

# ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT SR.1997.00015

## vom 2. September 2003

ZH Sozialversicherungsgericht, 2003-09-02, DE

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh\\_sozialversicherungsgericht\\_SR.1997.00015](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_SR.1997.00015)

FR: ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT SR.1997.00015 du 2 septembre 2003

IT: ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT SR.1997.00015 del 2 settembre 2003

### Erwägungen

#### E. 2

2.1???? Am 10. September 1997 reichte der Verband Zürcher Krankenversicherer (VZKV) namens einer Kl?gerschaft mit der Bezeichnung "Alle Krankenkassen des Verbands Zürcher Krankenversicherer (gem?ss Beilage 1)" und unter Beilage einer Liste aller ihm zu jenem Zeitpunkt angeschlossenen 55 Krankenkassen (Urk. 2/1) Klage gegen Dr. X.\_\_\_\_ ein mit dem Rechtsbegehren, es sei der Beklagte zu verpflichten, den Kl?gerinnen wegen unwirtschaftlicher Behandlungsweise im Jahr 1995 den Betrag von Fr. 245'943.65 zur?ckzuerstatten (Urk. 1 S. 1 in Verbindung mit S. 2 und 4).

Daraufhin wurde von der Kanzlei des Schiedsgerichts unter der Prozessnummer SR.1997.00015 ein Gesch?ft unter der Parteienbezeichnung "Alle Krankenkassen des Verbands Zürcher Krankenversicherer" gegen den Beklagten angelegt. Mit Verf?gung vom 11. September 1997 wurde dem Beklagten Kenntnis vom Klageeingang gegeben (Urk. 3). Im Anschluss an die S?hneverhandlung vom 5. Februar 1998 (Prot. S. 3) wurde der Prozess bis zum Vorliegen des Urteils K 172/97 des Eidgen?ssischen Versicherungsgerichts (betreffend den Entscheid SR.95.00011 des Schiedsgerichts in Sozialversicherungsstreitigkeiten des Kantons Z?rich vom 8. Oktober 1997) sistiert (Urk. 15).

2.2???? Nach Vorliegen des h?chstrichterlichen Urteils in genannter Sache vom 23. April 1999 (Urk. 19) beantragten die 14 im Rubrum aufgef?hrten Kl?gerinnen am 8. Juni 1999 die Fortsetzung des Verfahrens, wobei sie verlangten, es sei der Beklagte zur Edition u.a. s?mtlicher Bewilligungen von Vertrauens?rzten der Krankenversicherer gem?ss Art. 2 Abs. 3 der Verordnung 8 zum Krankenversicherungsgesetz vom 13. Juni 1911 (Verordnung 8 des EDI), "die sich auf Behandlungen des Jahres 1995 beziehen", zu verpflichten (Urk. 17). Mit Verf?gung vom 19. August 1999, in deren Rubrum die 14 Kl?gerinnen gem?ss dem Rubrum dieses Entscheids aufgef?hrt waren, hob das leitende Mitglied des Schiedsgerichts die am 5. Februar 1998 angeordnete Sistierung des Verfahrens auf und setzte den Kl?gerinnen Frist an, um entweder Rechnungskopien oder eine Liste der von der Konkordatsstatistik 1995 erfassten Behandlungen des Beklagten einzureichen (Urk. 20). Gleichzeitig wurde beiden Parteien Gelegenheit gegeben, dem leitenden Mitglied Vorschl?ge f?r die Besetzung des Schiedsgerichts einzureichen. Mit Eingabe vom 21. September 1999 schlugen die Kl?gerinnen Dr. Josef Hoppler, Mels, und Hans Gisler, Z?rich, als Schiedsrichter aus der Gruppe "Krankenkassen" vor (Urk. 23) und reichten eine Liste mit 75 Patientinnen und Patienten ein, welche der Beklagte im Jahr 1995 behandelt hatte (Urk. 24). Der Beklagte hatte bereits mit Eingabe vom 7. September 1999 beantragt, es sei das Verfahren unter der bisherigen Parteibezeichnung weiterzuf?hren, es sei davon Vormerk zu nehmen, dass bez?glich der am 8. Juni 1999 eingereichten Klage die

Verjährungseinrede erhoben werde, und es sei in der Verfügung vom 19. August 1999 die Parteibezeichnung dahingehend zu ändern, dass nach wie vor als klagende Partei die Bezeichnung  Alle Krankenkassen des Verbands Zürcher Krankenversicherer  verwendet werde (Urk. 22). Am 27. September 1999 beantragte der Beklagte, es sei ihm die Frist zur Ausübung des Schiedsrichter-Vorschlagsrechts um 30 Tage zu erstrecken (Urk. 25). Mit Verfügung vom 30. September 1999 setzte das leitende Mitglied des Schiedsgerichts dem Beklagten Frist zur Klageantwort an (Urk. 26). Dabei wurde der Beklagte darauf hingewiesen, dass er, falls er an dem im S hneverfahren vorgebrachten Einwand, der weit überwiegende Teil der Behandlungen sei gestützt auf Art. 2 Abs. 3 der Verordnung 8 des EDI im Einzelfall vom Vertrauensarzt der Kasse geprüft und genehmigt worden, aufrechterhalten wolle, er diesen Einwand im Rahmen der Klageantwort bezüglich der von den Klägerinnen aufgelisteten Patientinnen und Patienten durch genaue Angaben zu den diese Patientinnen und Patienten betreffenden vertrauensärztlichen Bewilligungen und Honorarrechnungen zu substantizieren und diesbezügliche Beweismittel zu benennen habe. Ferner wurde dem Beklagten eine nicht erstreckbare Nachfrist von zehn Tagen ab Erhalt der Verfügung angesetzt, um entweder von seinem Schiedsrichter-Vorschlagsrecht Gebrauch zu machen oder dem Schiedsgericht mitzuteilen, welche Abklärungen er für erforderlich halte, wann er diese Abklärungen in die Wege geleitet habe, was ihn allenfalls daran gehindert habe, diese Abklärungen früher in die Wege zu leiten, und welche Hindernisse dem Abschluss dieser Abklärungen entgegenst nden. Daraufhin schlug der Beklagte am 7. Oktober 1999 Dr. med. Rudolf Graf, Herrliberg, und Dr. med. Hermann Herold, Zürich, als Schiedsrichter aus der Gruppe  rzte  vor (Urk. 28). Mit Verfügung vom 12. Oktober 1999 bestellte das leitende Mitglied die von den Parteien vorgeschlagenen Schiedsrichter Dr. Josef Hoppler, Mels, und Hans Gisler, Zürich, aus der Gruppe  Krankenkassen  sowie Dr. med. Rudolf Graf, Herrliberg, und Dr. med. Hermann Herold, Zürich, aus der Gruppe  rzte  als am vorliegenden Verfahren mitwirkende Schiedsrichter (Urk. 29).

2.3???? Am 11. Oktober 1999 hatte der Beklagte beim Eidgenössischen Versicherungsgericht Verwaltungsgerichtsbeschwerde gegen die Verfügung des leitenden Mitglieds des Schiedsgerichts vom 30. September 1999 eingereicht mit dem Rechtsbegehren, es sei als klagende Partei die Bezeichnung  Alle Krankenkassen des Verbands Zürcher Krankenversicherer  beizubehalten, eventualiter sei, soweit ein Parteiwechsel zugelassen werde, bezogen auf diejenigen Krankenkassen, welche in Urk. 2/1 genannt, jedoch in der Verfügung vom 30. September 1999 nicht mehr aufge hrt seien, die Sache an die Vorinstanz zurückzuweisen, damit diesbezüglich eine Klageabweisung ergehe (Urk. 32/3). Auf diese Beschwerde trat das Eidgenössische Versicherungsgericht mit Urteil vom 16. Februar 2000 nicht ein, wobei es in den Erwägungen ausführte, ob die Eintretensvoraussetzungen in Bezug auf die Klage vom 10. September 1997 erfüllt seien, ob die Eingabe vom 8. Juni 1999 allenfalls als neue Klage zu behandeln sei und ob gegebenenfalls Verjährung bzw. Verwirkung anzunehmen sei, seien Fragen, welche nicht vom leitenden Mitglied allein, sondern vom Schiedsgericht zu beantworten sei. Auch auf die Frage der geänderten Parteibezeichnung werde erforderlichenfalls im Hauptverfahren zurückzukommen sein (Urk. 33).

2.4???? Nach dem Eingang dieses Urteils beim Schiedsgericht wurde dem Beklagten mit Verfügung vom 28. Februar 2000 erneut Frist zur Klageantwort angesetzt (Urk. 34). Diese wurde am 7. April 2000 erstattet, wobei der Beklagte in materieller Hinsicht die Abweisung der Klage und in formeller Hinsicht die Bestellung eines mit den Anforderungen des

kantonalen Rechts, des Bundesrechts und Art. 6 der Europäischen Menschenrechtskonvention in Übereinstimmung stehenden Schiedsgerichts verlangte (Urk. 36). Ferner ersuchte der Beklagte um Durchführung eines formellen Beweisverfahrens und eines doppelten Schriftenwechsels. Mit Verfügung vom 12. April 2000 wurde für Replik und Duplik das schriftliche Verfahren angeordnet und den Klägerinnen Frist zur Replik angesetzt (Urk. 38). Am 9. Mai 2000 erstatteten die Klägerinnen ihre Replik, in der sie ihren ursprünglichen Klageantrag dahingehend abänderten, dass der Beklagte zu verpflichten sei, den Klägerinnen aus den von ihm mit Patienten, deren Therapien nicht der vertrauensärztlichen Bewilligung gemäss VO 8 KUVG bedurften, verursachten durchschnittlichen direkten Arzt- und verschriebenen Medikamentenkosten pro Erkrankten gemäss KSK-Statistik des Jahres 1995 einen gerichtlich zu bestimmenden Betrag zurückerstatten zu lassen (Urk. 41). Am 22. Juni 2000 reichte der Beklagte die Duplik ein (Urk. 46).

## **E. 2.1**

2.1.1.1 Bis zur Wiederaufnahme des nach der Sühneverhandlung vom 5. Februar 1998 sistierten Verfahrens mit der Verfügung vom 19. August 1999 (Urk. 20) wurde die Klägerschaft in den verfahrensleitenden Verfügungen des Schiedsgerichts unter der Sammelbezeichnung «Alle Krankenkassen des Verbandes Zürcher Krankenversicherer» aufgeführt (vgl. Urk. 3, Urk. 11, Urk. 15). Die Bezeichnung der Klägerschaft entsprach derjenigen in der Klageschrift vom 10. September 1997 (Urk. 1 S. 1), wobei - worauf bereits das leitende Mitglied des Schiedsgerichts in seiner Verfügung vom 30. September 1999 (Urk. 26) hingewiesen hatte - die Klage nicht einfach unter dieser Sammelbezeichnung erhoben wurde, sondern aufgrund des in Klammern gesetzten Hinweises «gemäss Beilage 1», welche zusammen mit der Klageschrift eingereicht wurde (vgl. Urk. 2/1). Damit stand mit hinreichender Klarheit fest, dass nicht der Verband Zürcher Krankenversicherer in eigenem Namen Klage erhob, sondern er namens der 55 ihm in jenem Zeitpunkt angeschlossenen Krankenkassen eine sogenannte Pauschalbeanstandungsklage einleitete, mit welcher die klagenden Kassen als Streitgenossenschaft die Rückerzahlung von Vergütungen verlangten, welche einzelne von ihnen aufgrund von im Jahr 1995 von ihren Versicherten zur Rückerstattung eingereichten Honorarrechnungen des Beklagten abgerechnet hatten. Dass hieran nicht nur für das Gericht, sondern auch für den Beklagten keinerlei Zweifel bestand, ergibt sich aus seiner freiwilligen Stellungnahme vom 8. Dezember 1997, in welcher er geltend machte, der weit überwiegende Teil der Behandlungen, welche von ihm vorgenommen worden seien, seien im Einzelfall vom Vertrauensarzt geprüft und von der jeweiligen Krankenkasse als wirtschaftliche Leistung genehmigt worden (Urk. 10 S. 2). Die 55 Klägerinnen waren in der Klagebeilage Urk. 2/1, auf welche die Sammelbezeichnung verwies, durch Namen und Adressen eindeutig und unverwechselbar identifiziert. Ebenso klar und eindeutig war, dass die 14 als Klägerinnen rubrizierten Krankenkassen aus dem Kreis der 55 in Urk. 2/1 aufgelisteten mit der Eingabe vom 8. Juni 1999 (Urk. 17) keine neue Klage erhoben, sondern um Fortsetzung des im Anschluss an die Sühneverhandlung vom 5. Februar 1998 sistierten Pauschalbeanstandungsverfahrens ersuchten.

