

SG_VERSICHERUNGSGERICHT KSCHG 2018/4 vom 20. Juli 2023

Sg Versicherungsgericht, 2023-07-20, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/sg_publicationen_KSCHG_2018_4

FR: SG_VERSICHERUNGSGERICHT KSCHG 2018/4 du 20 juillet 2023

IT: SG_VERSICHERUNGSGERICHT KSCHG 2018/4 del 20 luglio 2023

Regeste

Art. 56 und Art. 59 KVG. Verletzung der Anforderungen bezüglich Wirtschaftlichkeit bejaht. Die gewählte Referenzgruppe Otorhinolaryngologie (ORL) gewährleistet eine hinreichende Vergleichbarkeit mit dem Beklagten. Praxisbesonderheiten, die eine Erweiterung des Toleranzbereichs über 120 (Jahr 2017 und 2018) respektive 130 (Jahr 2016) rechtfertigen, sind nicht ausgewiesen (Entscheid des Versicherungsgerichts des Kantons St. Gallen vom 20. Juli 2023, KSCHG 2018/4, 2019/3, 2020/3).

Volltext

Entscheid vom 20. Juli 2023 Besetzung Versicherungsrichter Michael Rutz (Vorsitz), Schiedsrichterinnen Jacqueline Moser, Nadine Cloé Niederhauser und Traudi Reimann-Forstner, Schiedsrichter Jakob Rizzi; Gerichtsschreiberin Karin Kobelt
Geschäftsnr. KSCHG 2018/4, 2019/3 und 2020/3 Parteien CSS Kranken-Versicherung AG (inkl. INTRAS Krankenversicherungs AG, Arcosana AG und Sanagate AG), Tribschenstrasse 21, Postfach 2568, 6002 Luzern Aquilana Versicherungen Bruggerstrasse 46, 5401 Baden SUPRA - 1846 SA (nur KSCHG 2019/3) Av. de la Rasude 8, 1006 Lausanne CONCORDIA Schweiz. Kranken- und Unfallversicherung AG Bundesplatz 15, 6002 Luzern Atupri Gesundheitsversicherung AG Zieglerstrasse 29, 3000 Bern 65 Avenir Krankenversicherung AG Rue des Cèdres 5, 1919 Martigny KPT Krankenkasse AG Wankdorffallee 3, Postfach 8624 3001 Bern ÖKK Kranken- und Unfallversicherungen AG Bahnhofstrasse 13, 7302 Landquart Vivao Sympany AG Peter Merian-Weg 4, 4002 Basel Kolping Krankenkasse AG (nur KSCHG 2018/4 und 2020/3) c/o Sympany Services AG, Peter Merian-Weg 4, 4052 Basel Easy Sana Krankenversicherung AG Rue des Cèdres 5, 1919 Martigny KluG Krankenversicherung (nur KSCHG 2019/3) Gubelstrasse 22, 6300 Zug EGK Grundversicherungen AG Birspark 1, 4242 Laufen Genossenschaft KRANKENKASSE SLKK (nur KSCHG 2018/4 und 2019/3) Hofwiesenstrasse 370, Postfach 5652, 8050 Zürich vita surselva (nur KSCHG 2018/4 und 2019/3) Bahnhofstrasse 33, Postfach 217, 7130 Ilanz SWICA Krankenversicherung AG Römerstrasse 38, 8401 Winterthur Galenos AG (KSCHG 2019/3) Militärstrasse 36, Postfach, 8021 Zürich rhenusana Widnauerstrasse 6, Postfach, 9435 Heerbrugg Mutuel Krankenversicherung AG (nur KSCHG 2019/3 und 2020/3) Rue des Cèdres 5, 1919 Martigny Sanitas Grundversicherungen AG (inkl. Wincare Versicherungen AG und Compact Grundversicherungen AG) Jänergasse 3, Postfach 2010, 8021 Zürich Philos Krankenversicherung AG 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 AG Helsana Versicherungen AG (inkl. avanex Versicherungen AG, Progrès Versicherungen AG und sansan Versicherungen

AG) , Postfach, 8081 Zürich sana24 AG Weltpoststrasse 19/21, Postfach 253, 3000 Bern 15 vivacare AG Weltpoststrasse 19/21, Postfach 253, 3000 Bern 15 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 Patrick Sieber, M.A. HSG in Law, Waisenhausstrasse 14, 9000 St. Gallen, Gegenstand Honorarrückerstattung 2016, Honorarrückerstattung 2017, Honorarrückerstattung 2018 Sachverhalt Dr. med. A.____, Facharzt für Oto-Rhino-Laryngologie (ORL) mit der weiteren Qualifikation Hals- und Gesichtschirurgie, betrieb seit 1988 eine Arztpraxis in B.____. Gemäss unbestritten gebliebener Darstellung der santésuisse seien seine Fallkosten spätestens seit dem Statistikjahr 1994 auffällig gewesen. Neben einer schriftlichen Kommunikation zwischen der santésuisse und Dr. A.____ hätten auch mehrmals persönliche Gespräche stattgefunden. Betreffend das Statistikjahr 1994 habe Dr. A.____ eine Rückzahlung wegen zu hoher Medikamentenkosten, betreffend die Jahre 2011 und 2012 eine weitere wegen Abrechnung von Tarifpositionen ohne die erforderliche Dignität geleistet (vgl. Sachverhalt A.a im Entscheid des Schiedsgerichts vom 6. Mai 2021, KSCHG 2016/3, betreffend Honorarrückerstattung 2014 und 2015). Am 21. Januar 2013 (Datum Tagebucheintrag) gründete seine Ehefrau die C.____ GmbH mit Sitz in K.____ (nachfolgend: C.____). Dr. A.____ fungierte als deren Direktor (später als Geschäftsführer) mit Einzelunterschrift. Die Gesellschaft übernahm nach der Gründung das Inventar seiner Arztpraxis (siehe zum Ganzen den Internet-Auszug aus dem kantonalen Handelsregister, abgerufen am 22. März 2023). Santésuisse erhob am 13. Juli 2016 in Vertretung von 33 Krankenversicherungen Klage gegen Dr. A.____ und beantragte Honorarrückerstattung für das Jahr 2014 (vgl. act. G1 in KSCHG 2016/3). Am 13. September 2016 sistierte der Präsident des Schiedsgerichts das Klageverfahren bis zum Abschluss des Verfahrens vor der Überkantonalen Paritätischen Vertrauenskommission (PVK; act. G4 in KSCHG 2016/3). Am 24. November 2017 reichten die Klägerinnen im Verfahren KSCHG 2016/3 zusätzlich eine Klage bezüglich Honorarrückerstattung betreffend das Jahr 2015 ein (act. G5 in KSCHG 2016/3). Am 9. Juli 2018 (Postaufgabe: 13. Juli 2018) erhob santésuisse in Vertretung von 29 Krankenversicherungen Klage gegen Dr. A.____ und beantragte: 1. Der Beklagte sei für das Jahr 2016 gemäss Varianzanalyse (ANOVA) zur Rückzahlung von Fr. 211'208.-- an die Klägerinnen zu verpflichten. 2. Eventualiter sei der Beklagte für das Jahr 2016 gemäss Rechnungssteller-Statistik (RSS) zur Rückzahlung von Fr. 179'152.-- an die Klägerinnen zu verpflichten. 3. Es sei davon Vormerk zu nehmen, dass sich die Klägerinnen das Recht vorbehalten, den Rückforderungsbetrag nach Abschluss des Beweisverfahrens anzupassen. 4. Unter Kosten- und Entschädigungsfolge zulasten des Beklagten. In verfahrensrechtlicher Hinsicht wurde die Sistierung des vorliegenden Verfahrens bis zum Abschluss des Schlichtungsverfahrens vor der PVK beantragt. Bei Wiederaufnahme des Klageverfahrens vor Schiedsgericht sei, sofern gesetzlich bzw. sachlich notwendig, ein Vermittlungsverfahren durchzuführen (act. G1 in KSCHG 2018/4). Das Schiedsgericht hob am 2. August 2018 die Sistierung des Verfahrens KSCHG 2016/3 auf (act. G10 in KSCHG 2016/3). Nachdem der Beklagte resp. dessen damaliger Rechtsvertreter Rechtsanwalt P. Sieber, M.A. HSG in Law, St. Gallen, zur Sistierung im Verfahren KSCHG 2018/4 keine Stellung genommen hatte, sistierte der Präsident des Schiedsgerichts das Klageverfahren am 17. September 2018 bis zum Abschluss des Verfahrens vor der PVK (act. G4 in KSCHG 2018/4). Rechtsanwalt lic. iur. K. Gemperli,

