Jahr 2009 erstellt und die Klagen betreffend das Jahr 2008 am 14. Juli 2010 (act. G 1) bzw. das Jahr 2009 am 15. Juli 2011 (act. G 1 im Verfahren KSCHG 2011/1) eingereicht wurden, nicht zu beanstanden (zu den massgebenden rechtlichen Grundlagen siehe Urteil des Bundesgerichts vom 12. Dezember 2008, 9C\_773/2008, E. 7).

## **E. 8**

8.1 Nach dem Gesagten sind die Klagen KSCHG 2010/2 und 2011/1 gutzuheissen. Der Beklagte hat den Klägerinnen infolge Überarztung für das Jahr 2008 den Betrag von Fr. 114'287.-- und für das Jahr 2009 von Fr. 114'726.-- zurückzubezahlen. Der klägerische Antrag auf Entrichtung von Verzugszinsen ist für beide Verfahren abzuweisen. 8.2 Art. 89 Abs. 5 KVG schreibt für das Verfahren vor Schiedsgericht keine Kostenlosigkeit vor, womit für die Kostenfrage ausschliesslich kantonales Recht massgeblich ist. Nach Art. 95 Abs. 1 VRP hat in Streitigkeiten jener Beteiligte die Verfahrenskosten zu tragen, dessen Begehren ganz oder teilweise abgewiesen werden. Art. 7 Abs. 1 Ziff. 122 der Gerichtskostenverordnung (sGS 941.12) sieht für Endentscheide des Versicherungsgerichts einen Gebührenrahmen von Fr. 500.-- bis Fr. 15'000.-- vor. Für die vorliegenden Klageverfahren erscheint mit Rücksicht auf den vom Gericht zu erbringenden Aufwand und die Bedeutung der Streitsache die Festlegung einer Gerichtsgebühr von Fr. 5'000.-- als

gerechtfertigt. In den vorliegenden Verfahren ist trotz der Abweisung des Antrags auf Verzugszinsen von einem überwiegenden Obsiegen der Klägerinnen auszugehen. Die Gerichtsgebühr ist daher vollumfänglich dem Beklagten aufzuerlegen. Die von den Klägerinnen in den beiden Verfahren KSCHG 2010/2 und KSCHG 2011/1 geleisteten Kostenvorschüsse (vgl. act. G 6 und G 2 im Verfahren KSCHG 2011/1) von je Fr. 2'000.-- sind ihnen zurückzuerstatten. 8.3 Nacht Art. 98 Abs. 1 und Art. 98 bis VRP ist der Anspruch auf ausseramtliche Kosten nach dem Ausmass des Obsiegens und Unterliegens festzusetzen. In der Verwaltungsrechtspflege beträgt das Honorar vor Versicherungsgericht nach Art. 22 Abs. 1 lit. b HonO (sGS 963.75) pauschal Fr. 1'000.-- bis Fr. 12'000.--. Die Parteientschädigung wird vom Versicherungsgericht festgesetzt und ohne Rücksicht auf den Streitwert nach der Bedeutung der Streitsache und nach der Schwierigkeit des Prozesses bemessen. Für die vorliegend zu beurteilenden Klagen erscheint eine pauschale Parteientschädigung zugunsten der Klägerinnen von insgesamt Fr. 5'000.-- (inklusive Barauslagen und Mehrwertsteuer) als angemessen. Ausgangsgemäss hat der Beklagte keinen Anspruch auf eine Parteientschädigung. Demgemäss hat das Schiedsgericht entschieden: 1. In Gutheissung der Klage KSCHG 2010/2 vom 14. Juli 2010 wird der Beklagte verpflichtet, den Klägerinnen für das Jahr 2008 den Betrag von Fr. 114'287.-- zurückzuerstatten. Im Übrigen wird die Klage abgewiesen. 2. In Gutheissung der Klage KSCHG 2011/1 vom 15. Juli 2011 wird der Beklagte verpflichtet, den Klägerinnen für das Jahr 2009 den Betrag von Fr. 114'726.-- zurückzuerstatten. Im Übrigen wird die Klage abgewiesen. 3. Der Beklagte hat die Gerichtsgebühr von Fr. 5'000.-- zu bezahlen. Die von den Klägerinnen in den beiden Verfahren KSCHG 2010/2 und KSCHG 2011/1 geleisteten Kostenvorschüsse (vgl. act. G 6 und G 2 im Verfahren KSCHG 2011/1) von je Fr. 2'000.-- werden ihnen zurückerstattet. 4. Der Beklagte hat den Klägerinnen eine Parteientschädigung von Fr. 5'000.-- (einschliesslich Barauslagen und Mehrwertsteuer) zu bezahlen.

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