Nicht zutreffend ist die mit der Klageantwort vorgebrachte Behauptung, aus den Beilagen (Urk. 18/1-2) zur Eingabe der Klägerinnen vom 8. Juni 1999 werde ersichtlich, dass nur elf Kassen Rückerforderungen stellten, weshalb unklar bleibe, warum im Rubrum 14 Kassen genannt würden (Urk. 36 Ziff. 16.2). Ebensowenig trifft die Behauptung zu, in der Klage

vom 10. September 1997 werde eine Rückforderung auf 1995 vergüteten Rechnungen verlangt, in der Eingabe vom 8. Juni 1999 jedoch darauf abgestellt, welche Patienten im Jahr 1995 behandelt worden seien, ohne dass auf den Zeitpunkt der Rechnungsstellung Rücksicht genommen werde (Urk. 36 Ziff. 16.1 und 16.2) bzw. es werde einmal auf die Tatsache abgestellt, dass im Jahr 1995 eine Rechnungsstellung erfolgte, und einmal darauf, dass in diesem Jahr eine Behandlung erfolgte (Urk. 36 Ziff. 16.5).

Richtig ist, dass gemäss Urk. 18/1 Rückstellungen für Behandlungskosten im Streit liegen, welche im Jahr 1995 von insgesamt 17 Krankenkassen vergütet worden waren. Dass nur 14 Klägerinnen auftreten, erklärt sich dadurch, dass die Klägerinnen 9, 13 und 14 bei den Behandlungskosten nur Rückstellungen von Vergütungen geltend machen, welche von ihren (jeweils zwei) Rechtsvorgesetzten erbracht worden sind. Vergütungen für veranlasste Kosten (vor allem Medikamente von Apotheke) hatten im Jahr 1995 nur 12 der insgesamt 20 Kassen erbracht, welche im Rubrum der Eingabe vom 8. Juni 1999 als Klägerinnen oder deren Rechtsvorgesetzten genannt werden, wobei in einem Fall Angaben über das Durchschnittsalter der Patienten fehlen (Urk. 18/2). Im übrigen geht es sowohl bei den Behandlungskosten als auch bei den veranlassten Kosten in der Klage vom 10. September 1997 (vgl. Urk. 1 S. 2, wo auf die Konkordatsstatistik 1995 Bezug genommen wird) und in der Eingabe vom 8. Juni 1999 (vgl. S. 3 Ziff. 1) um Kosten, welche im Jahr 1995 abgerechnet worden waren und deren Betrag gemäss den Beilagen zu der jeweiligen Eingabe übereinstimmen (vgl. Urk. 2/2 und Urk. 18/1 bzw. Urk. 18/2). An der Identität des Anspruchsfundaments, auf welches sich sowohl die Klage vom 10. September 1997 als auch das Verfahrensfortsetzungsbegehren vom 8. Juni 1999 abstützen, ist somit nicht zu zweifeln. Nur nebenbei sei erwähnt, dass die Klägerinnen ja auch eine Pauschalbeanstandungsklage auf nichts anders abstützen können, als auf die Rechnungen, welche von ihnen im massgeblichen Jahr abgerechnet worden sind. Denn nur darüber können sie verlässliche Angaben haben, jedoch weder darüber, welche Behandlungen ein Leistungserbringer in einem bestimmten Jahr durchgeführt hat, noch darüber, welche Rechnungen er den Patientinnen und Patienten ausgestellt hat.

### **E. 2.1.2**

Zutreffend ist das Vorbringen des Beklagten, dass es gemäss der Rechtsprechung des Eidgenössischen Versicherungsgerichts nicht genüge, wenn mit der Klageschrift ein im Zeitpunkt der Klageerhebung gültiges Verzeichnis der Mitglieder eingereicht und darauf verwiesen werde (Urk. 36 Ziff. 16/3). Allerdings übersieht der Beklagte dabei, dass eben gerade diese Rechtsprechung, welche mit dem Urteil des Eidgenössischen Versicherungsgerichts vom 8. September 1998 in Sachen S. (K 87/98) begründet wurde, die Klägerinnen veranlasste, in ihrer Eingabe vom 8. Juni 1999 die Bezeichnung der Klägerschaft zu ändern und dabei von den 55 ursprünglichen Klägerinnen nur noch diejenigen namentlich zu nennen, welche entweder selbst im Jahr 1995 Vergütungen für vom Beklagten durchgeführte Behandlungen oder veranlasste Kosten geleistet haben oder als Rechtsnachfolgerinnen von Krankenkassen, welche solche Vergütungen geleistet haben, Rückstellungsansprüche geltend machen können. Was die Klägerinnen mit der veränderten Bezeichnung der Klägerschaft in ihrer Eingabe vom 8. Juni 1999 unaufgefordert vollzogen haben, hätte ansonsten das leitende Mitglied des Schiedsgerichts vor der Eröffnung des Hauptverfahrens gestützt auf § 23 SGVO anordnen müssen, um die Klage in eine Form bringen, welche den formalen Anforderungen der höchststrichterlichen Rechtsprechung genügt.

Soweit es dabei um den Ersatz der Sammelbezeichnung "Alle Krankenkassen des Verbandes Zürcher Krankenversicherer" mit Hinweis auf die Liste der Klägerinnen (Urk. 2/1) durch die namentliche Nennung aller Klägerinnen im Rubrum geht, ist darin - wie das Eidgenössische Versicherungsgericht bereits in seinem Urteil vom 25. Mai 2000 in Sachen S. (K 129/99) feststellte - kein unzulässiger Parteiwechsel zu sehen, sondern eine blosser, Erwägung 6 des Urteils des Eidgenössischen Versicherungsgerichts vom 9. September 1998 in Sachen S. (K 87/98) Rechnung tragende Berichtigung der Parteibezeichnung. Wie bereits dargelegt wurde, war die Identität der Klägerinnen sowohl für das Schiedsgericht als auch für den Beklagten ungeachtet der unzulässigen Form der Bezeichnung von Anfang an unzweifelhaft.

Dass die Beteiligung von Krankenkassen, welche im streitbetroffenen Abrechnungsjahr effektiv gar keine Kostenvergütungen erbracht haben, an einem Pauschalbeanstandungsverfahren weder unter dem Gesichtspunkt der Sachlegitimation noch unter demjenigen des Rechtsschutzinteresses prozess- oder materiellrechtliche Probleme aufwirft, hat das Schiedsgericht in seinem Urteil vom 29. November 2001 in Sachen S. (SR.1997.00013) mit ausführlicher Begründung dargelegt. Damit die prozeduralen Erwägungen des vorliegenden Entscheids nicht mit der Wiederholung der dortigen - den Klägerinnen bekannten - Ausführungen über Gebühr verlängert werden müssen, nimmt das Schiedsgericht im vorliegenden Verfahren eine anonymisierte Fassung des besagten Urteils als Urk. 109 zu den Akten und stellt diese dem Beklagten mit dem Entscheid zu.

Um die im vorliegenden Fall vor der Eröffnung des Hauptverfahrens erfolgte Konzentration der Klägerschaft auf diejenigen Krankenkassen, welche im Abrechnungsjahr 1995 effektiv Kostenvergütungen für Leistungen des Beklagten erbracht haben, adäquat würdigen zu können, ist zunächst festzuhalten, dass die gesetzlichen Vorschriften über die Wirtschaftlichkeit der Leistungen (Art. 23 KUVG und Art. 56 KVG) nicht nur die Leistungserbringer zu wirtschaftlichem Handeln, sondern auch die Versicherungssträger zur Wirtschaftlichkeitskontrolle und zur Sanktionierung unwirtschaftlicher Leistungserbringer verpflichten (so bereits BGE 103 V 145 ff. E.3 mit Bezug auf Art. 23 KUVG). Dies bedeutet unter anderem, dass die Krankenversicherer die ihnen zur Kostenrückerstattung eingereichten Rechnungen statistisch auszuwerten (vgl. Art. 23 KVG in Verbindung mit Art. 28 und Art. 76 KVV) und bei signifikanten Überschreitungen der durchschnittlichen Fallkosten, welche von den betroffenen Leistungserbringern vorprozessual nicht schlüssig erklärt werden können, gestützt auf das Ergebnis des statistischen Vergleichs ein Pauschalbeanstandungsverfahren einzuleiten haben. Dies hat innerhalb eines Jahres seit Kenntnis der Statistik, aus welcher die Überschreitung der durchschnittlichen Fallkosten ersichtlich ist (vgl. Urk. 2/2, Behandlungsfallstatistik "Einzelne Aerzte?"), zu erfolgen (BGE 103 V 154 Erw. 4 am Ende; RSKV 1982 Nr. 505 S. 204 Erw. 4b; unveröffentlichte Urteile T. vom 27. Oktober 1988, K 99/87, D. vom 14. Januar 1992, K 74/90 und H. vom 2. Juni 1992, K 76/91), unabhängig davon, ob per Ablauf der Verwirkungsfrist bereits statistische Unterlagen über die von den einzelnen Krankenkassen vergüteten Rechnungen vorliegen (Urk. 18/1 und Urk. 18/2, Behandlungsfallstatistik "Daten pro Kasse?"). Das ist den Krankenkassen auch ohne weiteres zumutbar, denn im Pauschalbeanstandungsverfahren bilden sie eine Streitgenossenschaft, welche eine an die Streitgenossenschaft zu leistende Zahlung verlangt, deren Höhe als Quotenanteil der von allen Krankenkassen in einem bestimmten Abrechnungsjahr vergüteten Rechnungen des eingeklagten Leistungserbringers

bestimmt wird, wobei der Gesamtbetrag aller von den Mitgliedern der Streitgenossenschaft vergüteten Rechnungen eines Leistungserbringers die Anspruchsgrundlage für den Rückersatzanspruch bildet. Wenn einerseits eine allein auf statistische Unterlagen abgestützte Klage zugelassen, andererseits aber von den Krankenkassen verlangt wird, dass sie ihren Anspruch gegebenenfalls auch geltend machen, bevor Statistiken über die von den einzelnen Krankenkassen vergüteten Rechnungen vorliegen, ist hinzunehmen, dass sich unter Umständen auch Krankenkassen, welche im betreffenden Jahr keine Rechnungen eines Leistungserbringers vergütet haben, an der Streitgenossenschaft gegen ihn beteiligen. Denn wenn aus den statistischen Unterlagen, welche im Zeitpunkt der Klageerhebung vorliegen, nicht hervorgeht, welche Kassen effektiv in welchem Umfang Vergütungen geleistet haben, besteht nur dann Gefahr für die vollumfängliche Ausschöpfung des Rückersatzanspruchs, wenn sich vorsorglich alle Krankenkassen an der Streitgenossenschaft beteiligen. Dass sich darunter auch solche befinden, welche im streitbetroffenen Jahr gar keine Rechnungen des eingeklagten Leistungserbringers vergütet haben, ändert weder etwas an der Anspruchsgrundlage (und damit an der Identität der Klage), noch schränkt es die prozessualen Abwehrmöglichkeiten des eingeklagten Leistungserbringers ein. Für ihn ist völlig belanglos, welche Kasse welche Vergütungen geleistet hat und demzufolge welchen Rückforderungsanspruch erholt. Denn er muss sich nicht gegen den Anspruch der einzelnen Kasse zu Wehr setzen, sondern gegen den auf die Beurteilung seiner gesamten kassenärztlichen Tätigkeit abgestützten Vorwurf der Überarztlung.