St. Gallen, erhob am 15. Juli 2019 in Vertretung von 32 Krankenversicherungen, diese vertreten durch santésuisse, Klage gegen Dr. A. ___ für das Statistikjahr 2017 und beantragte unter Kosten- und Entschädigungsfolge zu Lasten des Beklagten, dieser sei zu verpflichten, den Klägerinnen jene Beträge zurückzuerstatten, die er gemäss der RSS 2017 beziehungsweise dem Regressions-Index (Wirtschaftlichkeitsprüfungen - Statistikjahr 2017) in diesem Jahr wegen unwirtschaftlicher oder allenfalls nicht gesetzlicher Behandlungsweise zu Unrecht vereinnahmt habe. Auch wurde beantragt, das Verfahren bis zum Abschluss des Schlichtungsverfahrens vor der PVK betreffend das Statistikjahr 2016 zu sistieren (act. G1 im Verfahren KSCHG 2019/3). Nachdem der Beklagte zur Sistierung im Verfahren KSCHG 2019/3 keine Stellung genommen hatte, sistierte der Präsident des Schiedsgerichts das Klageverfahren am 16. September 2019 bis zum Abschluss des Verfahrens vor der PVK (act. G4 in KSCHG 2019/3). Am 7. Juli 2020 erhob Rechtsanwalt Gemperli in Vertretung von 28 Krankenversicherungen, diese vertreten durch santésuisse, Klage gegen Dr. A. ___ und beantragte: 1. Der Beklagte sei für das Jahr 2018 zur Rückzahlung von Fr. 146'544.-- an die Klägerinnen zu verpflichten. 2. Es sei davon Vormerk zu nehmen, dass sich die Klägerinnen vorbehalten, den Rückforderungsbetrag nach Abschluss des Beweisverfahrens anzupassen. 3. Unter Kosten- und Entschädigungsfolge zu Lasten des Beklagten. Auch wurde beantragt, das Verfahren bis zum Abschluss des Schlichtungsverfahrens vor der PVK betreffend die Statistikjahre 2016 und 2017 zu sistieren (act. G1 im Verfahren KSCHG 2020/3). Nachdem der Beklagte zur Sistierung im Verfahren KSCHG 2020/3 keine Stellung genommen hatte, sistierte der Präsident des Schiedsgerichts das Klageverfahren am 7. Oktober 2020 bis zum Abschluss des Verfahrens vor der PVK (act. G4 in KSCHG 2020/3). Mit unangefochten gebliebenem Entscheid vom 6. Mai 2021 hiess das Schiedsgericht im Verfahren KSCHG 2016/3 die Klage der Krankenversicherer betreffend Honorarrückerstattung 2014 und 2015 gut. Es verpflichtete den Beklagten für das Jahr 2014 den Klägerinnen infolge Überarztung den Betrag von Fr. 355'232.-- und für das Jahr 2015 den Betrag von Fr. 286'111.-- zurückzuerstatten. Am 5. Oktober 2021 ersuchte santésuisse, nunmehr in allen Verfahren vertreten durch Rechtsanwalt Gemperli, das Schiedsgericht, die Sistierungen der drei Verfahren betreffend die Statistikjahre 2016 bis 2018 aufzuheben. Er wies unter Einreichung einer Abschreibungsverfügung der PVK vom 2. September 2021 aus, dass die Parteien bezüglich dieser drei Verfahren einvernehmlich auf das Schlichtungsverfahren vor der PVK verzichtet hätten (act. G5 und 5.1 in allen drei Verfahren). Am 11. Oktober 2021 hob der Präsident des Schiedsgerichts die Sistierung der Verfahren KSCHG 2018/4, 2019/3 und 2020/3 auf. Gleichzeitig vereinigte er die drei Verfahren (act. G6 in allen drei Verfahren). Am 2. November 2021 ersuchte Rechtsanwalt Sieber für den Beklagten um unentgeltliche Rechtspflege und Rechtsverbeiständung ab dem 12. Oktober 2021 (act. G7 in allen drei Verfahren). In der Klageantwort vom 10. Januar 2022 beantragte der Beklagte die vollumfängliche Abweisung der Klagen, sofern darauf einzutreten sei; unter Kosten- und Entschädigungsfolge (act. G12 in allen drei Verfahren). Die Klägerinnen hielten in der Replik vom 1. Februar 2022 unverändert an den Rechtsbegehren gemäss Klagen fest (act. G15 in allen drei Verfahren). Am 10. Februar 2022 wurde dem Gesuch des Beklagten um Bewilligung der unentgeltlichen Rechtsverbeiständung durch Rechtsanwalt Sieber entsprochen (act. G16 in allen drei Verfahren). Der Beklagte verzichtete auf die Einreichung einer Duplik (vgl. act. G18 in allen drei Verfahren). Der Vizepräsident des Schiedsgerichts gab den Parteien am 26. September 2022 Gelegenheit, eigene Wahlvorschläge für Schiedsrichterinnen und Schiedsrichter zu unterbreiten. Gleichzeitig

