

SG_VERSICHERUNGSGERICHT KSCHG 2016/4 vom 1. September 2020

Sg Versicherungsgericht, 2020-09-01, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/sg_publicationen_KSCHG_2016_4

FR: SG_VERSICHERUNGSGERICHT KSCHG 2016/4 du 1 septembre 2020

IT: SG_VERSICHERUNGSGERICHT KSCHG 2016/4 del 1 settembre 2020

Regeste

Art. 56 und Art. 59 KVG. Verletzung der Anforderungen bezüglich Wirtschaftlichkeit bejaht. 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. Infolge langjährigen wiederholten Fehlverhaltens wird der Beklagte für drei Jahre von der Tätigkeit zulasten der obligatorischen Krankenpflegeversicherung ausgeschlossen (Entscheid des Versicherungsgerichts des Kantons St. Gallen vom 1. September 2020, KSCHG 2016/4). Teilweise aufgehoben durch Urteil des Bundesgerichts 9C_656/2020.

Volltext

Entscheid vom 1. September 2020 Besetzung Präsident Joachim Huber, Schiedsrichterinnen Nadine Cloé Niederhauser und Traudi Reimann-Forstner, Schiedsrichter Josef Hoppler und Jakob Rizzi; Gerichtsschreiber Philipp Geertsen
Geschäftsnr. KSCHG 2016/4 Parteien CSS Kranken-Versicherung AG, Postfach 2568, 6002 Luzern, CONCORDIA Schweiz. Kranken- und Unfallversicherung, Bundesplatz 15, 6002 Luzern, Atupri Krankenkasse, Zieglerstrasse 29, 3000 Bern 65, Avenir Krankenversicherung AG, Groupe Mutuel, Rue des Cèdres 5, 1919 Martigny, KPT Krankenkasse AG, Postfach 8624 3001 Bern, ÖKK Kranken- und Unfallversicherungen AG, Bahnhofstrasse, 7320 Landquart, Vivao Sympany AG, Peter Merian-Weg 4, 4002 Basel, Easy Sana Krankenversicherung AG, Groupe Mutuel, Rue des Cèdres 5, 1919 Martigny, Genossenschaft Glarner Krankenversicherung, Sernftalstrasse 33, 8762 Schwanden, EGK Grundversicherungen, Birslachstrasse 2, 4242 Laufen, Progrès Versicherungen AG, Helsana-Gruppe, Postfach, 8081 Zürich, SWICA Krankenversicherung, Römerstrasse 38, 8401 Winterthur, GALENOS Kranken- und Unfallversicherung, Militärstrasse 36, Postfach, 8021 Zürich, Mutuel Krankenversicherung AG, Groupe Mutuel, Rue des Cèdres 5, 1919 Martigny, Sanitas Grundversicherungen AG (inkl. Wincare Versicherungen), Järgergasse 3, Postfach 2010, 8021 Zürich, INTRAS Krankenversicherung AG, Tribschenstrasse 21, Postfach 2568, 6002 Luzern, Philos Krankenversicherung AG, Groupe Mutuel, Rue des Cèdres 5, 1919 Martigny, Assura-Basis SA, Avenue C.-F. Ramuz 70, 1009 Pully, Visana AG, Weltpoststrasse 19/21, Postfach 253, 3000 Bern 15, Agrisano Krankenkasse AG, Laurstrasse 10, 5201 Brugg, Helsana Versicherungen AG, (inkl. avanex Versicherungen AG und sansan Versicherungen AG), Helsana-Gruppe, Postfach, 8081 Zürich, sana24 AG, Weltpoststrasse 19/21, Postfach 253, 3000 Bern 15, Arcosana AG, Tribschenstrasse 21, 6002 Luzern, Sanagate AG, Tribschenstrasse 21, Postfach 2568, 6002 Luzern, Klägerinnen, vertreten durch Santésuisse - Die Schweizer Krankenversicherer, Römerstrasse 20, 4502 Solothurn