Zeigt sich in einem späteren Prozessstadium, welche Kassen effektiv in welchem Umfang Vergütungen geleistet haben, und treten dann diejenigen, für die das nicht zutrifft, aus der Streitgenossenschaft aus, hat dies nur insofern Auswirkungen auf die prozessuale Stellung des Beklagten, als sich dann das Haftungssubstrat für seine Prozessentscheidung im Falle des Obsiegens verkleinert. Dieser Umstand würde es allenfalls verbieten, Mitglieder der Streitgenossenschaft eines Pauschalbeanstandungsverfahrens, bei denen sich erst nach der Einleitung des Hauptverfahrens zeigt, dass sie im streitbetroffenen Jahr keine Vergütungen von Rechnungen des beklagten Leistungserbringers erbracht haben, formlos aus dem Rubrum zu streichen. Bis zur Einleitung des Hauptverfahrens bildet diese Überlegung jedoch kein Hindernis für eine auf § 23 SGGVO abgestützte formlose Streichung der betreffenden Klagen aus dem Rubrum durch das leitende Mitglied des Schiedsgerichts, denn so lange kann - unabhängig vom Verfahrensausgang - kein Anspruch auf Prozessentscheidung entstehen (§ 16 Abs. 1 SGGVO). Wie prozessual zu verfahren wäre, wenn einzelne Klagen eines Pauschalbeanstandungsverfahrens erst nach Einleitung des Hauptverfahrens aus dem Prozess ausscheiden wollten, weil sie im streitbetroffenen Jahr keine Vergütungen von Rechnungen des beklagten Leistungserbringers erbracht haben, braucht hier nicht weiter erörtert zu werden.

2.2.2.2.2. Des Weiteren rügt der Beklagte, die paritätische Besetzung des Schiedsgericht mit Schiedsrichtern, welche berufs- bzw. branchenspezifischen Gruppen angehören, führe faktisch dazu, dass regelmäßig eine Pattsituation entstehe, in welcher das leitende Mitglied als Einzelrichter entscheide. Dadurch werde die Institution des vom Gesetzgeber eingesetzten Kollegialgremiums ausgehebelt und die Garantie eines unabhängigen, unvoreingenommenen, auf Gesetz beruhenden Gerichts gemäß Art. 6 Abs. 1 der Europäischen Menschenrechtskonvention (EMRK) verletzt (Urk. 36 Ziff. 8).

??????? An dieser R?ge ist nach den Erfahrungen des leitenden Mitglieds und des Gerichtssekret?rs nicht nur die tats?chliche Annahme falsch, dass sich Berufs- oder Branchengruppen angeh?rende Schiedsrichter stets zu Gunsten der Partei entscheiden, deren Gruppe sie repr?sentieren. Auch die Folgerungen des Beklagten aus seiner nicht zutreffenden Behauptung verm?gen nicht zu ?berzeugen. Denn selbst wenn es tats?chlich so w?re, wie der Beklagte behauptet, w?rde damit durchaus nicht die Institution des vom Gesetzgeber eingesetzten Kollegialgremiums ?ausgeholt?. Der Gesetzgeber hat ja nicht nur ein Kollegialgremium, sondern auch dessen parit?tische Besetzung mit Berufsgruppen- und Branchenvertretern vorgesehen, und damit das Risiko einer Pattsituation, bei welcher die Stimme des leitenden Mitglieds den Ausschlag gibt, bewusst in Kauf genommen. Ebenso wenig ist - immer unter der nicht zutreffenden Voraussetzung, dass die diesbez?gliche tats?chliche Behauptung des Beklagten richtig w?re - nachvollziehbar weshalb Art. 6 Abs. 1 EMRK verletzt sein sollte, wenn das leitende Mitglied faktisch als Einzelrichter amtiert, weil stets eine Pattsituation zwischen den Fachrichtern vorliegt. Art. 6 Abs. 1 EMRK garantiert nicht die Beurteilung durch ein Kollegialgericht, sondern - unabh?ngig von deren Zahl - durch unabh?ngige, unvoreingenommene, auf Gesetz beruhende Richter. Dass das leitende Mitglied des Schiedsgerichts als Einzelrichter diesen Anforderungen nicht entsprechen w?rde, behauptet der Beklagte nicht.

2.3???? Es liegt ausserhalb der Kognition des angerufenen Gerichts, ?ber die Rechts- und Verfassungsm?ssigkeit der Wahl seiner Mitglieder zu befinden. Die Pr?fung der vom Beklagten aufgeworfenen Frage, ob der Schiedsrichter Dr. Josef Hoppler am Beschluss vom 2. November 2000 (Urk. 48) mitwirken durfte, obwohl er keinen Wohnsitz im Kanton Z?rich hatte (vgl. Urk. 36 Ziff. 6), muss daher der Rechtsmittelinstanz vorbehalten bleiben. Lediglich bemerkungsweise sei festgehalten, dass der Schiedsrichter Dr. Josef Hoppler auch zum Zeitpunkt seiner Wahl durch den Regierungsrat des Kantons Z?rich keinen Wohnsitz im Kanton hatte, welcher Umstand aus dem im Amtsblatt des Kantons Z?rich publizierten Wahlbeschluss vom 18. Oktober 1995 (RRB 3061; zur Publikation: vgl. Dispositiv-Ziffer II) ersichtlich war. Dieser Wahlbeschluss erwuchs in Rechtskraft. F?r das leitende Mitglied des Schiedsgerichts bestand kein Anlass, den rechtskr?ftig gew?hlten Schiedsrichter Dr. Josef Hoppler nicht einzusetzen.

### **E. 3**

3.1???? Da f?r die materielle Beurteilung der Streitsache in zeitlicher Hinsicht grunds?tzlich diejenigen Rechtss?tze massgeblich sind, die bei Erf?llung des zu Rechtsfolgen f?hrenden Tatbestandes Geltung haben (BGE 122 V 34 f. Erw. 1 mit Hinweis), und da sich der kl?gerische Anspruch aus einem Tatbestand ableitet, der sich im Jahre 1995 realisiert hat, ist die rechtliche Beurteilung aufgrund des bis zum 31. Dezember 1995 in Kraft gestandenen Bundesgesetzes ?ber die Krankenversicherung (KUVG) vorzunehmen.

3.2???? Nach Art. 23 KUVG haben sich die ?rzte, Apotheker, Chiropraktoren, Hebammen, medizinischen Hilfspersonen, Laboratorien und Heilanstalten in der Behandlung, in der Verordnung und Abgabe von Arzneimitteln sowie in der Anordnung und Durchf?hrung von wissenschaftlich anerkannten Heilwendungen und Analysen auf das durch das Interesse des Versicherten und den Behandlungszweck erforderliche Mass zu beschr?nken. Diese Bestimmung verpflichtet die als Leistungserbringer in der Krankenversicherung t?tigen Personen und Institutionen zur wirtschaftlichen Behandlungsweise und stellt damit eine Schutzvorschrift f?r die Versicherten und die Kassen dar, die gem?ss Art. 3 Abs. 3 KUVG

die Krankenversicherung nach den Grundsätzen der Gegenseitigkeit zu betreiben haben. Die Kassen müssen ferner Sicherheit dafür bieten, dass sie die übernommenen Verpflichtungen erfüllen können (Art. 3 Abs. 4 KUVG). Zur Verwirklichung des Prinzips der Gegenseitigkeit und zur Garantie ihrer Leistungsfähigkeit haben sie dafür zu sorgen, dass die Leistungserbringer der Vorschrift wirtschaftlicher Behandlungsweise nachkommen. Dieser Aufgabe könnten die Kassen nicht hinreichend gerecht werden, wenn es ihnen bloss gestattet wäre, eine unwirtschaftliche Behandlung im voraus abzulehnen, was ohnehin praktisch selten genug zutreffen dürfte. Vielmehr muss ihnen die Möglichkeit offen stehen, Zahlungen für pflicht- und rechtswidrige Behandlung zu verweigern. Folgerichtig dürfen bereits erbrachte Leistungen zurückgefordert werden, wenn sich nachträglich ergibt, dass sie zu Unrecht bezogen worden sind. Andernfalls wäre Art. 23 KUVG - auch abgesehen von Art. 24 über den Ausschluss von Leistungserbringern - weitgehend illusorisch. Die Kassen sind, mit andern Worten, gegenüber der Gesamtheit ihrer Versicherten gehalten, unrechtmässig erfolgte Leistungen wieder einzutreiben, damit der von Art. 23 KUVG zwingend geforderte gesetzliche Zustand verwirklicht und gegebenenfalls wiederhergestellt wird. - Indirekt geht übrigens auch Art. 25 Abs. 3 KUVG davon aus, dass der Kasse ein Rückforderungsanspruch zusteht, bestimmt er doch, dass das Schiedsgericht auch zuständig ist, wenn das Honorar vom Versicherten geschuldet wird, und dass die Kasse zur selbständigen Prozessführung ermächtigt ist, ohne Rücksicht darauf, ob die Rechnung vom Versicherten als Honorarschuldner bereits bezahlt worden ist (BGE 103 V 145 ff. E.3).

Soweit der Beklagte in Urk. 36 Ziff. 15 die Aktivlegitimation der Klägerinnen zur Rückforderung der Vergütungen für unwirtschaftliche Behandlungen in Frage stellen will, finden seine Ausführungen in der Rechtsprechung des Eidgenössischen Versicherungsgerichts somit keine Stütze.

### **E. 3.1**

3.1.1?? Mit Beschluss vom 2. November 2000 wurde der Schriftenwechsel als geschlossen erklärt (Dispositiv-Ziffer 1) und das Beweisverfahren eröffnet, indem die Parteien darüber in Kenntnis gesetzt wurden, dass nach Auffassung des Schiedsgerichts in tatsächlicher Hinsicht darüber Beweis zu erheben sei

- ob die 75 namentlich genannten Erkrankten vom Beklagten im Zeitraum von Anfang 1993 bis Ende 1995 zu Lasten der Konkordatsrechnung 1995 behandelt wurden und welche Leistungen der Beklagte wann für diese Erkrankten erbracht habe,

- inwieweit diese Behandlungen von Vertrauensärzten der Klägerinnen gestützt auf Art. 2 Abs. 3 der Verordnung 8 des EDI geprüft und genehmigt worden seien, sowie

- soweit keine vertrauensärztliche Genehmigung der Behandlungen vorliegen, wann aufgrund welcher Befunde welche Erkrankung diagnostiziert und wie das therapeutische Vorgehen evaluiert worden sei, sowie über den Krankheitsverlauf und allfällige dadurch bedingte Therapieänderungen.