teilte er ihnen mit, dass alle Personen, welche bereits im Verfahren KSCHG 2016/3 als Mitglieder des Schiedsgerichts gewirkt hätten, bereit seien, in den drei Verfahren als Schiedsrichterrinnen und Schiedsrichter zur Verfügung zu stehen (für die Krankenversicherungen: lic. iur. J. Moser, Flims Waldhaus, und lic. iur. T. Reimann-Forstner, Brugg; für die Ärztinnen und Ärzte: Dr. med. N. C. Niederhauser, St. Gallen und Dr. med. J. Rizzi, Rapperswil-Jona; act. G20 in allen drei Verfahren). Die Klägerinnen liessen am 28. September 2022 mitteilen, dass sie die genannten Personen zur Wahl in das Schiedsgericht empfehlen (act. G21 in allen drei Verfahren). Da der Beklagte sich innert Frist nicht vernehmen liess, gewährte ihm der Vizepräsident des Schiedsgerichts am 24. Oktober 2022 Frist bis 3. November 2022, um dem Schiedsgericht Wahlvorschläge zu unterbreiten. Ohne Gegenbericht werde davon ausgegangen, dass er die vier im Schreiben vom 26. September 2022 aufgeführten Personen zur Wahl empfehle (act. G22 in allen drei Verfahren). Am 3. November 2022 teilte Rechtsanwalt MLaw W. Hartmann, St. Gallen, telefonisch (act. G23 in allen drei Verfahren) und am 25. November 2022 schriftlich (act. G24 in allen drei Verfahren) mit, dass er die Rechtsvertretung des Beklagten bürointern von Rechtsanwalt Sieber übernommen habe. Sodann erklärte er, die vom Vizepräsidenten im Schreiben vom 26. September 2022 genannten Personen zur Wahl ins Schiedsgericht zu empfehlen. Auf entsprechendes Gesuch hin wurde die am 22. Februar 2022 in allen drei Verfahren bewilligte unentgeltliche Rechtsverteidigung des Beklagten am 30. November 2022 auf Rechtsanwalt Hartmann übertragen (act. G25 in allen drei Verfahren). Auf Ersuchen des Vizepräsidenten des Schiedsgerichts (act. G27 in allen drei Verfahren) wählte die Präsidentin des Versicherungsgerichts am 30. November 2022 gemäss Vorschlag der Verfahrensparteien Dr. Rizzi, Dr. Niederhauser, lic. iur. Moser und lic. iur. Reimann Forstner als Fachrichterrinnen oder Fachrichter für die Tätigkeit als gesetzliches Schiedsgericht in den Verfahren KSCHG 2018/4, 2019/3 und 2020/3 (act. G27.1 in allen drei Verfahren). Am 15. Dezember 2022 gingen dem Gericht die Kostennote von Rechtsanwalt Sieber vom 14. Dezember 2022 (act. G30 und 30.1 in allen drei Verfahren) und eine Eingabe von Rechtsanwalt Hartmann (act. G31 in allen drei Verfahren) inkl. dessen Honorarnote vom 14. Dezember 2022 (act. G31.1 in allen drei Verfahren) zu. Diese Eingaben wurden den Klägerinnen am 16. Dezember 2022 zur Kenntnis gebracht (act. G32 in allen drei Verfahren). Mit Schreiben vom 10. Januar 2023 ersuchte Rechtsanwalt Gemperli unter Kosten- und Entschädigungsfolge darum, die Eingabe des Beklagten vom 9. Dezember 2022 aus dem Recht zu weisen, eventuell der Klägerschaft Frist zur Ausübung des rechtlichen Gehörs anzusetzen (act. G33 in allen drei Verfahren). Mit Schreiben vom 11. Januar 2023 teilte das Gericht Rechtsanwalt Gemperli mit, dass es nicht vorsehe, die Eingabe von Rechtsanwalt Hartmann vom 9. Dezember 2022 aus dem Recht zu weisen, und gewährte ihm [Rechtsanwalt Gemperli] eine Frist zur Stellungnahme (act. G34 in allen drei Verfahren). Mit Eingabe vom 17. März 2023 äusserte er sich zur gegnerischen Eingabe vom 9. Dezember 2022 (act. G39 in allen drei Verfahren). Diese wurde Rechtsanwalt Hartmann am 20. März 2023 zur Kenntnis gebracht (act. G40 in allen drei Verfahren). Erwägungen Zwischen den Parteien ist eine Verletzung der Anforderungen bezüglich Wirtschaftlichkeit ärztlicher Leistungserbringung und deren Sanktionierung in Form einer Honorarrückerstattung für die Jahre 2016 bis 2018 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 betrieb seine Praxis im Kanton St. Gallen, weshalb das Schiedsgericht des Kantons St. Gallen für die Beurteilung der 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 (vgl. Urteil des Eidgenössischen Versicherungsgerichts vom 9. Oktober 2006, K 6/06, [nicht in BGE 133 V 37 publizierte] E. 3.3 mit Hinweis auf BGE 127 V 286 E. 5d). Art. 17 der Statuten der santésuisse (in der seit 11. Dezember 2015 gültigen Fassung; , abgerufen am 22. März 2023) enthält eine Prozessvollmacht , 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, wurde die Einreichung der Vertretungsvollmachten offeriert (vgl. act. G1, I Rz. 2 in KSCHAG 2018/4, act. G1, III Rz. 3 in KSCHG 2019/3 und 2020/3). Laut Art. 26 des Anwaltsgesetzes (AnwG; sGS 963.70) gilt der Rechtsanwalt als Inhaber einer Vertretungsvollmacht dessen, für den er handelt. Die verfahrensleitende Behörde kann die Vollmacht verlangen. Da der Beklagte keine diesbezüglichen Zweifel äusserte und auch beim Schiedsgericht keine solchen vorhanden waren, wurde auf die Einholung dieser Vollmachten verzichtet. Anzufügen bleibt, dass bei Namensänderungen und Fusionen der Krankenversicherer die Ansprüche der rückforderungsberechtigten Versicherungsträger nicht einfach unter- sondern auf ihre Rechtsnachfolger übergehen. Im Rahmen der zulässigen und von Amtes wegen vorzunehmenden Berichtigung der Parteibezeichnung ist das Rubrum entsprechend anzupassen (vgl. Urteil des Bundesgerichts vom 12. März 2007, K 30/05, E. 6.2). Der Beklagte bestreitet - wie bereits im Verfahren KSCHG 2016/3 - dass er hinsichtlich der von den Klägerinnen geltend gemachten Honorarrückforderungen für die Jahre 2016 bis 2018 passivlegitimiert sei. Die in Rechnung gestellten Leistungen in den fraglichen Abrechnungszeiträumen seien jeweils an die C.____ geleistet worden. Er sei als Leistungserbringer gar nie bereichert worden, weswegen er die falsche Person sei, um den rechtmässigen Zustand wiederherzustellen. Es sei nicht ersichtlich, wieso die Klägerinnen