(Korrespondenzadresse: santésuisse, Lagerstrasse 107, Postfach, 8021 Zürich), diese vertreten durch Rechtsanwalt lic. iur. Kurt Gemperli, advokatur am brühl, Scheffelstrasse 2, 9000 St. Gallen, gegen Dr. med. A.____, Beklagter, vertreten durch Rechtsanwalt lic. iur. Marc Tomaschett, St. Martinsplatz 8, Postfach 619, 7001 Chur, Gegenstand Honorarrückerstattung 2014 und Ausschluss von der Tätigkeit zulasten der obligatorischen Krankenpflegeversicherung Sachverhalt Dr. med. A.____, Facharzt für Gynäkologie und Geburtshilfe, betreibt eine Arztpraxis in B.____. Die gegen ihn von santésuisse, in Vertretung von 31 Krankenversicherungen, am 14. Juli 2010 erhobene Klage betreffend Honorarrückerstattung für das Rechnungsjahr 2008 (KSCHG 2010/2) und die gegen ihn von santésuisse, in Vertretung von 32 Krankenversicherungen, am 15. Juli 2011 erhobene Klage betreffend Honorarrückerstattung für das Rechnungsjahr 2009 (KSCHG 2011/1) hiess das Schiedsgericht KVG des Kantons St. Gallen mit Entscheid vom 12. Juni 2014 insoweit gut, als es Dr. A.____ für das Jahr 2008 zu einer Rückerstattung von Fr. 114'287.-- und für das Jahr 2009 zu einer Rückerstattung von Fr. 114'726.-- verpflichtete (act. G 6.4). Auf die dagegen von Dr. A.____ am 27. August 2014 erhobene Beschwerde in öffentlich-rechtlichen Angelegenheiten trat das Bundesgericht zufolge nicht rechtzeitig bezahlten Kostenvorschusses nicht ein (Urteil des Bundesgerichts vom 27. Oktober 2014, 9C_609/2014). Santésuisse erhob am 13. Juli 2016 in Vertretung von 27 Krankenversicherungen Klage gegen Dr. A.____ und beantragte: 1. Der Beklagte sei definitiv von der Tätigkeit zulasten der obligatorischen Krankenpflegeversicherung auszuschliessen. 2. Es sei der Betrag gerichtlich zu ermitteln, welchen der Beklagte den Klägerinnen wegen unwirtschaftlicher Behandlungsweise gemäss Rechnungssteller-Statistik (RSS) 2014 zurückzuerstatten habe; alles unter Kosten- und Entschädigungsfolge. Des Weiteren wurde die Sistierung des Klageverfahrens bis zum Abschluss des Verfahrens vor der Überkantonalen Paritätischen Vertrauenskommission für die Kantone AI, AR, GL, GR, SG, SH und TG (PVK) beantragt. Die Klägerinnen liessen in der Begründung eine Rückforderungssumme von Fr. 49'080.-- geltend machen (act. G 1). Nachdem sich der Beklagte mit dem Sistierungsantrag einverstanden gezeigt hatte (Schreiben vom 7. September 2016, act. G 4), sistierte der Präsident des Schiedsgerichts am 13. September 2016 das Klageverfahren bis zum Abschluss des Verfahrens vor der PVK (act. G 5). Die PVK unterbreitete den Klägerinnen und dem Beklagten am 19. Oktober 2017 einen Schlichtungsvorschlag mit u.a. folgendem Inhalt: 1. Der Beklagte wird gemäss Art. 59 Abs. 1 lit. d KVG für eine Dauer von 12 Monaten von der Tätigkeit zulasten der obligatorischen Krankenpflegeversicherung ausgeschlossen. 2. Der Beklagte bezahlt den Klägerinnen für das Statistikjahr 2014 Fr. 27'122.10 für zuviel erbrachte Leistungen zurück (act. G 6.1). Der Beklagte lehnte den ihm am 22. März 2018 zugesandten Vergleichsvorschlag der PVK mit Schreiben vom 26. April 2018 ab (act. G 6.2). Am 17. Juli 2018 teilten die Klägerinnen dem Schiedsgericht den erfolglosen Abschluss des Verfahrens vor der PVK mit und nahmen eine Klageergänzung vor. Darin beantragten sie, der Beklagte sei definitiv von der Tätigkeit zulasten der obligatorischen Krankenpflegeversicherung auszuschliessen und er sei zu verpflichten, ihnen (den Klägerinnen) die Beträge zurückzuerstatten, die er gemäss der RSS 2014 in diesem Jahr wegen unwirtschaftlicher oder allenfalls nicht gesetzlicher Behandlungsweise zu Unrecht vereinnahmt habe; unter Kosten- und Entschädigungsfolge. Zur Begründung führten die Klägerinnen aus, auf ein Vermittlungsbegehren bezüglich des Behandlungsjahrs 2015 hätten sie wegen fehlender Zahlungsfähigkeit des Beklagten verzichtet. Das Inkasso der mit dem Entscheid des Schiedsgerichts vom 12. Juni 2014 zugesprochenen Rückforderungen

habe denn auch mit einem Verlustschein geendet. Der Beklagte betreibe eine unwirtschaftliche Praxisführung, wie sich aus dem statistischen Durchschnittskostenvergleich ergebe. Die Praxis des Beklagten sei mit der Facharztgruppe Gynäkologie und Geburtshilfe vereinbar. Der Verlustschein für die Rückforderungen für die Jahre 2008 und 2009 (siehe hierzu act. G 6.7) zeige, dass weitere Rückforderungen nicht realisierbar seien. Der Beklagte könne somit weiterhin unwirtschaftlich praktizieren, ohne finanzielle Konsequenzen befürchten zu müssen. Die einzige Sanktion, die noch zu greifen vermöge, sei der Ausschluss von der Tätigkeit zulasten der Grundversicherung. Mit Blick auf das Alter des Beklagten sei diese Sanktion auch keineswegs unverhältnismässig (act. G 6). In der Klageantwort vom 12. November 2018 beantragte der Beklagte: 1. Das Begehren, er sei definitiv von der Tätigkeit zulasten der obligatorischen Krankenpflegeversicherung auszuschliessen, sei vollumfänglich abzuweisen. 2. Das Begehren, wonach er zu verpflichten sei, den Klägerinnen die Beträge zurückzuerstatten, die er gemäss RSS 2014 in diesem Jahr wegen unwirtschaftlicher oder allenfalls nicht gesetzlicher Behandlungsweise zu Unrecht vereinnahmt habe, sei vollumfänglich abzuweisen, sofern überhaupt darauf eingetreten werden könne. 3. Eventualiter sei zur Überprüfung der Zahlen die analytische Methode, systematische Einzelfallprüfung oder repräsentative Einzelfallprüfung mit Hochrechnung, anzuwenden; alles unter Kosten- und Entschädigungsfolge. Zunächst rügte der Beklagte, dass nirgends die Daten der 82 Ärztinnen und Ärzte der Vergleichsgruppe ersichtlich seien. Das Rechtsbegehren der Klägerinnen betreffend Rückerstattung sei nicht hinreichend beziffert worden, weshalb darauf nicht einzutreten sei. Des Weiteren bemängelt der Beklagte die von den Klägerinnen angewandte statistische Methode des Durchschnittskostenvergleichs mit der Vergleichsgruppe der Fachärzte und Fachärztinnen Gynäkologie und Geburtshilfe. Er bestritt, gegen das Gebot der Wirtschaftlichkeit verstossen zu haben (act. G 13). In der Replik vom 27. März 2019 hielten die Klägerinnen unverändert an den Klagebegehren fest. Ergänzend führten sie aus, wie Erfahrungen gezeigt hätten, sei es wichtig, dass der Ausschluss eines Arztes oder einer Ärztin erst nach einer gewissen Vorlaufzeit in Kraft trete, damit sich deren Patienten und Patientinnen und Versicherer darauf einstellen könnten. Es werde deshalb darum ersucht, einen Termin festzulegen (etwa nach Ende des dritten dem Eintritt der Rechtskraft des Urteils folgenden Monats). Die Unterlagen zu Referenzgruppe seien dem Beklagten vor Jahren zugestellt worden, weshalb er sich in der Klageantwort auch dazu äussern könne (zu den mit der Replik eingereichten Namens- und Umsatzlisten der Referenzgruppe siehe act. G 21.3 f.). Ein Vergleich der Praxis des Beklagten mit der Referenzgruppe Gynäkologie und Geburtshilfe sei aussagekräftig. Im Übrigen habe eine allgemeine Beratungspraxis geringere durchschnittliche Fallkosten als eine gynäkologische, sodass die Höhe der Fallkosten-Durchschnittswerte des Beklagten bei Annahme einer vermehrten allgemeinen Beratungstätigkeit nicht erklärt wären, sondern im Gegenteil noch fragwürdiger erscheinen würden. Zusammenfassend betrachtet erschöpfe sich die Klageantwort weitgehend in der Behauptung angeblicher kompensatorischer Einsparungen. Ein spezielles Patientengut, dessen Behandlung höhere Fallkostenwerte rechtfertige als die durchschnittlichen der Referenzgruppe, komme nicht im Ansatz nachvollziehbar zum Ausdruck. Dies wäre indessen unabdingbar, um die Vergleichbarkeit mit der Referenzgruppe in Frage zu stellen (act. G 21). Der Beklagte hielt in der Duplik vom 10. Juli 2019 unverändert an seinen in der Klageantwort gestellten Begehren fest. Im vorliegenden Fall sei «die Anwendung der analytischen Methode, die systematische Einzelfallprüfung, vorzunehmen» (act. G 27). Mit