Dementsprechend wurde der Beklagte verpflichtet (Dispositiv-Ziffern 2-4)

- dem Schiedsgericht entweder zu bestätigen, dass er die von den Klägerinnen namentlich genannten 75 Erkrankten, welche den Klägerinnen von der Konkordatsrechnung 1995 erfasste Honorarrechnungen des Beklagten eingereicht haben, im Zeitraum zwischen Anfang 1993 und Ende 1995 behandelt hat, und dass es sich bei diesen um eine

repräsentative Auswahl handelt oder seinerseits dem Schiedsgericht eine vollständige Liste der von ihm in diesem Zeitraum zu Lasten der sozialen Krankenversicherung behandelten Erkrankten (Name und Adresse) einzureichen,

- entweder für die von den Klägerinnen 75 namentlich bezeichneten oder für sämtliche nach seinen Angaben zwischen Anfang 1993 und Ende 1995 zu Lasten der sozialen Krankenversicherung behandelten Patientinnen und Patienten eine detaillierte Auflistung der im fraglichen Zeitraum erbrachten ärztlichen Leistungen einzureichen, aus der hervorgeht, welche Leistung (Tarifposition) wann (Tag und Stunde) für welche erkrankte Person erbracht wurde und wann der Beklagte dafür Rechnung gestellt hat (Rechnungsdatum),

- entweder nachzuweisen, dass die Leistungen gemäss Dispositiv-Ziffer 3 von Vertrauensärzten der Klägerinnen gestützt auf Art. 2 Abs. 3 der Verordnung 8 des EDI geprüft und genehmigt worden sind, oder in einer für einen gerichtlichen Experten nachvollziehbaren Weise darzulegen, aufgrund welcher Befunde er in den einzelnen Fällen welche Erkrankung diagnostiziert und wie er das therapeutische Vorgehen evaluiert sowie gegebenenfalls im Verlaufe der Behandlung entsprechend dem Krankheitsverlauf angepasst hat.

Ferner wurde den Parteien Frist angesetzt, um weitere Beweismittel einzureichen oder zu bezeichnen (Dispositiv-Ziffer 5), sowie dem Beklagten, um gegebenenfalls dem Gericht zur Wahrung schutzwürdiger Interessen seiner selbst oder Dritter nötige Anordnungen zu beantragen (Dispositiv-Ziffer 6). Die Beweisanordnungen gemäss den Dispositiv-Ziffern 2-4 ergingen unter der Androhung, dass Sühnis nach § 148 ZPO gewürdigt werde (Dispositiv-Ziffer 7). Die Erhebung und Abnahme weiterer Beweise wurde dem leitenden Mitglied des Schiedsgerichts übertragen (Dispositiv-Ziffer 8).

3.1.2?? Mit Eingabe vom 28. November 2000 (Urk. 52) beantragte der Beklagte unter Bezugnahme auf Dispositiv-Ziffer 6 des Beschlusses vom 2. November 2000,

- es sei darauf zu verzichten, den Beklagten dazu zu verpflichten, eine detaillierte Auflistung der zwischen Anfang 1993 und Ende 1995 erbrachten ärztlichen Leistungen einzureichen,

- es sei darauf zu verzichten, den Beklagten zu verpflichten, die Auflagen gemäss Dispositiv Ziff. 4 zu erfüllen,

- es seien bezüglich der in Beschluss Ziff. 3 und 4 genannten Bereiche die Klägerinnen zu verpflichten, die entsprechenden Unterlagen herauszugeben,

- es seien insoweit die vom Schiedsgericht als massgebend betrachteten Unterlagen allesamt von den Klägerinnen beizuziehen,

eventualiter sei

- dem Beklagten zu gestatten, die in Ziff. 4 des Beschlusses genannten Auskünfte ausschliesslich dem gerichtlichen Experten zu erteilen,

- soweit der Beklagte verpflichtet sei, Unterlagen einzureichen, sei es ihm zu gestatten, diese gänzlich anonymisiert einzureichen,

subeventualiter sei dem Beklagten zu gestatten, Namen und Adressen der behandelten Erkrankten ausschliesslich dem gerichtlichen Experten mitzuteilen.

3.1.3?? Diesen Antr?gen wurde mit Verf?gung des leitenden Mitglieds des Schiedsgerichts vom 7. Dezember 2000 insofern teilweise entsprochen, als der erste Satzteil von Dispositiv-Ziffer 4 des Beschlusses vom 2. November 2000 dahingehend pr?zisiert wurde, dass der Beklagte bez?glich der von ihm behaupteten vertrauens?rztlichen Genehmigungen von Behandlungen lediglich anzugeben habe, welche Behandlungen, von wem, wann in welchem Umfang genehmigt wurden, und dem Beklagten die Frist zu einer f?r einen gerichtlichen Experten nachvollziehbaren Darlegung der Befunde, aufgrund derer er in den einzelnen F?llen welche Erkrankung diagnostiziert, das therapeutische Vorgehen evaluiert sowie gegebenenfalls im Verlaufe der Behandlung entsprechend dem Krankheitsverlauf angepasst hat, gem?ss Dispositiv Ziffer 4 zweiter Satzteil des Beschlusses vom 2. November 2000 vorl?ufig abgenommen wurde. Im ?brigen wurden die mit der beklagatischen Eingabe vom 28. November 2000 gestellten Antr?ge abgewiesen (Urk. 55).

3.1.4?? Am 26. Februar 2001 reichte der Beklagte eine ?bersicht ?ber die Behandlungen der von den KI?gerinnen in Urk. 24 aufgelisteten Patientinnen und Patienten (Urk. 62/1) sowie diese (Urk. 62/2, 209 nicht einzeln akturierte Rechnungen) und 42 weitere (Urk. 62/3, 73 nicht einzeln akturierte Rechnungen) Patientinnen und Patienten betreffende Honorarrechnungen ein. Mit Verf?gung vom 14. M?rz 2001 (Urk. 63) wurde der Beklagte darauf hingewiesen, dass in der eingereichten ?bersicht der Zeitpunkt der ?rztlichen Leistungen f?r die darin aufgef?hrten Patientinnen und Patienten nicht nach Datum und Uhrzeit bestimmt werde und daher die tats?chliche Erbringung der von den KI?gerinnen gem?ss den vom Beklagten eingereichten Honorarrechnungen (Urk. 62/2 und Urk. 62/3) verg?teten Leistungen nicht ?berpr?fbar sei. Demzufolge wurde dem Beklagten Frist angesetzt, um ein Leistungskalendarium einzureichen, aus welchem ersichtlich ist, wann genau welche gem?ss den vom Beklagten eingereichten Honorarrechnungen verg?teten Leistungen erbracht worden waren. Damit der Beklagte dieser Aufforderung nachkommen konnte, wurden seinem Rechtsvertreter die am 26. Februar 2001 als Urk. 61/2 und Urk. 61/3 zu den Akten genommenen Originale der Honorarrechnungen zur Einsicht bis Fristablauf zugestellt.

3.1.5?? Der Anordnung gem?ss Verf?gung vom 14. M?rz 2001 kam der Beklagte am 9. April 2001 bez?glich der Honorarrechnungen Urk. 62/2 mit der Einreichung von Urk. 66/6 und am 26. April 2001 bez?glich der Honorarrechnungen Urk. 62/3 mit der Einreichung von Urk. 68/4 nach. Des Weiteren reichte der Beklagte am 26. April 2001 (Urk. 67) ein Rundschreiben an seine Patientinnen und Patienten samt Fragebogen betreffend Qualit?t der Behandlung und Korrektheit des Leistungskalendariums (Urk. 68/5) zu den Akten. Gem?ss der ebenfalls eingereichten Kopie eines Schreibens vom 19. April 2001 an seinen Rechtsvertreter sah der Beklagte sich aufgrund eines Telefongespr?chs mit dem Gerichtssekret?r vom 22. M?rz 2001 zum Versand eines solchen Rundschreibens veranlasst (Urk. 68/6). Mit Schreiben vom 30. April 2001 an den Rechtsvertreter des Beklagten stellten das leitende Mitglied und der Sekret?r des Schiedsgerichts klar, dass weder das leitende Mitglied etwas Derartiges angeordnet noch der Gerichtssekret?r eine entsprechende Anregung gegeben h?tten und beide nicht daran d?chten, die Patientinnen und Patienten des Beklagten in das Verfahren hineinzuziehen (Urk. 69).

3.1.6?? Am 3. Mai 2001 teilte der Gerichtssekret?r dem Rechtsvertreter des Beklagten mit, nach der R?cksendung der ihm mit der Verf?gung vom 14. M?rz 2001 ?berlassenen Originalakten sei festgestellt worden, dass einzelne Rechnungsoriginale aus Urk. 62/3 entfernt worden seien; er m?ge daf?r besorgt sein, dass die aus Urk. 62/3 entnommenen

Rechnungen dem Gericht umgehend wieder eingereicht w?rden (Urk. 70). Daraufhin reichte dieser dem Gericht zwei aus Urk. 62/3 entnommene Rechnungen ein (vgl. Urk. 71). Vier weitere Rechnungen, welche aus Urk. 62/3 entnommen worden waren, wurden auf die gerichtliche Aufforderung hin nicht wieder eingereicht.

3.1.7?? Am 9. Mai 2001 gelangte das Schiedsgericht mit einem Amtshilfegesuch an den Kantons?rztlichen Dienst der Gesundheitsdirektion des Kantons Z?rich (Urk. 72). Es ersuchte diesen, gest?tzt auf seine aufsichtsrechtlichen Kompetenzen vom Beklagten Krankengeschichten, Korrespondenzen und sonstige Aufzeichnungen ?ber zwischen Oktober 1994 und Ende 1995 behandelte Patientinnen und Patienten einzuverlangen bzw. diese Unterlagen gegebenenfalls sicherzustellen. Dies werde vom Schiedsgericht als erforderlich angesehen, weil der Beklagte im laufenden Verfahren bereits versucht habe, Beweismittel zu seinen Gunsten zu ver?ndern, und die Gefahr bestehe, dass er dies w?hrend einer erwartungsgem?ss langwierigen Auseinandersetzung um die Edition von Praxisaufzeichnungen im Schiedsgerichtsverfahren auch bei diesen Beweismitteln tun werde. Um die Privatsph?re der betroffenen Patientinnen und Patienten sowie die prozessualen Mitwirkungsrechte der Parteien weitestgehend wahren zu k?nnen, werde das Schiedsgericht alsdann die beim Kantons?rztlichen Dienst zu deponierenden Akten mittels einer vom Beklagten beim Eidgen?ssischen Versicherungsgericht anfechtbaren Verf?gung beiziehen. Gegebenenfalls k?nne es f?r die Beweis Zwecke des Schiedsgerichts sogar gen?gen, wenn der Kantonsarzt oder eine andere dem Arztgeheimnis unterstehende Medizinalperson Einsicht in die Praxisaufzeichnungen nehmen und dem Schiedsgericht bestimmte Fragen per Amtsbericht beantworten w?rde.