nicht eine Honorarrückerstattungsklage gegen die C.____ führen konnten (act. G12, II. Rz 4 f. in allen drei Verfahren). Wie das Schiedsgericht bereits im den Beklagten betreffenden Urteil KSCHG 2016/3 vom 6. Mai 2021 in E. 2.1 ausführte, knüpfen die gesetzlichen Bestimmungen sowohl für die Zulassungsvoraussetzungen (Art. 35 ff. KVG) als auch für die Rechnungsstellung und Tarifierung (Art. 42 ff. KVG) sowie die Wirtschaftlichkeitskontrolle und Qualitätssicherung (Art. 56 ff. KVG) an den Begriff des Leistungserbringers an. Um die ihr zugedachte Funktion wahrnehmen zu können, muss daher auch die Zahlstellenregister-Nummer (ZSR-Nummer) dem Leistungserbringer als solchem zugeteilt werden (BGE 135 V 242 E. 4.1). Die rückerstattungspflichtige Person ist damit mit dem Inhaber der ZSR-Nummer, über welche die Leistungen abgerechnet wurden, identisch. Soweit der Beklagte geltend macht, dass sich aus dem genannten Urteil des Bundesgerichts ergebe, dass sich die ZSR-Nummer nicht dazu eigne, zu beweisen, dass der Beklagte und nicht die C.____ Leistungserbringer gewesen sei (vgl. beklagtisches Vorbringen in act. G31 in allen drei Verfahren), ist dies nicht nachvollziehbar. Vielmehr ist es laut Bundesgericht Sache der beteiligten Ärzte, ihre Praxisorganisation und deren Rechtsform festzulegen. Üben die einzelnen Ärzte ihre Tätigkeit als Arbeitnehmer der juristischen Person aus, so sind Leistungserbringer nicht die Ärzte, sondern die juristische Person. Denkbar ist aber auch eine Praxisorganisation, in welcher die juristische Person nur die Infrastruktur oder gewisse andere Dienstleistungen für mehrere Ärzte zur Verfügung stellt, diese aber ihre Tätigkeit als Einzelunternehmer ausüben und bloss die Dienstleistungen von der Gesellschaft beziehen. In einem solchen Fall sind weiterhin die einzelnen Ärzte als Leistungserbringer zu betrachten. Wenn eine Aktiengesellschaft das Gesuch um eine eigene gemeinsame ZSR-Nummer stelle, sei davon auszugehen, dass sie selber als Leistungserbringerin auftreten wolle. Demnach habe sie Anspruch auf Zuteilung einer gemeinsamen Nummer (vgl. BGE 135 V 244 E. 4.4). Aus diesen Ausführungen lässt sich schliessen, dass es die Entscheidung der C.____ und des Beklagten war, je eine eigene ZSR-Nummer zu beantragen (für den Beklagten M321817, act. G1.6 und 1.7; für die C.____ N187317, act. G27.3 in KSCHG 2016/3; vgl. auch die unter www.sasis.ch abrufbaren Informationen) und folglich als zwei verschiedene Leistungserbringer aufzutreten. Hätten sie die C.____ als juristische Person als Leistungserbringerin und Verantwortliche für die Einhaltung des Wirtschaftlichkeitsgebots festlegen wollen, hätten sie lediglich für die C.____ eine ZSR-Nummer beantragen sollen. In diesem Zusammenhang sei auch auf die Urteile des Bundesgerichts vom 15. Januar 2015, 9C_535/2014, E. 6.1, und vom 24. November 2022, 9C_420/2022, E. 5.3, verwiesen, in welchen der Leistungserbringer über die jeweilige ZSR-Nummer ermittelt wurde (vgl. hierzu auch das klägerische Vorbringen in act. G39 in allen drei Verfahren). Vorliegend ist - wie bereits im Verfahren KSCHG 2016/3 - gerade von Bedeutung, dass der Beklagte und die C.____ je eine eigene ZSR-Nummer besitzen. Die von den Klägerinnen geltend gemachten Rückforderungen für die Jahre 2016 bis 2018 betreffen ausschliesslich diejenigen Kosten, welche über die ZSR-Nummer M321817 abgerechnet wurden und bei denen folglich der Beklagte als eigenständiger Leistungserbringer gegenüber den Klägerinnen abrechnete (siehe für das Jahr 2016 act. G1.3 in KSCHG 2018/4, für das Jahr 2017 act. G1.3 f. und 1.10 f. in KSCHG 2019/3 und für das Jahr 2018 act. G1.3 f. in KSCHG 2020/3). Damit ist der Beklagte und nicht die C.____ betreffend die Rückforderungen aus den über die ZSR-Nummer M321817 abgerechneten Kosten passivlegitimiert. Allfällige zwischen dem Beklagten und der von Familienangehörigen beherrschten C.____ vereinbarten davon abweichenden Ertragsaufteilungen (vgl. Vorbringen in der Klageantwort, act. G12, II Rz. 5, in allen drei

Verfahren) sind deshalb nach wie vor (vgl. KSCHG 2016/3 E. 2.2) nicht geeignet, seine Stellung als den Anforderungen von Art. 56 KVG verpflichteter Leistungserbringer zu beseitigen. Zu prüfen ist nachfolgend, ob der Beklagte in den Jahren 2016 bis 2018 Behandlungskosten in einem Umfang verursachte, die nicht mehr mit dem Wirtschaftlichkeitsgebot im Einklang stehen. 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 Heilanzeigen 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). Gemäss Art. 59 Abs. 1 KVG, werden gegen Leistungserbringer, welche gegen die im Gesetz vorgesehenen Wirtschaftlichkeits- und Qualitätsanforderungen (Art. 56 und 58) oder gegen vertragliche Abmachungen verstossen, Sanktionen ergriffen, welche unter anderem die gänzliche oder teilweise Rückerstattung der Honorare, welche für nicht angemessene Leistungen bezogen wurden (lit. b), umfassen. Obwohl die Rückerstattung der Honorare (Art. 59 Abs. 1 lit. b KVG) unter dem Begriff der Sanktionen (Art. 59 Abs. 1 Satz 1 KVG) steht, wird gemäss der Rechtsprechung kein Verschulden des Leistungserbringers vorausgesetzt (BGE 141 V 25 E. 8.4). Nach 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 (vgl. act. G1.6 in KSCHG 2018/4) 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 ANOVA festgelegt (Ziff. 1 des Vertrags [act. G1.6 in KSCHG 2018/4]; 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) fest. In Ziff. 2 des genannten Vertrages vereinbarten die Vertragsparteien damals, dass das Varianzanalysemodell mit demographischen, erklärenden Variablen künftig von Leistungserbringern und Versicherern gemeinsam weiterentwickelt und unter anderem durch Morbiditätsvariablen ergänzt werden soll. Diese Weiterentwicklung wurde durch die Vereinbarung und Implementierung der zweistufigen Regressionsanalyse (auch: Screening-Methode) verwirklicht (vgl. den Vertrag betreffend die Screening-Methode im Rahmen der Kontrolle der Wirtschaftlichkeit gemäss Art. 56 Abs. 6 KVG vom 10. Juli 2018 bzw. 15./23. August 2018 [Version vom 20. März 2018] in act. G1.8 in KSCHG 2020/3). Die RSS bildet die Datenbasis sowohl für die Methode des Durchschnittskostenvergleichs (DKV) als auch des Varianzanalysenmodells (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. Vergleichsgruppe bilden die Ärzte und