Beschluss vom 17. Februar 2020 wählte die Präsidentin des Versicherungsgerichts die von den Parteien vorgeschlagenen Fachrichterinnen und Fachrichter für die Tätigkeit als gesetzliches Schiedsgericht (act. G 36). Erwägungen Zwischen den Parteien ist eine Verletzung der Anforderungen bezüglich Wirtschaftlichkeit und deren Sanktionierung in Form einer Honorarrückerstattung und eines Ausschlusses von der Tätigkeit des Beklagten zulasten der obligatorischen Krankenpflegeversicherung im Sinn von Art. 59 Abs. 1 lit. b und lit. d des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung (KVG; SR 832.10) umstritten. Gemäss Art. 59 Abs. 2 KVG entscheidet das Schiedsgericht nach Art. 89 KVG auf Antrag eines Versicherers oder eines Verbandes der Versicherer über die in Art. 59 Abs. 1 KVG geregelten Sanktionen. Örtlich zuständig ist das Schiedsgericht desjenigen Kantons, dessen Tarif zur Anwendung gelangt, oder desjenigen Kantons, in dem die ständige Einrichtung des Leistungserbringers liegt. Der Beklagte betreibt seine Praxis im Kanton St. Gallen, weshalb das Schiedsgericht KVG des Kantons St. Gallen für die Klage örtlich zuständig ist. Das Schiedsgericht 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. 59 und 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. Art. 25 des Reglements über Organisation und Geschäftsgang des Versicherungsgerichts (sGS 941.114) legt fest, dass das Schiedsgericht aus der Präsidentin oder dem Präsidenten oder der Vizepräsidentin oder dem Vizepräsidenten und je zwei Vertretungen der betroffenen Versicherer und Leistungserbringer als Fachrichterinnen oder Fachrichter besteht. 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. Abgesehen davon ist eine ausdrückliche Prozessvertretungsvollmacht in Art. 17 der Statuten (in der seit 11. Dezember 2015 gültigen Fassung; , abgerufen am 15. April 2020) der *santésuisse* enthalten, weshalb für deren Mitglieder keine einzelne Ermächtigung zur Prozessführung im Namen der jeweils beteiligten Krankenkassen erforderlich ist (siehe zum Ganzen den Entscheid des Schiedsgerichts KVG des Kantons St. Gallen vom 12. Juni 2014, KSCHG 2010/2 und KSCHG 2011/1, E. 4 mit Hinweisen). Betreffend diejenigen Klägerinnen, die nicht Mitglieder der *santésuisse* sind, reichte diese Vertretungsvollmachten ein (act. G 6.3a ff. und G 21.1 f.). Mit Blick auf die eingeklagte Honorarrückerstattung beantragt der Beklagte Nichteintreten, da das Rechtsbegehren nicht hinreichend bestimmt sei (siehe act. G 13, Antrag 2 am Schluss, und Ziff. II.A, Rz 4). Dabei übersieht er, dass die Klägerinnen in der Eingabe vom 13. Juli 2016 eine Rückforderungssumme von Fr. 49'080.-- berechnet haben (act. G 1, Rz 6), womit das Rechtsbegehren bzw. der eingeklagte Betrag hinreichend - und im Übrigen zutreffend (siehe nachstehend E. 5.6) - bestimmt ist. Der Rechtsvertreter des Beklagten wurde denn auch schon wiederholt vom Bundesgericht darauf hingewiesen, dass seine entsprechenden Rügen bezüglich Bezifferung unbegründet sind. Darauf kann verwiesen werden (Urteile des Bundesgerichts vom 20. Dezember 2018, 9C_67/2018 E. 4.2 mit Hinweis auf das Urteil des