Mit Schreiben vom 6. Juni 2001 lehnte es der Kantons?rztliche Dienst ab, dem Schiedsgericht die nachgesuchte Amtshilfe zu gew?hren (Urk. 73).

### **E. 3.1.8**

Daraufhin wurde dem Beklagten mit anfechtbarer Zwischenverf?gung vom 13. Juni 2001 (Urk. 74) eine einmalige, nicht erstreckbare Frist von 10 Tagen angesetzt, um dem Schiedsgericht Krankengeschichten, Korrespondenzen und sonstige Aufzeichnungen ?ber die Patientinnen und Patienten, f?r die Honorarrechnungen vorliegen, vollst?ndig im Original einzureichen. Dabei wurde darauf hingewiesen, dass der Beklagte berechtigt sei, von den zu edierenden Originalakten f?r seinen Gebrauch Kopien zu erstellen und die zu edierenden Akten in versiegelten Couverts oder Paketen einzureichen (Dispositiv-Ziffer 1). Mit Dispositiv-Ziffer 2 der n?mlichen Verf?gung wurde der Beklagte verpflichtet, die vier noch fehlenden aus Urk. 62/3 entnommenen Rechnungen einzureichen. F?r den Fall einer Weigerung des Beklagten, der Editionsspflicht gem?ss Dispositiv-Ziffer 1 oder der Akten?ckgabepflicht gem?ss Dispositiv-Ziffer 2 fristgem?ss nachzukommen, wurde ihm angedroht, sein Verhalten w?rde nach ? 148 ZPO gew?rdigt (Dispositiv-Ziffer 3). Schliesslich wurde festgestellt, dass der Beklagte durch die Aufforderung, die in Dispositiv-Ziffer 1 genannten Akten dem Schiedsgericht einzureichen, insoweit gegen?ber dem Schiedsgericht von der Pflicht zur Wahrung des Berufsgeheimnisses entbunden sei, und wurde in Aussicht gestellt, dass die vom Beklagten versiegelt eingereichte Couverts oder Pakete durch das leitende Mitglied des Schiedsgerichts entsiegelt und deren Inhalt zu den Akten des Prozesses genommen werde, sobald Dispositiv-Ziffer 4 dieser Verf?gung in Rechtskraft erwachsen sei (Dispositiv-Ziffer 4).

3.1.9?? Mit Eingabe vom 25. Juni 2001 kam der Beklagte der Aufforderung gem??ss Dispositiv-Ziffer 2 der Verf?gung vom 13. Juni 2001 nach (vgl. Urk. 76). Gleichentags erhob er beim Eidgen??ssischen Versicherungsgericht Verwaltungsgerichtsbeschwerde mit dem Antrag, Dispositiv-Ziffer 1 der Verf?gung vom 13. Juni 2001 ersatzlos aufzuheben (Urk. 77/3). Dieses wies die Verwaltungsgerichtsbeschwerde mit Urteil vom 27. November 2001 ab (Urk. 78, Proz.-Nr. K 90/01). Nach dem Eingang des Urteils wurde dem Beklagten mit Verf?gung vom 10. Dezember 2001 mitgeteilt, dass die mit Verf?gung des leitenden Mitglieds des Schiedsgerichts vom 13. Juni 2001 in Dispositiv Ziff. 1 angesetzte einmalige, nicht erstreckbare Frist von zehn Tagen mit Zustellung der vorliegenden Verf?gung zu laufen beginne (Urk. 79).

Am 7. Januar 2002 (Urk. 78) liess der Beklagte dem Schiedsgericht mitteilen, dass er das zur Frage der Edition seiner Praxisunterlagen ergangene Urteil des Eidgen??ssischen Versicherungsgerichts zur Kenntnis genommen habe (Urk. 82 S. 1), aber nach einer erneuten, sorgf?ltigen und umfassenden Abw?gung der auf dem Spiel stehenden Interessen beschlossen habe, der Aufforderung zur Edition seiner Praxisunterlagen nicht nachzukommen (Urk. 81 S. 1). Gleichzeitig beantragte er, er sei ihm umfassende Akteneinsicht zu gew?hren (Urk. 81 S. 2).

#### **E. 3.1.10**

Mit Eingabe vom 24. Januar 2002 (Urk. 83) beantragte der Beklagte, es sei durch entsprechende Auftragserteilung eine Begutachtung in die Wege zu leiten, ob - sofern eine einzelfallweise ?berpr?fung vorgenommen werden soll - in den einzelnen F?llen die krankensicherungsrechtlichen Bestimmungen beachtet wurden. Zudem seien die Kl?gerinnen zu verpflichten, die Rohdaten des statistischen Fallkostenvergleichs vorzulegen.

#### **E. 3.1.11**

Ein vom Beklagten am 21. Januar 2002 (Urk. 84/3) eingereichtes Gesuch um Revision des Urteils vom 27. November 2001 wies das Eidgen??ssische Versicherungsgericht mit Urteil vom 27. Mai 2002 ab (Urk. 86).

#### **E. 3.2**

3.2.1?? Mit Verf?gung vom 20. Juni 2002 (Urk. 87) wurde das Beweisverfahren abgeschlossen (Dispositiv-Ziffer 1) und den Parteien Frist angesetzt, um zum Ausgang des Beweisverfahrens Stellung zu nehmen (Dispositiv-Ziffer 2). Zudem wurde den Parteien an Stelle des in der Amtsperiode 2001 - 2007 nicht mehr amtierenden Schiedsrichters Dr. Josef Hoppler, Mels, als neuer Schiedsrichter aus der Gruppe ?Krankenkassen? Dr. J?rg Baumberger, Sirnach, vorgeschlagen und wurde verf?gt, dass dieser als ernannt gelte, sofern er nicht von einer der Parteien innert einer Frist von 10 Tagen unter Angabe der Gr?nde abgelehnt werde (Dispositiv-Ziffer 3).

3.2.2?? Mit Eingaben vom 13. (Urk. 93) und 19. August 2002 (Urk. 95) verlangte der Beklagte die Herausgabe der vom Schiedsgericht erstellten Aktenauswertung, welche dem Eidgen??ssischen Versicherungsgericht im Verfahren K 90/01 zugestellt worden war, in die die Parteien ab bisher keine Einsicht erhalten hatten. Dies wurde vom Sekret?r (Urk. 94) wie auch vom leitenden Mitglied (Urk. 96) des Schiedsgerichts abgelehnt.

3.2.3?? Am 2. September 2002 reichten die Parteien ihre Stellungnahmen zum Ausgang des Beweisverfahrens ein (Urk. 97, Kl?gerinnen; Urk. 98, Beklagter). Gleichzeitig erhob der

Beklagte beim Eidgenössischen Versicherungsgericht Verwaltungsgerichtsbeschwerde mit dem Antrag, es sei ihm Einsicht in den bei der Vorinstanz liegenden Ordner mit den vorläufigen Auswertungen zu geben (Urk. 102/3 S. 2). Auf diese Beschwerde trat das Eidgenössische Versicherungsgericht mit Urteil vom 9. Januar 2003 nicht ein (Urk. 104).

Das Schiedsgericht zieht in Erwägung:

1.

1.1 Gemäss Art. 89 Abs. 1 des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung (KVG) sind Streitigkeiten zwischen Versicherern und Leistungserbringern durch ein Schiedsgericht zu entscheiden. Neben der sachlichen regelt das Bundesrecht auch die örtliche Zuständigkeit (Art. 89 Abs. 2 KVG) sowie die Zuständigkeit im System des Tiers garant (Art. 89 Abs. 3 KVG) und die personelle Zusammensetzung des Schiedsgerichts (Art. 89 Abs. 4 Sätze 2 und 3 KVG). Im übrigen legt es bezüglich des Verfahrens lediglich fest, dass dieses einfach und rasch zu sein habe, sowie, dass das Schiedsgericht die für den Entscheid erheblichen Tatsachen unter Mitwirkung der Parteien festzustellen habe, wobei es die notwendigen Beweise erhebt und in der Beweiswürdigung frei ist (Art. 89 Abs. 5 KVG). Ferner verlangt das Bundesrecht, dass die Entscheide mit einer Begründung, einer Rechtsmittelbelehrung sowie mit den Namen der Mitglieder des Gerichts versehen schriftlich eröffnet werden (Art. 89 Abs. 6 KVG). Der Kanton bezeichnet das Schiedsgericht (Art. 89 Abs. 4 Satz 1 KVG) und regelt das Verfahren (Art. 89 Abs. 5 Halbsatz 1 KVG), was bedeutet, dass den Kantonen eine weitgehende Gesetzgebungskompetenz zur Ausgestaltung des Verfahrens zusteht (Alfred Maurer, Das neue Krankenversicherungsrecht, Basel und Frankfurt 1996, S. 175). Ihre Schranken findet diese Gesetzgebungskompetenz - genauso wie bei der kantonalen Kompetenz zur Regelung der Zivilgerichtsbarkeit - dort, wo kantonale Verfahrensregeln den bundesrechtlichen Verfahrensgrundsätzen widersprechen oder allgemein die Verwirklichung des materiellen Bundesrechts vereiteln (Frank/Struuli/Messmer, Kommentar zur zürcherischen Zivilprozessordnung, 3. Auflage, N 20 zur Einföhrung).

1.2 Im Kanton Zürich wird das Verfahren in den §§ 35 ff. des Gesetzes über das Sozialversicherungsgericht (GSVGer) und in der Verordnung über das Schiedsgericht in Sozialversicherungsstreitigkeiten (SGVO, Fassung gemäss Verordnung vom 18. Januar 1995) geregelt. Soweit die SGVO nichts Abweichendes anordnet, sind das Gerichtsverfassungsgesetz (GVG) und die Vorschriften der Zivilprozessordnung (ZPO) über das ordentliche Prozessverfahren ergänzend anwendbar (§ 4 SGVO).

1.3 Im Lichte dieser Vorschriften sind zunächst die prozessualen Fragen zu prüfen.

2.

### **E. 3.3**

3.3.1 Zu den beweisrechtlichen Ausführungen des Beklagten (vgl. Urk. 36 Ziff. 10) ist zunächst die Rechtsprechung des Eidgenössischen Versicherungsgerichts bezüglich der sogenannten statistischen Vergleichsmethode in Erinnerung zu rufen.

Danach muss ein kantonales Schiedsgericht nicht alle Positionen sämtlicher Rechnungen eines Arztes überprüfen, um beurteilen zu können, ob und in welchem Umfang ein Arzt die Vorschrift der Wirtschaftlichkeit der Behandlung verletzt hat, sondern es kann sich ohne Willkür darauf beschränken, die Statistik der durchschnittlichen Behandlungskosten des betreffenden Arztes mit derjenigen der Behandlung durch andere, unter ähnlichen

Bedingungen praktizierende Ärzte zu vergleichen, sofern dieser Vergleich sich auf einen genügend langen Zeitraum erstreckt und die statistischen Angaben in gleichartiger Weise ermittelt werden. Auch wenn das Eidgenössische Versicherungsgericht in jenem Fall den Entscheid des kantonalen Gerichts schätzte, zur Bestimmung des Umfanges des Rückerstattungsanspruchs wegen Überarztung auf die analytische Methode abzustellen, wies es doch deutlich darauf hin, dass die analytische Methode sehr kostspielig und zeitaufwendig sei und daher - wenn man sie extensiv anwenden würde - die Wirksamkeit des Art. 23 KUVG beeinträchtigen könnte, weshalb grundsätzlich der vergleichenden Methode der Vorzug zu geben sei. Wenn man einem verallgemeinernden Überschreiten der üblichen Normen und nicht einigen bestimmten Fällen von Überschreitung gegenüberstehe, sei die vergleichende Methode sogar praktisch allein anwendbar (RSKV 1973 Nr. 184). Nach dieser Rechtsprechung liegt immer eine Überarztung vor, wenn eine ins Gewicht fallende Zahl von Rechnungen desselben Arztes an eine Krankenkasse im Vergleich zu den Rechnungen anderer Ärzte im geographisch gleichen Tätigkeitsbereich und mit etwa dem gleichen Krankengut im Durchschnitt erheblich höher ist, ohne dass besondere Umstände den Kostenunterschied rechtfertigen (BGE 98 V 162 E.3).