Ärztinnen einer Facharztgruppe (gemäss Einteilung der FMH) in der Schweiz. Im Unterschied zum Durchschnittskostenvergleich werden bei der ANOVA-Methode 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 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 Erkrankten; vgl. das Urteil des Bundesgerichts vom 12. April 2019, 9C_558/2018 und 9C_559/2018, E. 7.1 mit Hinweis). 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). Die neue statistische Regressionsanalyse (oder Screening-Methode), welche ab dem Statistikjahr 2017 zur Anwendung kommt (vgl. den Vertrag betreffend die Screening-Methode im Rahmen der Kontrolle der Wirtschaftlichkeit gemäss Art. 56 Abs. 6 KVG vom 10. Juli 2018 beziehungsweise 15./23. August 2018 [Version vom 20. März 2018; act. G1.8 in KSCHG 2020/3]), soll Leistungserbringer mit statistisch auffällig hohen Kosten noch spezifischer identifizieren, denn die Screening-Methode berücksichtigt im Vergleich zur bisherigen ANOVA-Methode zusätzliche Morbiditätsvariablen. Bei diesen handelt es sich insbesondere um Wahlfranchise, Aufenthalt in einem Spital oder Pflegeheim im Vorjahr und pharmazeutische Kostengruppen. Mit diesen Variablen wird versucht, den durch Praxisbesonderheiten erklärbaren Anteil der Kosten zu berücksichtigen. Es ist die Aufgabe der nachgelagerten Prüfung, zwischen berechtigten Kosten (z.B. medizinisch indizierte Therapiewahl) und unwirtschaftlichem Verhalten zu unterscheiden. Schliesslich wird im Modell der Regressionsanalyse ein Unsicherheitsindikator berechnet. Dieser bildet die Streuung in den Kostendaten ab und kann folgendermassen interpretiert werden: Weicht ein Arzt bei all seinen Patientengruppen in ähnlichem Umfang von den durch das Modell vorhergesagten Kosten ab, ist der Unsicherheitsfaktor gering. Weichen hingegen beispielsweise die Kosten einiger Patientengruppen sehr stark positiv ab, andere jedoch kaum oder stark negativ, ist der Unsicherheitsfaktor gross. Der Unsicherheitsindikator berücksichtigt also den Umstand, dass die Kosten eines Arztes zwischen den Patientengruppen deutlich streuen können. Dies ist zum Beispiel dann der Fall, wenn einzelne Patienten im Kollektiv sehr hohe Kosten verursachen. In kleinen Arztpraxen mit einer geringen Anzahl Patienten können solche Fälle die Durchschnittskosten beeinflussen. Der Unsicherheitsindikator liefert im Rahmen der Analyse wertvolle Hinweise, wie robust die Ergebnisse sind (vgl. den Artikel «Neue Screening-Methode im Rahmen der Wirtschaftlichkeitskontrolle» in der Schweizerischen Ärztezeitung, 2018; 99[41], S. 1390-1391 in act. G1.9 in KSCHG 2020/3). Gemäss Schilderungen der *santésuisse* in der Klage vom 7. Juli 2020 erfolgt das zweistufige Verfahren der Regressionsanalyse zusammengefasst wie folgt: Die erste Stufe der Regressionsanalyse habe zum Ziel, den nicht durch die Morbiditätskriterien erklärbaren Teil der totalen Kosten pro Erkrankten im Vergleich zu den Durchschnittskosten eines Arztes aus derselben Facharztgruppe in der Schweiz zu quantifizieren. Auf einer zweiten Stufe werde das Residuum nicht erklärbarer Arztkosten pro Erkrankten um zwei weitere Kriterien korrigiert. Dies seien einerseits der Praxisstandort-Kanton, welcher bereits unter der ANOVA-Methode berücksichtigt worden sei, und andererseits fachspezifische Kriterien der Ärztespezialität. Mit letzteren werde

gemäss der Regressions-Methode der Tatsache Rechnung getragen, dass bestimmte Facharztgruppen komplexere und somit typischerweise teurere Leistungen erbrächten als andere. Es handle sich um Faktoren, die pro Arzt konstant seien und damit innerhalb des Patientenkollektivs nicht variierten. Nach erfolgter Korrektur verbleibe der potentiell unwirtschaftliche Teil der Kosten pro Erkrankten des Arztes. Im Zusammenhang mit diesem zweistufigen Verfahren werde der sogenannte Regressionsindex berechnet. Dieser zeige an, um wie viele Prozentpunkte die Kosten pro Erkrankten eines Arztes über oder unter den Durchschnittskosten der Vergleichsgruppe lägen. Ärzte, die den mittleren Indexwert von 100 Punkten deutlich überschritten, gälten als statistisch auffällig. Für sämtliche Kostenarten (totale Kosten, direkte Arztkosten, direkte sowie veranlasste Medikamenten-, Labor- und MiGeL-Kosten sowie veranlasste Physiotherapiekosten) erfolge eine eigene Regressionsanalyse mit separat ausgewiesenen Indizes. Für die Beurteilung der (Un-)Wirtschaftlichkeit massgebend sei der Index totale Kosten. Vor dem Hintergrund der optimierten Spezifität der Methode rechtfertige es sich, die Obergrenze des Toleranzbereichs zu reduzieren und neu auf maximal 120 Indexpunkte festzulegen (act. G1, IV Rz. 5a bis 5e und 6 in KSCHG 2020/3). Der Beklagte bringt nichts gegen die von den Klägerinnen vorgeschlagene Überprüfung der Wirtschaftlichkeit der von ihm verursachten Behandlungskosten im Statistikjahr 2016 mit der ANOVA-Methode und in den Statistikjahren 2017 und 2018 mit der Screening-Methode der zweistufigen Regressionsanalyse vor. Eine Anwendung der Screening-Methode auch auf das Statistikjahr 2016 kann laut Bundesgericht aus Gründen der Gleichbehandlung nicht angehen (vgl. Urteil des Bundesgerichts vom 12. April 2019, 9C_558/2018, 9C_559/2018, E. 7.1). Darüber hinaus sind die kantonalen Schiedsgerichte in der Wahl der Prüfmethode grundsätzlich frei (Urteil des Bundesgerichts vom 15. Januar 2015, 9C_535/2014, E. 5.2 mit Hinweisen). Vor diesem Hintergrund ist die Anwendung der von den Vertragsparteien vereinbarten Screening-Methode (vgl. vorstehend E. 3.2 bis 3.5) ab dem Statistikjahr 2017 nicht zu beanstanden. Die Klägerinnen haben den Beklagten, der über den Facharzttitel Oto-Rhino-Laryngologie verfügt, mit der Facharztgruppe ORL verglichen. Der Beklagte bestreitet, dass seine Tätigkeit mit derjenigen der Referenzgruppe ORL vergleichbar sei (act. G12, II Rz. 2 ff. in allen drei Verfahren). Im unangefochten rechtskräftig gewordenen Entscheid vom 6. Mai 2021 betreffend die Statistikjahre 2014 und 2015, KSCHG 2016/3, E. 4, kam das Schiedsgericht nach eingehender Würdigung der Vorbringen des Beklagten zum Schluss, dass der Vergleich von dessen ärztlicher Tätigkeit mit der Referenzgruppe ORL als aussagekräftig erscheine. Hinsichtlich der vom Beklagten geltend gemachten neurologischen Dignitäten (vgl. act. G12, II Rz. 2 in allen drei Verfahren) erwog das Schiedsgericht, die Neurootologie bilde einen wesentlichen Bestandteil der Weiterbildung zum Facharzt ORL. Deshalb vermöge der Beklagte mit seiner geltend gemachten neurootologischen Tätigkeit bzw. der Behandlung von Schwindel nichts zulasten der Vergleichbarkeit mit der Referenzgruppe ORL abzuleiten (KSCHG 2016/3, E. 4.1). Diesbezüglich lässt der Beklagte in den vorliegenden Verfahren vorbringen, es sei unzutreffend, einzelne Weiterbildungen mit dem Erwerb einer ausserfachlichen Dignität zu vergleichen (vgl. act. G12, II Rz. 2 in allen drei Verfahren). Laut Konzept Dignität TARMED Ziff. 1.1.2 gibt die qualitative Dignität an, welche Weiterbildungstitel - Facharzttitel, Schwerpunkt, Fähigkeits-/Fertigkeitsausweis gemäss Weiterbildungsordnung - berechtigen, eine Leistung zulasten der Sozialversicherungen zu verrechnen (abrufbar unter https://www.fmh.ch/files/pdf21/tarmed_konzept_dignitaet.pdf, abgerufen am 22. März 2023). Die vom Beklagten geltend gemachten Dignitäten der Myografie quantitativ,