Bundesgerichts vom 18. Dezember 2017, 9C_264/2017, E. 1 [nicht publiziert in: BGE 144 V 79, aber in: SVR 2018 KV Nr. 4 S. 25], vom 1. März 2018, 9C_267/2017, E. 2.1, und vom 29. August 2019, 9C_259/2019, E. 3.1), zumal sich der Beklagte bzw. dessen Rechtsvertreter weiterhin nicht näher damit auseinandersetzt. In einem ersten Schritt ist ein Rückforderungsanspruch der Klägerinnen gegenüber dem Beklagten zu prüfen. 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 liegende 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). Nach dem am 1. Januar 2013 in Kraft getretenen Art. 56 Abs. 6 KVG legen Leistungserbringer und Versicherer vertraglich eine Methode zur Kontrolle der Wirtschaftlichkeit fest. In einem am 27. Dezember 2013/16. Januar 2014 abgeschlossenen Vertrag haben die Vereinigung der Schweizer Ärztinnen und Ärzte (FMH) auf der einen Seite, santésuisse (Die Schweizer Krankenversicherer) und curafutura (Die innovativen Krankenversicherer) auf der anderen Seite gestützt auf Art. 56 Abs. 6 KVG als statistische Methode zur Kontrolle der Wirtschaftlichkeit die Varianzanalyse (ANOVA) festgelegt (Ziff. 1; Urteil des Bundesgerichts vom 8. November 2018, 9C_517/2017, E. 5.1). Mit Urteil vom 20. Dezember 2018 (publiziert in BGE 144 V 79) erkannte das Bundesgericht, dass die Verständigung der Leistungserbringer und Versicherer auf das Varianzanalysenmodell (ANOVA-Methode) zur Bemessung der Wirtschaftlichkeit der Leistungen von praktizierenden Ärztinnen und Ärzten im Hinblick auf die Rückerstattung der Honorare wegen nicht wirtschaftlicher ambulanter Tätigkeit nicht als gesetzwidrig bezeichnet werden könne. Daran hielt es trotz der im Schrifttum teilweise geäusserten Kritik (Urteil des Bundesgerichts vom 8. November 2018, 9C_517/2017, E. 5.2 mit Hinweisen) und auch nach dem vom Beklagten erwähnten Rechtsgutachten von Prof. Dr. iur. C.____ (Gutachterliche Äusserung zur vertraglichen Festlegung einer Methode zur Kontrolle der Wirtschaftlichkeit [Art. 56 Abs. 6 KVG] vom 21. Dezember 2015, act. G 13.1) fest, weshalb sich Weiterungen zur Kritik in der Lehre erübrigen. Das Varianzanalysenmodell beruht auf derselben Datenbasis wie die RSS. Vergleichsgruppe bilden die Ärzte und Ärztinnen einer Facharztgruppe (gemäss Einteilung der FMH) in der Schweiz. Im Unterschied zum Durchschnittskostenvergleich werden die Kosten der einzelnen Leistungserbringer in Bezug auf die statistisch signifikanten, d.h. nicht zufälligen Merkmale Alter und Geschlecht der Patienten sowie Kanton, in dem die ambulante ärztliche Tätigkeit ausgeübt wird, standardisiert. Damit werden die Kosten so ausgewiesen, als hätte der betreffende Arzt oder die betreffende Ärztin die gleiche Alters- und Geschlechterverteilung wie die Vergleichsgruppe als Ganzes und wie wenn alle Leistungserbringer im selben Kanton tätig wären. Die ANOVA-Methode ergibt Indizes betreffend die direkten Kosten (ohne Medikamente), die Medikamentenkosten (direkt und veranlasst) sowie die totalen Kosten (jeweils pro erkrankte Person; Urteil des Bundesgerichts vom 8. November 2018, 9C_517/2017, E. 5.3 mit Hinweisen auf Rechtsprechung und Literatur). Die ANOVA-Methode ist weder als mathematisches Modell noch in Bezug auf die (RSS-)Datenbasis in Frage zu stellen (Urteil des Bundesgerichts vom 8. November 2018, 9C_517/2017, E. 5.4). Der Beklagte bringt in seinen Ausführungen (siehe etwa act. G 13,