Seither hat das Eidgenössische Versicherungsgericht seine Praxis bezüglich der Anwendbarkeit der statistischen Methode zur Überprüfung der Wirtschaftlichkeit der Behandlung wiederholt bestätigt. In RKUV 1986 S. 3 Nr. K 654 hat es festgehalten, dass der statistische Vergleich genüge, eines zusätzlichen Nachweises anhand konkreter Einzelfälle bedürfe es nicht. Ferner hat es die Auffassung vertreten, dass vertragliche Vereinbarungen der Tarifvertragspartner über die Methode der Wirtschaftlichkeitsprüfung die kantonalen Gerichte nicht zu binden vermögen (RKUV 1988 S. 92 Nr. K 761). Schliesslich hat es in BGE 119 V 448 ff. (= Pra (84) 1995 Nr. 52) erklärt, dass es trotz der dagegen erhobenen Kritik nicht gedenke, von seiner Rechtsprechung abzuweichen, weshalb es in erstinstanzlichen Verfahren nicht erforderlich sei, die statistische Methode in Frage zu stellen und diesbezüglich einen Gutachter zu beauftragen.

3.3.2?? Im Hinblick auf die Beantwortung der Frage, welche Sachverhalte unter dem Aspekt der Wirtschaftlichkeit zu überprüfen sind, ist festzuhalten, dass die statistische Vergleichsmethode keine Angaben über die Ursachen der Durchschnittskostenüberschreitung liefert. Sie erfasst Durchschnittskostenüberschreitungen, welche durch unnötige ärztliche Einrichtungen im Einzelfall (medizinisch nicht indizierte Leistungen) verursacht werden, und solche, die durch Fehler und Missbräuche in der Tarifierung entstehen, gleichermaßen. Dies bedeutet, dass auch im Rahmen einer analytischen Wirtschaftlichkeitsprüfung beide Aspekte in die Untersuchung einbezogen werden können - und sollen, wenn Anhaltspunkte dafür vorliegen, dass nicht oder nicht in erster Linie eine fehlende medizinische Indikation der Leistungen zu überhöhten Durchschnittskosten geführt hat. Denn die analytische Wirtschaftlichkeitsprüfung soll die statistische ergänzen und verifizieren, nicht bestimmte Tatbestände der Unwirtschaftlichkeit ausblenden.

3.3.3?? In seinem - den Parteien bekannten - Urteil vom 8. Oktober 1997 in Sachen H. (SR.1995.00011) hatte sich das Schiedsgericht ausführlich mit der beweisrechtlichen Situation bei von den Vertrauensärzten der Krankenkassen im Einzelfall genehmigten, langdauernden Psychotherapien auseinandergesetzt (S. 14 ff., Erw. 6c-e). Dabei kam es zum Schluss, der Umstand, dass die Krankenkassen Psychotherapien von Gesetzes wegen nach einer Behandlung, die 60 einstündigen Sitzungen innert zweier Jahre entspreche (Art.

2 Abs. 2 der Verordnung 8 des EDI) oder auf Gesuch des Leistungserbringers oder des Patienten hin bereits früher auf ihre Wirtschaftlichkeit hin zu überprüfen hätten, bedeute nicht, dass diese Behandlungen nicht mehr zum Gegenstand eines Pauschalbeanstandungsverfahrens gemacht werden dürfen.

Vielmehr obliege es im Rahmen des Pauschalbeanstandungsverfahrens grundsätzlich dem eingeklagten Leistungserbringer, den Nachweis dafür zu erbringen, dass sein Fallkostendurchschnitt deshalb über demjenigen seiner Facharztkollegen liege, weil er bei seinen Patienten überwiegend oder ausschliesslich eine überdurchschnittlich aufwendige Behandlung anwenden musste, weil keine kostengünstigere Alternative bestand. Zur Führung dieses Nachweises könne er sich jedoch auf die von den Vertrauensärzten der Kassen gemäss Art. 2 Abs. 3 der Verordnung 8 des EDI vorgenommenen Einzelfallüberprüfungen berufen. Die Krankenkassen müssten sich die vorbehaltlose Zustimmung ihrer Vertrauensärzte zur Weiterführung der Therapie als durch die Überprüfung geschaffenen Vertrauenstatbestand entgehen lassen, auch wenn die Vertrauensärzte eine Wirtschaftlichkeitsprüfung tatsächlich gar nicht oder zumindest nur ungenügend vorgenommen hätten. Der Leistungserbringer und seine Patienten dürften sich nach Treu und Glauben darauf verlassen, dass die Psychotherapien, deren Weiterführung von den Vertrauensärzten vorbehaltlos bewilligt worden seien, dem Wirtschaftlichkeitsgebot entsprächen. Im Pauschalbeanstandungsverfahren führe die vorbehaltlose Zustimmung der Vertrauensärzte zur Weiterführung der Therapien deshalb zu einer Umkehrung der Beweislast. Bei den von Vertrauensärzten der Kassen nach Art. 2 Abs. 3 der Verordnung 8 des EDI einzelfallweise überprüften Psychotherapien liege es an den Krankenkassen, den Nachweis dafür zu erbringen, dass Psychotherapien, deren Fortsetzung von ihren Vertrauensärzten erlaubt worden sind, aus von diesen Vertrauensärzten nicht erkennbaren Gründen unwirtschaftlich waren (Erw. 6e/bb).

Das Eidgenössische Versicherungsgericht hat in seinem auf Verwaltungsgerichtsbeschwerde der klagenden Krankenkassen hin ergangenen Urteil vom 23. April 1999 (Urk. 19) bestätigt, dass die dem Vertrauensarzt im Rahmen von Art. 2 Abs. 3 der Verordnung 8 des EDI obliegende Überprüfung der Behandlung auch eine Kontrolle der Zweckmässigkeit und Wirtschaftlichkeit der psychiatrischen Behandlung einschliesse (Erw. 5c). Seine Zustimmung zur Fortführung der Behandlung sei eine für die Krankenkassen bindende Bestätigung der Wirtschaftlichkeit. Liege sie vor, bleibe für eine nachträglich Rückforderung kein Raum. Mit der analytischen Methode könne eine solche a priori nicht begründet werden; es sei nach den Gesetzen der Logik ausgeschlossen und zudem mit dem Grundsatz von Treu und Glauben nicht vereinbar, die gleichen Behandlungen, welche im Rahmen von Art. 2 Abs. 3 der Verordnung 8 des EDI von den Krankenversicherern als wirtschaftlich anerkannt worden seien, nachträglich als unwirtschaftlich zu qualifizieren. Aber auch eine auf die statistische Methode gestützte Rückforderung sei ausgeschlossen; wenn jede einzelne Behandlung für sich wirtschaftlich sei, könne auch die Gesamtheit dieser Behandlungen nicht unwirtschaftlich sein (Erw. 5e).

Zu ergenzen sind diese beweisrechtlichen Erwägungen des Schiedsgerichts und des Eidgenössischen Versicherungsgerichts durch ein im Entscheid des Schiedsgerichts nebenbei erwähntes, für die Tragweite der Ausführungen aber entscheidendes Detail, welchem aufgrund der Aktenlage im beurteilten Fall keine Bedeutung zukam. Zu beachten ist nämlich, dass es sich bei der Wirtschaftlichkeitsprüfung durch die Vertrauensärzte der Krankenkassen gemäss Art. 2 Abs. 3 der Verordnung 8 des EDI um eine prognostische

Überprüfung der medizinischen Indikation von noch nicht abgerechneten Leistungen aufgrund von Angaben des Leistungserbringers handelt (vgl. Erw. 6a/aa des Schiedsgerichtsurteils vom 8. Oktober 1997). Sie umfasst mit anderen Worten nicht sämtliche im Rahmen der Wirtschaftlichkeitsprüfung zu berücksichtigenden Aspekte (vgl. vorstehende Erw. 3.2.2) und vermag die Krankenkassen nur hinsichtlich der vom Vertrauensarzt bejahten medizinischen Indikation für die überprüfte Behandlung zu binden. Und auch dies nur, sofern die vom Leistungserbringer abgerechneten Leistungen mit denjenigen identisch sind, welche dem Vertrauensarzt beantragt wurden, sofern die Angaben zum Fall, welche der Vertrauensarzt für Überprüfung der Behandlung erhalten hat, authentisch waren sowie - was, wie noch näher darzulegen sein wird, keineswegs selbstverständlich ist - sofern die abgerechneten Leistungen auch tatsächlich erbracht und tarifkonform abgerechnet worden sind. Ob diese Voraussetzungen für die Anerkennung der von Vertrauensärzten genehmigten Langzeitbehandlungen als Rechtfertigung für hohe Fallkosten erfüllt sind, ist gegebenenfalls von Amtes wegen zu prüfen.

#### **E. 3.3.4**

Schliesslich ist, da der Beklagte in beweisrechtlicher Hinsicht die Auffassung vertritt, es müsse die Unwirtschaftlichkeit seiner Behandlungen nachgewiesen werden (Urk. 46 Ziff. 16), in grundsätzlicher Hinsicht festzuhalten, dass in der sozialen Krankenversicherung unabhängig davon, ob der Vergütungsanspruch gemäss Art. 22 bis Abs. 7 KUVG der versicherten Person oder dem Leistungserbringer zusteht, beide jedenfalls nur dann bzw. erst dann Anspruch auf Kostenvergütungen der Krankenkassen haben, wenn sämtliche gesetzlichen und tarifvertraglichen Voraussetzungen der Kostenvergütung sowohl seitens der versicherten Person (medizinische Indikation der Leistung im konkreten Fall) als auch seitens des Leistungserbringers (Bedingungen für die Abrechnung einer Leistung nach einer bestimmten Tarifposition) erfüllt sind.