erster Muskel und jeder weitere Muskel, sowie visuell evozierte Potentiale, beidseitig, (für den Dignitätsausweis des Beklagten vgl. act. G18.11 in KSCHG 2016/3) bedeuten nichts anderes, als der Beklagte berechtigt war, diese neurologischen Leistungen zulasten der Sozialversicherungen abzurechnen. Sie entsprechen keinem Facharztstitel (vgl. hierzu Urteil des Bundesgerichts vom 31. August 2013, 9C_282/2013, E. 5.1). Eine Veränderung aufgrund von Weiter- oder Fortbildung wäre sodann ohnehin als Praxisbesonderheit, und nicht bei der Erstellung der Vergleichsgruppenzuteilung zu berücksichtigen (Gebhard Eugster, Rechtsprechung des Bundesgerichts zum KVG, in: Hans-Ulrich Stauffer/Basile Cardinaux, Rechtsprechung des Bundesgerichts zum Sozialversicherungsrecht, 2. Aufl. 2018, N 15 zu Art. 56 mit Hinweis; vgl. hierzu nachfolgend E. 6). Da der Beklagte im Übrigen auch keine massgebende Veränderung seiner ärztlichen Tätigkeit im Vergleich zu den bereits gerichtlich beurteilten Statistikjahren 2014 und 2015 geltend macht, erscheint ein Vergleich mit der Referenzgruppe ORL auch in den Referenzjahren 2016 bis 2018 als aussagekräftig. Falls die Wirtschaftlichkeit - wie vorliegend (vgl. hierzu E. 4) - in Anwendung der statistischen Methode beurteilt wird, darf eine Unwirtschaftlichkeit nicht schon bei Überschreitung des statistischen Mittelwerts (100 Indexpunkte) vermutet werden. Vielmehr ist den Ärzten einerseits ein Toleranzbereich und zudem allenfalls ein Zuschlag zu diesem Toleranzwert (zu dem den Toleranzbereich begrenzenden Indexwert) zuzugestehen, um spezifischen Praxisbesonderheiten Rechnung zu tragen. Nach der Rechtsprechung liegt der Toleranzbereich zwischen 120 und 130 Indexpunkten (Entscheid des Bundesgerichts vom 15. Januar 2015, 9C_535/2014, E. 5.3 mit Hinweisen). Aus der Sicht des Beklagten ist seine neurootologische Tätigkeit als Praxisbesonderheit zu berücksichtigen. Die Beweislast für das Vorliegen solcher Besonderheiten liegt rechtsprechungsgemäss beim Arzt; 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. Zudem ist eine Ausweitung des Toleranzbereichs über den Wert von 130 hinaus nicht leichthin vorzunehmen, dieser erlaubt nämlich bereits eine Anzahl nicht genau bezifferbarer Besonderheiten der Arztpraxis aufzufangen (Urteil des Bundesgerichts vom 22. September 2021, 9C_656/2020, E. 4.5.1 mit Hinweisen). Das Vorbringen der Praxisbesonderheit der neurootologischen Tätigkeit wurde im Rahmen des Entscheids vom 6. Mai 2021 betreffend Honorarrückerstattung 2014 und 2015 vom Schiedsgericht bereits geprüft. Dieses kam in KSCHG 2016/3 E. 5.2 zum Schluss, dass offenbleiben könne, ob der geltend gemachte neurootologische Schwerpunkt im Fall des Beklagten effektiv eine im Vergleich zur Referenzgruppe ORL zu berücksichtigende Praxisbesonderheit darstelle. Selbst wenn dies bejaht würde, bestehe insgesamt kein Anlass, den von den Klägerinnen für angemessen erachteten Toleranzbereich von 30 Punkten zusätzlich zu erhöhen. Eine Veränderung des Patientenkollektivs von den - rechtskräftig überprüften - Jahren 2014 und 2015 zu den vorliegend zu beurteilenden Jahren 2016 bis 2018 macht der Beklagte nicht geltend. Es besteht folglich keine Veranlassung für das Schiedsgericht, von seiner vorstehend genannten Beurteilung abzuweichen und eine zusätzliche Praxisbesonderheit - auch unter Beachtung der Herabsetzung der Obergrenze des Toleranzbereichs für die Jahre 2017 und 2018 (siehe unten E. 6.2) - zu berücksichtigen. Vor diesem Hintergrund ist auch auf die vom Beklagten beantragte Einholung eines Gutachtens zur nicht näher substantiierten besseren Wirksamkeit seines Behandlungsansatzes zu verzichten. Allein die im Vergleich zur Vergleichsgruppe ORL höheren Kosten des Beklagten sind kein Hinweis auf eine höhere Wirksamkeit seiner Behandlungen, weshalb diesbezüglich kein