S. 4 f. und S. 6 ff.) nichts vor, was die vom Bundesgericht praktizierte Rechtsanwendung in Frage stellen würde. Der Beklagte bestreitet, dass seine Tätigkeit mit derjenigen von Fachärzten und Fachärztinnen für Gynäkologie und Geburtshilfe vergleichbar sei (act. G 13, S. 3 f.). Das Schiedsgericht begründete bereits im den Beklagten betreffenden Entscheid vom 12. Juni 2014, KSCHG 2010/2 und KSCHG 2011/1, eingehend, weshalb für die Beurteilung der Wirtschaftlichkeit seiner Praxistätigkeit die Referenzgruppe Gynäkologie und Geburtshilfe aussagekräftig ist (act. G 6.4, E. 6.1.2 ff.). Darauf ist zu verweisen, zumal der Beklagte keine Gesichtspunkte vorbringt, die eine andere Betrachtungsweise nahelegen würden. Die Konzentration der Praxistätigkeit auf die Frauenheilkunde wird dadurch bestätigt, dass der Beklagte auch im Jahr 2014 bloss einen sehr geringen Anteil männlicher Erkrankter behandelt hat. Hinzu kommt, dass die durchschnittlichen Kosten eines männlichen Erkrankten erheblich unter denjenigen für weibliche Erkrankte liegen (siehe zum Ganzen die Diagramme unter 1.3.10 in act. G 6.5), weshalb sich der Vergleich mit der Referenzgruppe Gynäkologie und Geburtshilfe unter dem Aspekt der Behandlung auch von männlichen Erkrankten zugunsten des Beklagten auswirken dürfte. Jedenfalls kann darin - entgegen der Auffassung des Beklagten (act. G 13, S. 5 Mitte) - keine kostentreibende Besonderheit erblickt werden, die gegen die Referenzgruppe Gynäkologie und Geburtshilfe spricht. Der Beklagte bringt gegen den Vergleich mit der Referenzgruppe vor, dass er Hormontherapien durchführe (act. G 13, S. 5 oben und S. 8 unten; siehe auch act. G 27, S. 6). Gemäss Weiterbildungsprogramm des Schweizerischen Instituts für ärztliche Weiter- und Fortbildung vom 1. Juli 2014 (letzte Revision: 23. Mai 2019) für den Facharzt für Gynäkologie und Geburtshilfe definiert sich das Fachgebiet wie folgt: Die Frauenheilkunde umfasst die Kerngebiete Gynäkologie, Geburtshilfe, Reproduktionsmedizin und gynäkologische Endokrinologie. Die Gynäkologie umfasst u.a. die Behandlung von Krankheiten der weiblichen Geschlechtsorgane, deren endokriner Funktion sowie der Beschwerden des Klimakteriums; die Physiologie, Diagnostik und Behandlung von endokrinologischen Störungen (S. 2 Mitte des Weiterbildungsprogramms). Die gynäkologische Endokrinologie ist Bestandteil der Weiterbildung (S. 3, Ziff. 2.1.4, S. 4, Ziff. 3.3.1, und S. 6, Ziff. 3.6 des Weiterbildungsprogramms). Dazu gehören im Übrigen auch die fachgebundene präventive, psychosomatische und psychosoziale Medizin (S. 4 am Schluss und S. 6, Ziff. 3.5.3, des Weiterbildungsprogramms). Vor diesem Hintergrund kann mit den Klägerinnen (act. G 21, S. 4) nicht mit überwiegender Wahrscheinlichkeit davon ausgegangen werden, dass die vom Beklagten durchgeführten Hormonbehandlungen eine Praxisbesonderheit begründen bzw. die Referenzgruppe Gynäkologie und Geburtshilfe vorliegend nicht aussagekräftig wäre. Ausserdem erscheint der Standpunkt der Klägerinnen plausibel, dass eine allgemeine Beratungspraxis geringere durchschnittliche Fallkosten als eine gynäkologische habe, sodass die Höhe der Fallkosten-Durchschnittswerte des Beklagten bei Annahme einer vermehrten allgemeinen Beratungstätigkeit nicht erklärt wären (act. G 21, S. 4). Der Vollständigkeit halber bleibt zu ergänzen, dass der Beklagte im Jahr 2014 keinen Zuschlag für hausärztliche Leistungen in der Arztpraxis abrechnete (act. G 6.8a, «S. 4/7» oben). Unter der Tarifposition 001.00.0015 dürfen hausärztliche Leistungen abgerechnet werden, wenn dem Patienten am selben Tag keine spezialärztlichen Leistungen durch den gleichen Leistungserbringer verrechnet werden (siehe hierzu, abgerufen am 16. April 2020). Auch die vom Beklagten angeführten, von ihm durchgeführten Akupunkturbehandlungen (etwa act. G 13, S. 8 unten und S. 10 oben) stellen die Vergleichbarkeit mit der Referenzgruppe der Gynäkologie und Geburtshilfe nicht in Frage. Der Anteil dieser Behandlungen machte

im Jahr 2014 gerade einmal knapp ein Prozent aus (act. G 6.8a, S. «4/7»; siehe auch die zutreffenden Ausführungen der Klägerinnen in act. G 21, S. 4 unten). Für das vom Beklagten zu seinen Gunsten behauptete Stadt-Land-Kostengefälle (act. G 13, S. 9) benennt er nebst allgemeinen Mutmassungen (etwa, dass Stadteinwohner viel schneller zum Arzt gehen würden) keine aussagekräftigen objektiven Gründe, weshalb eine Tätigkeit im Bereich der Frauenheilkunde in B.____ angeblich generell kostenintensiver sei, als der Durchschnitt der Referenzgruppe. Wie die Klägerinnen zutreffend ausführen, beruht sein Vorbringen zudem auf einer unrichtigen Interpretation der von ihm in diesem Kontext referenzierten Bundesgerichtsentscheide (act. G 21, S. 5). Ergänzend ist zu bemerken, dass ein Grossteil der gynäkologischen Fachpersonen der Referenzgruppe ausserhalb der Stadt D.____ und damit in nicht - zumindest in nicht ausgeprägt - urbanen Gegenden, sondern bei mit B.____ vergleichbaren Bevölkerungsverhältnissen und vergleichbarem Gemeindecharakter praktiziert (act. G 21.3). Aus dem Portrait der Gemeinde B.____ ergibt sich jedenfalls kein ausgeprägter ländlicher Charakter der Bevölkerung im Sinn der Sichtweise des Beklagten. In B.____ sind denn auch nebst der Praxis des Beklagten weitere gynäkologische Fachpersonen tätig (act. G 21.3). Zum Vergleich: In der Stadt F.____ waren 2014 insgesamt fünf gynäkologische Fachpersonen tätig. Nach der Betrachtungsweise des Beklagten spräche dieser Vergleich vielmehr für eine in B.____ vergleichsweise höhere Inanspruchnahme gynäkologischer Betreuung pro Person. Andere Gesichtspunkte, die nahe legen würden, dass der Beklagte im Vergleich zur Referenzgruppe ein besonderes Patientengut im Jahr 2014 betreute, sind weder dargelegt worden noch ersichtlich. Soweit der Beklagte ins Feld führt, keine Tätigkeiten am Spital zu erbringen (act. G 13, S. 5, und act. G 27, S. 4 ff. sowie S. 6 unten), verkennt er, dass die vorliegend herangezogenen statistischen Ergebnisse ausschliesslich ambulante Fälle erfassen. Auch unter diesem Blickwinkel besteht folglich kein Anlass, den statistischen Ergebnissen der Referenzgruppe Gynäkologie und Geburtshilfe für den vorliegend vorzunehmenden Vergleich die Anwendung zu versagen (siehe auch den Entscheid des Schiedsgerichts KVG vom 12. Juni 2014, KSCHG 2010/2 und KSCHG 2011/1, E. 6.1.3 am Schluss, act. G 6.4). Bezüglich der Vorbringen des Beklagten zu vermiedenen Spitalbehandlungen kann auf die zutreffenden Ausführungen der PVK verwiesen werden. Diese legte schlüssig dar, dass solche nicht ausgewiesen sind (act. G 6.1, III. Rz 2.6). Insgesamt ist damit die Vergleichbarkeit der vom Beklagten im Jahr 2014 ausgeübten Tätigkeit mit derjenigen der Referenzgruppe Gynäkologie und Geburtshilfe zu bejahen. Es besteht kein Bedarf an der vom Beklagten beantragten systematischen Einzelfallprüfung. Bezüglich der Höhe der eingeklagten Forderung ist das Vorhandensein allfälliger kostenwirksamer Praxisbesonderheiten zu prüfen. Nach der zur statistischen Methode des Durchschnittskostenvergleichs entwickelten Rechtsprechung hatte bei der Prüfung der Wirtschaftlichkeit der ambulanten Praxistätigkeit eines Arztes oder einer Ärztin eine Gesamtbetrachtung Platz zu greifen (BGE 133 V 37). Massgebend war der Index aller direkten und veranlassten Kosten pro erkrankter Person. Lag dieser innerhalb des Toleranzbereichs, war das Wirtschaftlichkeitsgebot nicht verletzt. Andernfalls war - in einem zweiten Schritt - zu prüfen, ob der Index der totalen direkten Kosten pro erkrankter Person den Toleranzwert (von in der Regel zwischen 120 und 130 Punkten) übertraf. Nur in diesem Fall bestand eine Rückerstattungspflicht, welche sich zudem lediglich auf die (totalen) direkten Kosten bezog (BGE 137 V 43). Im Weiteren erforderten besondere Praxismerkmale unter Umständen eine Modifizierung der Vergleichsgruppe, weil nur auf diese Weise die notwendige Homogenität (genügende Vergleichbarkeit) erreicht werden konnte. Diese Rechtsprechung gilt grundsätzlich auch bei