Der Nachweis, dass diese Voraussetzungen für den Vergütungsanspruch gegenüber der Krankenkasse erfüllt sind, wird nicht mit der Rechnungsstellung durch den Leistungserbringer bzw. mit der Einreichung der Rechnung zur Kostenrückforderung bei der Krankenkasse durch die versicherte Person erbracht. Denn die Rechnung des Leistungserbringers und ihre Einreichung zur Kostenrückvergütung sind beweisrechtlich nicht mehr als Parteibehauptungen, gemäss denen die Voraussetzungen für die Kostenvergütung erfüllt sein sollen; sie begründen keine gesetzliche oder natürliche Vermutung für den Anspruch auf die Vergütung. Dass die Krankenversicherer die Vergütungen in der Regel ohne eingehende Überprüfung des Sachverhalts auszahlen, ändert hieran nichts und kann ihnen insbesondere nicht als Anerkennung des Vergütungsanspruchs entgegengehalten werden. Eine Ausnahme bildet hier lediglich die Frage der medizinischen Indikation von Leistungen, welche von den Vertrauensärzten überprüft worden ist (vgl. vorstehende Erw. 3.3.3). Ebensowenig kann von den Krankenversicherern verlangt werden, dass sie wegen der bereits erfolgten Zahlung ihre Rückforderung nach bereicherungs- oder deliktsrechtlichen Grundsätzen zu beweisen haben. Vielmehr ist davon auszugehen, dass es sich bei dem auf Art. 23 KUVG abgestützten Rückforderungsanspruch um einen Rückforderungsanspruch sui generis handelt, mit welchem - gegebenenfalls von einer anderen Person als dem Empfänger - Zahlungen zurückgefordert werden, welche unter dem gesetzlichen Vorbehalt einer nachträglichen Überprüfung des Anspruchs auf die Vergütung erfolgten. Im Rückforderungsprozess nach Art. 23 KUVG ist daher grundsätzlich - genauso wie bei Zahlungsverweigerung des Krankenversicherers - der Anspruch auf die

Kostenvergütung und nicht dessen Fehlen zu beweisen.

3.3.5?? Den klagenden Krankenkassen obliegt im Rahmen eines Pauschalbeanstandungsverfahrens daher nur der Nachweis der - Anspruchsgrundlage für die Rückforderung bildenden - Vergütungen und die Geltendmachung von begründeten Zweifeln an der Wirtschaftlichkeit der damit entschiedenen Leistungen, wobei für Letzteres der Hinweis auf eine statistisch signifikante Überschreitung der durchschnittlichen Fallkosten der Vergleichsgruppe ausreichend ist (vgl. vorstehende Erw. 3.3.1).

Liegen ernstzunehmende Anhaltspunkte für eine mögliche Überarztung vor, ist von Amtes wegen abzuklären, ob und in welchem Umfang diese Vermutung gerechtfertigt ist. Dabei ist das Schiedsgericht weder an die Anträge der Parteien - insbesondere nicht an eine allfällige Bezifferung der Rückforderung (vgl. unveröffentlichtes Urteil des Eidgenössischen Versicherungsgerichts vom 11. Juli 1996, K 39/95, Erw. 5b) -, noch an die von Klägerischer Seite vorgebrachten Anhaltspunkte für eine mögliche Überarztung gebunden, sondern hat zwar nicht nach möglichen Ursachen für eine allfällige Überarztung zu forschen, aber im Rahmen eines Beweisverfahrens sämtliche aus den Akten und den Parteivorbringen ersichtlichen Umstände zu prüfen, welche geeignet sind, den Vorwurf der Überarztung zu belegen oder zu entkräften. Ob und wieweit das Beweisverfahren auf von den Parteien nicht vorgebrachte Umstände auszudehnen ist, hängt von der Aktenlage und den Parteivorbringen im konkreten Fall ab (vgl. Urteil des Eidgenössischen Versicherungsgerichts vom 23. April 1999 in Sachen H., K 172/97, Erw. 5d). Nötigenfalls kann - und muss, wenn die vorliegenden Anhaltspunkte für eine mögliche Überarztung es rechtfertigen - das Beweisverfahren so weit gehen, dass die gesetzlichen und tarifvertraglichen Voraussetzungen sämtlicher Kostenvergütungen, welche die Anspruchsgrundlage für die eingeklagte Rückforderung bilden, d.h. sowohl die medizinische Indikation der Behandlungen als auch die Rechnungsstellung für diese Behandlungen, einzeln überprüft werden.

#### **E. 4**

4.1???? Im vorliegenden Verfahren präsentierte sich die Ausgangslage des mit dem Beschluss vom 2. November 2000 eröffneten Beweisverfahrens wie folgt:

4.1.1?? Mit ihrer Klage vom 10. September 1997 reichten die Klägerinnen die den Beklagten betreffende KSK-Behandlungsfallstatistik "Einzelne Ärzte" ein, welche auswies, dass die durchschnittlichen Behandlungskosten des Beklagten im Jahr 1995 134 % über dem Fallkostendurchschnitt der Facharztgruppe 11 lag (Urk. 2/2). Zu Beginn des Hauptverfahrens forderte das Schiedsgericht sodann die Klägerinnen auf, entweder Rechenkopien oder eine Liste der von der Konkordatsstatistik 1995 erfassten Behandlungen des Beklagten einzureichen, da der Beklagte bereits im Sühneverfahren vorgebracht hatte, dass der weit überwiegende Teil seiner Behandlungen von den Vertrauensärzten der Klägerinnen überprüft worden sei (Urk. 10 Ziff. 5.3), und er zur Substanziierung dieses Vorbringens erfahren musste, bezüglich welcher Patientinnen und Patienten er diesbezügliche Angaben zu liefern hatte (vgl. Urk. 20 S. 2). Mit der Einladung zur Klageantwort ausdrücklich dazu aufgefordert, bezüglich der von den Klägerinnen mit Urk. 24 namentlich genannten Patientinnen und Patienten sein Vorbringen zu substantiieren (vgl. Urk. 26), verweigerte der Beklagte in der Klageantwort unter Hinweis auf sein Berufsgeheimnis die Auskunft darüber, welche Behandlungen von welchen Vertrauensärzten überprüft worden waren (Urk. 36 Ziff. 17.3). Stattdessen stellte er

detaillierte, aber unüberprüfbare neue Behauptungen bezüglich angeblich vertrauensärztlich überprüfter Behandlungen auf (Urk. 36 Ziff. 24 und 25). Sodann lehnte der Beklagte einen Durchschnittskostenvergleich ab (Erw. 36 Ziff. 18) und bot - neben einer persönlichen Befragung seiner selbst und der Edition seiner Ausbildungsunterlagen - sämtliche Abrechnungen des Beklagten als Beweismittel an, wenn seitens des entscheidenden Gerichts klargelegt werde, dass damit die Geheimhaltungspflicht nicht verletzt werde (Urk. 36 Ziff. 17.6). Seiner Duplik (Urk. 46) waren keine den Sachverhalt erhellenden Angaben zu entnehmen. Jedoch verlangte der Beklagte, dass die für die Beurteilung der Klage massgebenden Punkte vom Gericht genau zu bezeichnen und den Parteien Gelegenheit zu geben sei, Beweismittel zu nennen und einzureichen (Urk. 46 Ziff. 17).

4.1.2?? Der den Beklagten betreffenden KSK-Behandlungsfallstatistik "Einzelne Aerzte" (Urk. 2/2) war sodann zu entnehmen, dass der Beklagte im Jahr 1995 Arztkosten von insgesamt Fr. 426'875.-- abrechnete. In den beiden vorausgegangenen Jahren beliefen sich die Umsätze auf Fr. 452'935.-- und Fr. 455'735.--, woraus zu schliessen ist, dass im Jahr 1995 weder bezüglich der Rechnungsstellung des Beklagten, noch bezüglich der Abrechnungen der Klägerinnen besondere Verhältnisse vorlagen.

Fr. 426'875.-- entsprechen bei einem Stundenansatz von Fr. 162.40 - für die in der Psychotherapie üblichen einstündigen Therapiesitzungen wird in der Regel einmal Tarifposition 1 = 23 Taxpunkten, einmal Tarifposition 760 = 90 Taxpunkten sowie zweimal Tarifposition 763 = 45 Taxpunkten abgerechnet. 203 Taxpunkte x Fr. 0.80 ergeben Fr. 162.40. - über 2'600 Honorarstunden. Der Beklagte selbst schätzt sein Arbeitspensum auf ca. 60 bis 70 Stunden pro Woche (Urk. 2/4 S. 3). Im übrigen dauern seine Therapiesitzungen gemäss eigenen Angaben häufig 80 bis 110 Minuten (Urk. 2/4 S. 2), behandle er doch ausschliesslich schwere Fälle (Urk. 10 Ziff. 5.5, Urk. 36 Ziff. 17.2), und weist er darauf hin, dass unter anderem der Sachverhalt der angefangenen Viertelstunde bei Besuchen, Konsultationen und Telefonaten, telefonische fachärztliche Konsultationen sowie die Verrechnung der Tarifposition 766 näherer Abklärung bedürften (Urk. 2/4 S. 4).

4.1.3?? Im Verfahren KV.1995.00054 des Sozialversicherungsgerichts des Kantons Zürich hatte der Beklagte eine Patientin vertreten, deren Behandlung auch Gegenstand des vorliegenden Verfahrens ist. Im genannten Prozess des Sozialversicherungsgerichts war seitens des Vertrauensarztes der Krankenkasse die Vermutung geussert worden, dass durch die lange intensive Behandlung eine Chronifizierung des Leidens bzw. eine Abhängigkeit vom Therapeuten eingetreten sei. Zur Abklärung des Sachverhalts wurde vom Gericht ein fachärztliches Gutachten eingeholt. In diesem wurden eine Chronifizierung des Leidens oder eine Abhängigkeit vom Therapeuten verneint und die intensive Behandlung als medizinisch indiziert bezeichnet. Als für das vorliegende Verfahren bedeutungsvoll ist sodann hervorzuheben, dass der Gutachter die Patientin mit der Aussage zitierte, unter Berücksichtigung der Ferienausfälle seien pro Jahr ca. 30 dreiviertelstündige bis stündige Therapiesitzungen abgehalten worden (Gutachten S. 26). Diese offenbar nicht mit den abgerechneten Leistungen übereinstimmende Angabe wurde auf Intervention des Beklagten hin dem Gutachter noch einmal zur Stellungnahme vorgelegt. Dieser erklärte die Diskrepanz mit einem Protokollierungsfehler seinerseits. Bei dieser Sachlage verpflichtete das Sozialversicherungsgericht die beschwerdegegnerische Krankenkasse gestützt auf das eingeholte Gutachten mit Urteil vom 13. Mai 1998 zur Übernahme von zwei Psychotherapiesitzungen pro Woche. Eine von der beschwerdegegnerischen Krankenkasse dagegen erhobene Verwaltungsgerichtsbeschwerde wurde vom Eidgenössischen

Versicherungsgericht am 24. September 1999 abgewiesen. Dieses Urteil (sowie das Urteil des Sozialversicherungsgerichts vom 13. Mai 1998) hob das Eidgenössische jedoch am 5. Oktober 2000 in Gutheissung eines Revisionsgesuches der Krankenkasse auf. Dies gestützt auf neuere - von der Patientin bestätigte - ärztliche Berichte, gemäss denen es in den Jahren der Therapie beim Beklagten zu Grenzüberschreitungen gekommen sei, dieser die Abhängigkeit der Patientin zu seinen Gunsten missbraucht sowie bewusst gefährdet habe und das Leiden deshalb iatrogen chronifiziert worden sei (Erw. 3b und c). Das Eidgenössische Versicherungsgericht wies die Streitsache an die Krankenkasse zurück, damit diese den Vergütungsanspruch für Behandlungen des Beklagten umfassend abkläre (Dispositiv-Ziffer II in Verbindung mit Erwägung 4).