Abklärungsbedarf ersichtlich ist. Unverändert zu den Jahren 2014 und 2015 sind die vom Beklagten veranlassten Kosten gemäss den Ergebnissen der RSS der Jahre 2016 bis 2018 deutlich unterdurchschnittlich (act. G1.3 S. 2 in KSCHG 2020/3). Deshalb und mit Blick auf die Therapiefreiheit erscheint es - mit den Klägerinnen - auch für diese Jahre angemessen, den Toleranzbereich zugunsten des Beklagten voll auszuschöpfen. Für das Jahr 2016 bedeutet dies, dass die Referenzgrösse auf 130 Indexpunkte festzusetzen ist. Weitere Praxisbesonderheiten, die eine darüberhinausgehende Erhöhung des Toleranzbereichs rechtfertigen würden, sind wie gesagt weder ersichtlich noch substantiiert vom Beklagten geltend gemacht worden. Für die Jahre 2017 und 2018 bedeutet dies sodann, dass angesichts der von der Screening-Methode im Vergleich zur ANOVA-Methode zusätzlich berücksichtigenden Variablen die Obergrenze des Toleranzbereichs wie von den Klägerinnen gefordert bei maximal 120 Indexpunkten festzusetzen ist. Bei seinem Vorbringen, durch die Eingrenzung des Toleranzbereichs auf 120 Indexpunkte würde die Behandlungsfreiheit der Ärzte eingeschränkt und das individuell-ärztliche Verhalten nicht mehr genügend respektiert (act. G31 S. 2 f. in allen drei Verfahren), übersieht der Beklagte, dass seitens der höchstrichterlichen Rechtsprechung stets ein Toleranzbereich von 120 bis 130 Indexpunkten anerkannt worden ist (Eugster, a.a.O., Rz 19 zu Art. 56 mit Hinweisen). Darüber hinaus dient die Toleranzmarge nicht nur - wie vom Beklagten geltend gemacht (act. G31 S. 2 in allen drei Verfahren) - dazu, die Besonderheiten und Unterschiede zwischen Arztpraxen zu berücksichtigen, sondern auch dazu, den Unzulänglichkeiten der statistischen Methode Rechnung zu tragen, indem gewisse statistische Schwankungen ausgeglichen werden (Urteil des Bundesgerichts vom 19. Dezember 2008, 9C_205/2008, E. 4.7.2 mit Hinweisen). Folglich ist es nicht zu beanstanden, dass die Klägerinnen dem Umstand Rechnung tragen wollen, dass die Regressionsanalyse im Vergleich zur ANOVA-Methode zusätzliche Indikatoren berücksichtigt und so zu einer verbesserten Aussagekraft des Modells führt (vgl. act. G1, Rz. 6 in KSCHG 2019/3 und KSCHG 2020/3). 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. Der «ANOVA-Index direkte Kosten» betrug im Jahr 2016 245 (act. G1.3, S. 3 in KSCHG 2018/4), womit unter Abzug des Toleranzbereichs von 130 ein Wert von 115 resultiert. Unter Berücksichtigung von «Total direkte Kosten» von Fr. 449'964.-- (act. G1.3, S. 1 in KSCHG 2018/4) resultiert für das Jahr 2016 ein Rückforderungsbetrag von aufgerundet Fr. 211'208.-- (Fr. 449'964.-- / 245 x 115). Für das Jahr 2017 errechneten die Klägerinnen unter Berücksichtigung des «Regressions-Index totale Kosten» von 227, eines Toleranzwertes von 120 Indexpunkten und dem «Total direkte Kosten» von Fr. 424'398.-- eine Rückforderung von Fr. 200'047.-- (Fr. 424'398.-- / 227 x 107 [227 - 120]; act. G1, IV, Rz. 7, i.V.m. act. G1.3 und 1.4 in KSCHG 2019/3). Diese Berechnung lässt sich anhand der eingereichten Unterlagen nachvollziehen und wird vom Beklagten nicht beanstandet. Ob mit Blick auf BGE 137 V 43 zugunsten der Klägerinnen ein anderer Regressionsindex heranzuziehen wäre, kann offenbleiben. Es besteht kein Anlass, im Rahmen des vorliegenden – als Klageverfahren ausgestalteten – Prozesses von Amtes wegen zu prüfen, ob den Klägerinnen allenfalls eine höhere Rückforderung zustünde, als sie klageweise geltend machen. Es ist folglich für das Jahr 2017 von einer Rückforderung von Fr. 200'047.-- auszugehen. Für das Jahr 2018 errechneten die Klägerinnen unter Berücksichtigung des «Regressions-Index totale Kosten» von 202, eines Toleranzwertes von 120 und dem «Total direkte Kosten» von Fr. 360'999.-- (act. G1, IV, Rz. 7a i.V.m. act.

G1.3 und act. G1.4 in KSCHG 2020/3) einen Rückforderungsbetrag von abgerundet Fr. 146'544.-- (Fr. 360'999.-- / 202 x 82 [202 - 120]). Auch diese Berechnung ist nachvollziehbar und wird vom Beklagten nicht beanstandet. Für das Jahr 2018 ist in Nachachtung der vorstehend in E. 6.3.2 gemachten Ausführungen von einer Rückforderung von Fr. 146'544.-- auszugehen. Diese Beträge entsprechen ziffernmässig den Anträgen resp. den vom Beklagten nicht ausdrücklich bestrittenen Berechnungen der Klägerinnen (vgl. Anträge in act. G1 in KSCHG 2018/4 und 2020/3 sowie Berechnung in act. G1, IV Rz. 7 in KSCHG 2019/3). Den Beklagten trifft keine Verzugszinspflicht (vgl. Entscheid des Schiedsgerichts vom 6. Mai 2021, KSCHG 2016/3, E. 5.3). Vom Beklagten ist zurecht unbestritten geblieben, dass die Verwirkungsfristen für die Rückforderungen für die Jahre 2016 bis 2018 gewahrt wurden. Die RSS-Ergebnisse für das Jahr 2016 lagen am 17. Juli 2017 vor (act. G1.4 in KSCHG 2018/4). Die Klage betreffend das Jahr 2016 wurde am 9. Juli 2018 erhoben (act. G1 in KSCHG 2018/4). Die RSS-Ergebnisse für das Jahr 2017 lagen am 17. Juli 2018 vor (act. G1.5 in KSCHG 2019/3). Die Klage betreffend das Jahr 2017 wurde am 15. Juli 2019 erhoben (act. G1 in KSCHG 2019/3). Die RSS-Ergebnisse für das Jahr 2018 lagen am 17. Juli 2019 vor (act. G1.5 in KSCHG 2020/3). Die Klage betreffend das Jahr 2018 wurde am 7. Juli 2020 erhoben (act. G1 in KSCHG 2020/3). Die Verwirkungsfristen wurden damit gewahrt (Art. 25 Abs. 2 des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts [ATSG; SR 830.1] in der bis 31. Dezember 2020 gültigen und vorliegend anwendbaren Version; siehe zur Fristwahrung durch die Erhebung einer Klage oder eines Vermittlungsbegehrens Eugster, a.a.O., Rz 38 zu Art. 56 mit Hinweis auf u.a. BGE 133 V 579 E. 4.3.4). Nach dem Gesagten ist die Klage betreffend Honorarrückerstattung für das Jahr 2016 gutzuheissen. Der Beklagte hat den Klägerinnen infolge Überarztung für das Jahr 2016 den Betrag von Fr. 211'208.-- zurückzubezahlen. Die Klage betreffend Honorarrückerstattung für das Jahr 2017 ist ebenfalls gutzuheissen. Der Beklagte hat den Klägerinnen infolge Überarztung für das Jahr 2017 den Betrag von Fr. 200'047.-- zurückzubezahlen. Die Klage betreffend Honorarrückerstattung für das Jahr 2018 ist ebenfalls gutzuheissen. Der Beklagte hat den Klägerinnen infolge Überarztung für das Jahr 2018 den Betrag von Fr. 146'544.-- zurückzubezahlen. 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 vorliegende Streitigkeit, in der drei Rückforderungsbegehren zu beurteilen waren, erscheint mit Rücksicht auf den vom Gericht zu erbringenden Aufwand und die Bedeutung der Streitsache die Festlegung einer Gerichtsgebühr von insgesamt Fr. 5'000.-- als gerechtfertigt. Die Gerichtsgebühr ist ausgangsgemäss vollumfänglich dem Beklagten aufzuerlegen. Zuzufolge unentgeltlicher Rechtspflege (act. G16 ist er von der Bezahlung zu befreien. 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 beurteilenden Klagen erscheint eine pauschale Parteientschädigung zugunsten der