Anwendung der ANOVA-Methode (Urteil des Bundesgerichts vom 20. Dezember 2018, 9C_67/2018, E. 12.1 mit Hinweisen). Die Beweislast für das Vorliegen von Praxisbesonderheiten liegt beim Arzt bzw. der Ärztin; sind die behaupteten Praxisbesonderheiten nicht zu beweisen, so schlägt die Beweislosigkeit zu dessen bzw. deren Nachteil aus. Allfällige besondere Praxismerkmale müssen mit dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit darzulegen sein (Urteil des Eidgenössischen Versicherungsgerichts [EVG; seit 1. Januar 2007: sozialrechtliche Abteilungen des Bundesgerichts] vom 4. Dezember 2006, K 83/05, E. 7). Das Schiedsgericht setzte sich im Entscheid vom 12. Juni 2014, KSCHG 2010/2 und KSCHG 2011/1, eingehend mit den Auswirkungen von allfälligen Praxisbesonderheiten auf den Toleranzwert auseinander (act. G 6.4, E. 6.2.2 ff.). Es gelangte zum Schluss, insgesamt erscheine es mit Blick auf die ärztliche Therapiefreiheit und die vergleichsweise niedrigen veranlassten Kosten gerechtfertigt, den Toleranzbereich zugunsten des Beklagten voll auszuschöpfen und auf 130 Indexpunkte festzusetzen (act. G 6.4, E. 6.3.1). Darauf ist zu verweisen. Eine zusätzliche Erhöhung des Toleranzwerts fällt allein schon deshalb ausser Betracht, weil die veranlassten Kosten bei Apotheken im Jahr 2014 (Index Kosten Erkrankte: 581, act. G 6.5, S. 2) - anders als noch in den Jahren 2008 und 2009 - weit über dem Referenzwert liegen und gegen kompensatorische Effekte sprechen. Das Durchschnittsalter der vom Beklagten im Jahr 2014 behandelten Erkrankten (42.4 Jahre; act. G 6.5, S. 1) lag zudem nur geringfügig über dem Durchschnittsalter der von der Referenzgruppe behandelten Erkrankten (42.15 Jahre; act. G 6.5, S. 2). 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). Der «Index Kosten Erkrankte» betrug im Jahr 2014 177, womit unter Abzug des Toleranzbereichs von 130 ein Wert von 47 resultiert. Von den «Gesamtkosten direkte und veranlasste Kosten» von Fr. 209'177.-- ist das Total der veranlassten Kosten von Fr. 24'344.-- abzuziehen (siehe zu den Werten act. G 6.5, S. 2). Dies führt zu einem Betrag von Fr. 184'833.-- und einem Rückforderungsbetrag von gerundet Fr. 49'079.95 (Fr. 184'833.-- / 177 x 47), wie er von den Klägerinnen in der Klage vom 13. Juli 2016 zutreffend ermittelt wurde (act. G 1, S. 3 unten). Den Beklagten trifft keine Verzugszinspflicht (Entscheid des Schiedsgerichts KVG vom 12. Juni 2014, KSCHG 2010/2 und KSCHG 2011/1 E. 6.3.3 mit Hinweis). Die der Honorarrückforderung für das Jahr 2014 zugrundeliegenden Daten wurden am 15. Juli 2015 aufbereitet (act. G 1.1). Die Klage wurde am 13. Juli 2016 erhoben, weshalb die Verwirklichungsfrist gewahrt wurde, was vom Beklagten auch nicht bestritten wird (Art. 25 Abs. 2 des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts [ATSG; SR 830.1]; siehe zum Ganzen das Urteil des Bundesgerichts vom 12. Dezember 2008, 9C_773/2008, E. 7). Zu prüfen bleibt damit der von den Klägerinnen geforderte definitive Ausschluss des Beklagten von der Tätigkeit zulasten der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (act. G 6, Ziff. 1 der Rechtsbegehren). Im Wiederholungsfall von Verletzungen der Anforderungen bezüglich Wirtschaftlichkeit und Qualität der Leistungen fällt als Sanktion der vorübergehende oder definitive Ausschluss von der Tätigkeit zu Lasten der obligatorischen Krankenpflegeversicherung in Betracht (Art. 59 Abs. 1 lit. d KVG). Ein Verstoss gegen gesetzliche Anforderungen nach Abs. 1 bildet u.a. die Nichtbeachtung des

Wirtschaftlichkeitsgebots nach Art. 56 Abs. 1 KVG. Diese Umschreibung ersetzte den Begriff der «Überarztung» (Botschaft des Bundesrates zur Änderung des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung vom 26. Mai 2004, BBl 2004 4315 unten). Die Nichtbeachtung des Wirtschaftlichkeitsgebots verstösst gegen die Gebote der Qualität und Wirtschaftlichkeit. Sie schädigt über die Kostenbeteiligung nicht nur die Patientinnen und Patienten als individuelle Konsumentinnen und Konsumenten, sondern auch als Mitglied der Risikogemeinschaft, indem sie das System der sozialen Krankenversicherung in seiner Gesamtheit beeinflusst (BBl 2004 4315 f.). Mit der seit 1. Januar 2005 in Kraft stehenden Revision von Art. 59 KVG wurden die Sanktionen bei Nichtbeachtung des Wirtschaftlichkeitsgebots verschärft. Hintergrund der Revision bildete u.a., dass Verfahren betreffend die Nichtbeachtung des Wirtschaftlichkeitsgebots meist damit geendet hatten, dass der Leistungserbringer den nach Art. 56 KVG zu viel verrechneten Betrag zurückerstatten musste. «Die kantonalen Schiedsgerichte verzichteten in den meisten Fällen darauf, eine solch radikale Massnahme wie den vorübergehenden oder definitiven Ausschluss von der Tätigkeit zu Lasten der obligatorischen Krankenpflegeversicherung auszusprechen». Um eine solche relative Straffreiheit für «schwarze Schafe» zukünftig zu vermeiden, wurde Art. 59 KVG angepasst (BBl 2004 4315). 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 Pflichtverletzungen ahnden. Es kann aber auch Tatbestände geben, die ohne ein Verschulden der betroffenen Person berechtigten Anlass zu einem Ausschluss geben können. 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. Ein Ausschluss konnte altrechtlich nur bezüglich jener Versicherer geltend, die den Ausschluss klageweise beantragt haben. Anders verhält es sich, wenn - wie vorliegend und vom am 1. Januar 2005 in Kraft getretenen Art. 59 Abs. 2 KVG auch so vorgesehen - ein Verband Antragsteller ist. Praxisgemäss haben die Krankenversicherer den Ausschluss nicht vorgängig anzudrohen (vgl. Eugster, Krankenversicherung, in: Ulrich Meyer [Hrsg.], Soziale Sicherheit, SBVR XIV, 3. Auflage, Basel 2016, Rz 940 mit Hinweisen auf die altrechtliche Rechtsprechung u.a. auf BGE 120 V 481). Im Gegensatz zur altrechtlichen (a)Art. 59 KVG) enthält die seit 1. Januar 2005 in Kraft stehende Regelung keine Beschränkung des Ausschlusses auf die klagenden Krankenversicherer mehr (siehe Art. 59 Abs. 1 lit. d KVG; zur eindeutig mit der Gesetzesrevision einhergehenden grösseren Tragweite des Ausschlusses in Form einer grösseren Anzahl versicherter Personen, die der Leistungserbringer nicht mehr zulasten der obligatorischen Krankenpflegeversicherung behandeln könnte, siehe BBl 2004 4315; zur «unbefriedigenden» altrechtlichen Situation siehe Gebhard Eugster, Rechtsprechung des Bundesgerichts zum KVG, in: Hans-Ulrich Stauffer und Basile Cardineaux, Rechtsprechung des Bundesgerichts zum Sozialversicherungsrecht, 2. Auflage, Zürich 2018, Rz 8 zu Art. 59 KVG). Ein Ausschluss infolge Verletzungen der Anforderungen bezüglich Wirtschaftlichkeit dient denn auch vor allem dem Schutz der Gesamtheit der Versicherten vor ungerechtfertigter mittelbarer Prämienbelastung (vgl. vorstehende E. 6.1 am Schluss). 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 einen Ausschluss von der Tätigkeit für die obligatorische Krankenpflegeversicherung; vgl. Gebhard Eugster, a.a.O., Rz 937). Nachdem der Ausschluss von der Tätigkeit zulasten der