Klägerinnen von insgesamt Fr. 5'000.-- (inklusive Barauslagen und Mehrwertsteuer) als angemessen. Die gewährte unentgeltliche Rechtspflege befreit nicht von der Bezahlung einer Parteientschädigung an die Gegenpartei (Art. 118 Abs. 3 der Schweizerischen Zivilprozessordnung [ZPO; SR 272] i.V.m. Art. 99 Abs. 2 VRP). Ausgangsgemäss hat der Beklagte keinen Anspruch auf eine Parteientschädigung. Der Staat bezahlt zufolge unentgeltlicher Rechtsverteidigung die Kosten der Rechtsvertretung des Beklagten. In der Verwaltungsrechtspflege beträgt das Honorar vor Versicherungsgericht nach Art. 22 Abs. 1 lit. b HonO pauschal Fr. 1'500.-- bis Fr. 15'000.--. Der ehemalige und der aktuelle Rechtsvertreter des Beklagten haben am 14. Dezember 2022 je eine Kostennote eingereicht. Rechtsanwalt Studer beantragt eine Entschädigung von Fr. 1'904.15 für einen zeitlichen Aufwand von 8.30 Stunden (einschliesslich Barauslagen und Mehrwertsteuer; act. G30.1 in allen drei Verfahren). Die in Art. 31 Abs. 3 des Anwaltsgesetzes (sGS 963.70; AnwG) vorgeschriebene Fünftelkürzung berücksichtigte er bereits beim Stundenhonorar (Fr. 200.--, anstelle des mittleren Honorars von Fr. 250.--, Art. 24 Abs. 1 HonO). Der geltend gemachte Aufwand erscheint angemessen. Rechtsanwalt Hartmann beantragt eine Entschädigung von Fr. 3'229.55 für einen zeitlichen Aufwand von 14.25 Stunden (act. G31.1 in allen drei Verfahren). Die Fünftelkürzung berücksichtigte auch Rechtsanwalt Hartmann bereits beim Stundenhonorar (Fr. 200.--, anstelle des mittleren Honorars von Fr. 250.--, Art. 24 Abs. 1 HonO). Die eingereichte Honorarnote enthält unter anderem eine Position "Akten- und Rechtsstudium Steuerunterlagen" und eine Position "Aktenstudium und Besprechung betr. C.____, Betreibungen und Steuern A.____", welche beide nicht das vorliegende Verfahren betreffen. Es ist sodann darauf hinzuweisen, dass nicht der geltend gemachte, sondern nur der notwendige Aufwand zu entschädigen ist (Urteil des Bundesgerichts vom 25. Februar 2009, 8C_140/2008, E. 11.4 mit Hinweisen). Auch wenn der Aufwand für "Aktenstudium und Besprechung mit Klientschaft betreffend möglichem Vergleichsvorschlag/Ansatz vor de[m] Hintergrund der laufenden Verlustscheine" sinnvoll sein kann, fehlt dieser Position die für die Beschwerdeführung und damit für die Bemessung der Parteientschädigung erforderliche Notwendigkeit. Hinsichtlich des geltend gemachten Aufwandes für "Rechtsstudium" (3 Positionen) ist festzuhalten, dass dieser nicht entschädigt werden kann. Nach einer Kürzung der geltend gemachten Stunden um die vorgenannten nicht notwendigen Stunden (0.15, 0.20, 0.15, 1.55, 0.45, 0.30) verbleibt ein Aufwand von 10.05 Stunden, welcher als angemessen erscheint. Hieraus ergibt sich unter Berücksichtigung des Stundenansatzes von Fr. 200.--, der geltend gemachten Pauschale von 4 % für Spesen sowie der MwSt eine Entschädigung von Fr. 2'251.35. Eine Partei, der die unentgeltliche Rechtspflege gewährt wurde, ist zur Nachzahlung verpflichtet, sobald sie dazu in der Lage ist (Art. 123 ZPO i.V.m. Art. 99 Abs. 2 VRP). Entscheid In Gutheissung der Klage betreffend Honorarrückerstattung für das Jahr 2016 wird der Beklagte verpflichtet, den Klägerinnen infolge Überarztung für das Jahr 2016 den Betrag von Fr. 211'208.-- zurückzuerstatten. In Gutheissung der Klage betreffend Honorarrückerstattung für das Jahr 2017 wird der Beklagte verpflichtet, den Klägerinnen infolge Überarztung für das Jahr 2017 den Betrag von 200'047.-- zurückzuerstatten. In Gutheissung der Klage betreffend Honorarrückerstattung für das Jahr 2018 wird der Beklagte verpflichtet, den Klägerinnen infolge Überarztung für das Jahr 2018 den Betrag von Fr. 146'544.-- zurückzuerstatten. Der Beklagte wird von der Bezahlung der Gerichtsgebühr in der Höhe von Fr. 5'000.-- zufolge unentgeltlicher Rechtspflege befreit. Der Beklagte hat den Klägerinnen eine Parteientschädigung von Fr. 5'000.-- (einschliesslich Barauslagen und Mehrwertsteuer) zu bezahlen. Zuzufolge unentgeltlicher

Rechtsverteidigung entschädigt der Staat Rechtsanwalt Sieber mit Fr. 1'904.15 (einschliesslich Barauslagen und Mehrwertsteuer) und Rechtsanwalt Hartmann mit Fr. 2'251.35 (einschliesslich Barauslagen und Mehrwertsteuer).

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