obligatorischen Krankenpflegeversicherung am 13. Juli 2016 und damit innerhalb eines Jahres nach dem Vorliegen der Daten gemäss SASIS-Datenpool vom 15. Juli 2015 (act. G 1.1) beantragt wurde (act. G 1), kann offenbleiben, ob die von einem Teil der Lehre für die Antragstellung geforderten Verwirkungsfristen zu beachten sind (relative Frist von einem Jahr nach Kenntnismahme des Fehlverhaltens; absolute Frist von fünf Jahren nach der beanstandeten Behandlung; Eugster, a.a.O., Rz 943). Denn bejahendenfalls wären die Fristen vorliegend gewahrt. Wie sich aus dem im Entscheid des Schiedsgerichts KVG vom 12. Juni 2014, KSCHG 2010/2 und KSCHG 2011/1, wiedergegebenen Sachverhalt ergibt, waren die vom Beklagten in Rechnung gestellten Behandlungskosten bereits seit der Praxiseröffnung im Jahr 2002 wiederholt deutlich überhöht. Auf diese Kostenverhältnisse wurde er von der santésuisse mehrmals hingewiesen (siehe Sachverhalt lit. A.b und A.c). Für die Jahre 2008 und 2009 wurde der Beklagte schliesslich rechtskräftig zu Honorarrückerstattungen von Fr. 114'287.-- und Fr. 114'726.-- verpflichtet (act. G 6.4). Das von der santésuisse zur Vollstreckung angestrebte Verfahren mündete in einem Verlustschein im Betrag von Fr. 253'172.05 (act. G 6.7). Auch in der Folge änderten sich die Kostenverhältnisse der vom Beklagten betriebenen Praxis nicht entscheidend (siehe für die Jahre 2011 bis 2013 die Auswertungen in act. G 6.5). Für das Jahr 2014 wird im vorliegenden Verfahren ebenfalls eine Überarztung bejaht und der Beklagte zu einer Honorarrückerstattung von Fr. 49'079.95 verpflichtet (siehe vorstehende E. 5.6). Diese Umstände und das übrige Verhalten des Beklagten, wie es namentlich in den Ausführungen im vorliegenden Klageverfahren zum Ausdruck kommt, lassen jegliche Einsicht in sein Fehlverhalten (jahrelange Nichteinhaltung der Anforderungen bezüglich Wirtschaftlichkeit) vermissen. Hinzu kommt die schlechte wirtschaftliche Situation des Beklagten (siehe zum Verlustschein im Betrag von Fr. 253'172.05 act. G 6.7). Die Klägerinnen bringen zudem zutreffend vor, dass ein Ausschluss noch die einzige für den Beklagten spürbare Sanktion sei. Der Verlustschein zeige, dass er weiterhin unwirtschaftlich praktizieren könne, ohne finanzielle Konsequenzen zu befürchten (act. G 6, III. Rz 4). Diesbezüglich kommt hinzu, dass die vom Beklagten erzielten Behandlungserträge gerade zulasten der Gläubiger der Honorarrückerstattungsforderungen (der Klägerinnen in den Verfahren KSCHG 2016/4, KSCHG 2010/2 und KSCHG 2011/1) abgerechnet würden, was für den Beklagten noch einen zusätzlichen Anreiz für die Maximierung seiner Erträge schafft. Vor diesem Hintergrund ist ein Ausschluss geboten und verhältnismässig, nachdem die bisherigen getroffenen Massnahmen (wiederholte Beanstandungen und rechtskräftige Honorarrückerstattungen) keine Wirkung zeigten. Bezüglich der Dauer des Ausschlusses ist zugunsten des Beklagten dessen fortgeschrittenes Alter bzw. die damit verbundene, zu vermutende relativ kurze Restdauer seiner Erwerbstätigkeit zu beachten. Der Beklagte ist dadurch erhöht sanktionsempfindlich, weshalb insgesamt kein definitiver, sondern ein auf drei Jahren befristeter Ausschluss von der Tätigkeit zulasten der obligatorischen Krankenpflegeversicherung verhältnismässig erscheint. Das von den Klägerinnen zugunsten des Beklagten und seiner Patientinnen und Patienten vorgeschlagene Vorgehen, den Ausschluss unter Beachtung einer Vorlaufzeit von drei Monaten anzuordnen, erscheint angemessen. Demnach ist der Beginn des dreijährigen Ausschlusses auf den ersten Tag des vierten Monats nach Eintritt der Rechtskraft dieses Entscheids festzulegen. Nach dem Gesagten ist die Klage betreffend Honorarrückerstattung für das Jahr 2014 gutzuheissen. Der Beklagte hat den Klägerinnen infolge Überarztung für das Jahr 2014 den Betrag von Fr. 49'079.95 zurückzubezahlen. Die Klage betreffend den Ausschluss des Beklagten wird insoweit gutgeheissen, als dieser für drei Jahre von der Tätigkeit zulasten der

obligatorischen Krankenpflegeversicherung im Sinn der Erwägungen auszuschliessen ist. 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. 2'500.-- als gerechtfertigt. Es ist trotz der Anordnung eines lediglich befristeten Ausschlusses von einem überwiegenden Obsiegen der Klägerinnen auszugehen, zumal dieser mit Blick auf das Alter des Beklagten einen stark überwiegenden Teil der noch zu erwartenden Dauer der beruflichen Tätigkeit ausmachen wird. Die Gerichtsgebühr ist daher vollumfänglich dem Beklagten aufzuerlegen. Der von den Klägerinnen geleistete Kostenvorschuss (act. G 8) von Fr. 1'000.-- ist ihnen zurückzuerstatten. Nach 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 der Honorarordnung (HonO; sGS 963.75) pauschal Fr. 1'500.-- bis Fr. 15'000.--. 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 beurteilende Klage 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. Entscheid im Zirkulationsverfahren nach Art. 39 VRP In Gutheissung der Klage betreffend Honorarrückerstattung für das Jahr 2014 wird der Beklagte verpflichtet, den Klägerinnen infolge Überarztung für das Jahr 2014 den Betrag von Fr. 49'079.95 zurückzuerstatten. Die Klage betreffend Ausschluss wird insoweit gutgeheissen, als der Beklagte für drei Jahre von der Tätigkeit zulasten der obligatorischen Krankenpflegeversicherung im Sinn der Erwägungen ausgeschlossen wird. Der Beklagte hat die Gerichtsgebühr von Fr. 2'500.-- zu bezahlen. Der von den Klägerinnen geleistete Kostenvorschuss von Fr. 1'000.-- wird ihnen zurückerstattet. 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.