4.2???? Bei dieser Sachlage beschloss das Schiedsgericht am 2. November 2000 (Urk. 48), die Anspruchsberechtigung für sämtliche Streitgegenstand bildenden Vergütungen umfassend analytisch abzuklären und die zu diesem Zweck benötigten Angaben genau zu umschreiben. Damit wurde den beklaglichen Anträgen auf eine analytische Überprüfung und einen detaillierten Beweisbeschluss entsprochen. Ferner stellte das Schiedsgericht in den Erwägungen fest, dass mit seinen beweisrechtlichen Anordnungen hinreichend klargestellt sei, in welchem Umfang der Beklagte gemäss § 40 GSVGer zur Wahrnehmung seiner Parteirechte vom Berufsgeheimnisse entbunden sei.

???????? Soweit der Beklagte in der Folge praktisch den vollständigen Verzicht auf die Beweiserhebung gemäss dem Beschluss vom 2. November 2000 verlangte (Urk. 52), wurde dieses Begehren vom leitenden Mitglied mit der Verfügung vom 7. Dezember 2000 grundsätzlich zurückgewiesen (Urk. 55). Ebenso hat das leitende Mitglied in seiner Verfügung vom 14. März 2001 festgehalten, dass der Beklagte seinen Verpflichtungen gemäss dem - durch die Verfügung vom 7. Dezember 2000 modifizierten - Beweisbeschluss ungenügend nachgekommen war, und ihm daher erneut Frist angesetzt (Urk. 63). In Nachachtung dieser Verfügung hat der Beklagte Leistungskalendarien (Urk. 66/6 und Urk. 68/4) eingereicht. Der mit Verfügung des leitenden Mitglieds vom 13. Juni 2001 ergangenen Aufforderung, dem Schiedsgericht Krankengeschichten, Korrespondenzen und sonstige Aufzeichnungen über die Patientinnen und Patienten, für die Honorarrechnungen vorliegen, vollständig im Original einzureichen, ist der Beklagte bis heute nicht nachgekommen, obwohl das von ihm zur Überprüfung der Recht- und Verhältnismässigkeit dieser Verfügung angerufene Eidgenössische Versicherungsgericht seine Verwaltungsgerichtsbeschwerde mit Urteil vom 27. November 2001 abwies (Urk. 78) und dabei ausdrücklich festhielt, die verfügte Aktenevidenz verstosse grundsätzlich nicht gegen das Verhältnismässigkeitsprinzip, sowie das Schiedsgericht könne sich die für die Entscheidungsfindung benötigten Informationen vernünftigerweise nicht auf eine Weise verschaffen, welche mit einem geringeren Eingriff in die Patientenrechte verbunden sei (Erw. 3c). Auf eine nach Vorliegen des höchststrichterlichen Entscheids ergangene nochmalige Fristansetzung (Urk. 79) hin teilte der Beklagte dem Schiedsgericht am 7. Januar 2002 mit, dass er der Editions-aufforderung auch nach deren Bestätigung durch das Eidgenössische Versicherungsgericht nicht nachkommen könne, da die Interessen der von ihm behandelten Patientinnen und Patienten das Interesse an der Abklärung des strittigen Sachverhalts bei weitem überwiege (Urk. 81 Ziff. 2).

4.3???? Gemäss § 148 ZPO würdigt das Gericht die Beweise nach freier Überzeugung. Es berücksichtigt dabei das Verhalten der Parteien im Prozess, namentlich die Verweigerung der Mitwirkung bei der Beweiserhebung.

??????? Soweit der Beklagte seine Weigerung, die angeforderten Praxisakten zu edieren mit einem angeblich ?berwiegenden Interesse seiner Patientinnen und Patienten zu rechtfertigen versucht, ist dem entgegenzuhalten, dass das Eidgen?ssische Versicherungsgericht das Interesse Patientinnen und Patienten an der Geheimhaltung der Praxisakten des Beklagten und das Interesse - auch der Patientinnen und Patienten des Beklagten - an der Abkl?rung des strittigen Sachverhalts gegeneinander abgewogen und befunden hat, Letzteres ?berwiege. Es ist daher davon auszugehen, dass nicht die Patientinnen und Patienten des Beklagten ein ?berwiegendes Interesse an der Geheimhaltung haben, sondern der Beklagte, welcher eine Verifizierung seiner Kalendarien (Urk. 66/6 und Urk. 68/4) verhindern will. Dass er in Verfolgung seiner Interessen auch bereit ist, seine Patientinnen und Patienten zu verunsichern, demonstrierte der Beklagte in diesem Verfahren bereits damit, dass er statt seine Praxisakten zu edieren, von sich aus mit einem Rundschreiben samt Fragebogen an seine Patientinnen und Patienten gelangen wollte (Urk. 68/5). Gem?ss seinem Schreiben vom 19. April 2001 an seinen Rechtsvertreter hat er dieses Ansinnen auch teilweise in die Tat umgesetzt (Urk. 68/6). Angesichts des sich in diesem Vorgang zeigenden suggestiven Einwirkens des Beklagten auf seine Patientinnen und Patienten, ist die sich bereits aus Erw?gung 4.1.3 ergebende Frage, ob der Beklagte die f?r einen Psychotherapeuten gebotene Zur?ckhaltung beachtet, nicht nur bez?glich des in Erw?gung 4.1.3 erw?hnten Sachverhalts zu stellen. Auch diesbez?glich gilt, was das Eidgen?ssische Versicherungsgericht in seinem Urteil vom 27. November 2001 bereits hinsichtlich des beklaglichen Versuchs, Beweismittel zu seinen Gunsten zu ver?ndern (vgl. Urk. 74), festgehalten hat, n?mlich dass der Beklagte durch sein prozessuales Verhalten selbst Anlass zur Vornahme zus?tzlicher Abkl?rungen gibt (Urk. 78 Erw. 3c) bzw. dass die jetzt zu w?rdigende Weigerung des Beklagten, die zur Durchf?hrung dieser Abkl?rungen n?tigen Akten zu edieren, als Versuch zu werten ist, die Feststellung eines f?r ihn unvorteilhaften Sachverhalts zu vereiteln.

#### **E. 4.4**

4.4.1?? Dabei k?nnte es sich um den Umstand handeln, dass der Beklagte systematisch Leistungen in Rechnung stellte, die er gar nicht erbracht hat. Die Annahme, ein ?rztlicher Leistungserbringer k?nne bewusst und systematisch Leistungen in Rechnung stellen, welche er tats?chlich gar nicht erbracht hat, mag schockierend sein, abwegig ist sie keineswegs. Insbesondere kann nicht davon ausgegangen werden, solches w?rde grunds?tzlich verunm?glicht, weil die Rechnungsstellung ja an die Patienten erfolge, welchen die tats?chlich erbrachten Leistungen bekannt seien und die sich an den Kosten zu beteiligen h?tten. Denn einerseits ist nicht anzunehmen, dass sich die Patienten bei einer Sammelrechnung f?r eine Abrechnungsperiode noch genau an die einzelnen konsumierten Leistungen erinnern k?nnen, was es einem Leistungserbringer durchaus erm?glicht, neben effektiv erbrachten unerkannt auch nicht erbrachte Leistungen zu verrechnen. Andererseits ist zu beachten, dass es - dies trifft insbesondere f?r Psychotherapiepatienten zu - f?r die Patienten nicht einfach ist, eine als unkorrekt erkannte Honorarrechnung ihres Therapeuten zur?ckzuweisen. Daran kann sie die - in der Regel unberechtigte - Bef?rchtung hindern, dies w?rde das Vertrauensverh?ltnis zum Therapeuten und damit den Therapieerfolg beeintr?chtigen. Wenn die Patienten in ein Abh?ngigkeitsverh?ltnis zu ihrem Therapeuten geraten sind, kann dieser eine solche Bef?rchtung bewusst f?rdern und dazu benutzen, systematisch nicht erbrachte Leistungen zu verrechnen. Denkbar ist aber auch, dass Patienten bereit sind, unkorrekte Leistungsabrechnungen zu akzeptieren und an die Krankenkasse weiterzuleiten, wenn der Therapeut ihnen klar macht, dass er mit dem sich

aus dem Tarif ergebenden Stundenansatz für seine wertvolle Arbeit nicht genügend entschädigt werde, und die Behandlung deshalb nur dann durchzuführen könne, wenn er beispielsweise für zwei abgehaltene Therapiesitzungen deren drei verrechnen könne. Solche Abmachungen unter dem Schutz des Therapiegeheimnisses sind naturgemäß kaum nachweisbar, da Scham und Angst vor Strafverfolgung die Patienten, welche sich darauf eingelassen haben, schweigen lassen.

Mit diesen Überlegungen sollen keineswegs sämtliche Leistungserbringer und deren Patienten unter Verdacht gestellt werden; das Schiedsgericht geht ganz im Gegenteil davon aus, dass die weitaus überwiegende Zahl der Leistungserbringer auch dort korrekt abrechnet, wo nicht alle Details überprüfbar sind. Es wäre aber realitätsfremd zu glauben, derart einfach zu bewerkstellende Honorarverbesserungspraktiken würden von einigen wenigen Leistungserbringern nicht tatsächlich angewandt.

Im Fall des Beklagten sind entgegen seiner Behauptung (vgl. Urk. 98 Ziff. 6.6) durchaus Anhaltspunkte dafür vorhanden, dass er systematisch Leistungen verrechnet haben könnte, welche er gar nicht erbracht hat.

#### **E. 4.4.2**

Hinzuweisen ist zunächst auf einen aussergewöhnlich hohen Umsatz (Arztkosten), bei denen keine hinreichende Auskunft über den Zeitpunkt der Leistungserbringung erteilt wird. Diesbezüglich hat der Beklagte zwar, nachdem das Gericht darauf insistiert hatte (vgl. Urk. 63), Kalendarien (Urk. 66/6 und Urk. 68/4) eingereicht, von einem bis in die letzten Details gehenden Kalendarium, wie der Beklagte behauptet (Urk. 83), kann jedoch keine Rede sein. In den nachgereichten Kalendarien werden die in Rechnung gestellten Einzelleistungen lediglich datiert. Eine genauere Fixierung ist angeblich nicht möglich, weil der Beklagte die Jahresagenda nach zwei Jahren entsorgt haben will (vgl. Urk. 66/1); dies obwohl er aufgrund der Einleitung des vorliegenden Prozesses am 10. September 1997 damit rechnen musste, dass die Agenda 1995 als Beweismittel benötigt wird.

Zudem sind die vom Beklagten eingereichten Kalendarien lückenhaft und teilweise nicht mit den verrechneten Leistungen übereinstimmend.

Für die 73 auf der Liste der Krankenkassen aufgeführte Patientinnen und Patienten zeigt der Vergleich der Taxpunktbeträge des Kalendariums mit denjenigen der 208 Rechnungen Abweichungen bei 36 Rechnungsperioden/Patient. Bei 5 Rechnungen beruht die Abweichung auf Berechnungsfehlern in den Rechnungen; in den übrigen Fällen werden mit den Rechnungen und mit dem Kalendarium unterschiedliche bzw. unterschiedliche viele Leistungen behauptet. In einem Fall fehlt die Rechnung für Leistungen, die gemäß Kalendarium erbracht wurden (Pat. 46/Rechnung vom 2. September 1995).

Für die 42 weiteren vom Beklagten namhaft gemachten Patientinnen und Patienten zeigt der Vergleich der Taxpunktbeträge des Kalendariums mit denjenigen der 73 Rechnungen Abweichungen bei 14 Rechnungsperioden/Patient. Berechnungsfehler in den Rechnungen sind hier nicht festzustellen. In allen Fällen handelt es sich um fehlende Nachweise angeblich erbrachter Leistungen im Kalendarium. Bei den vier Rechnungen, die der Beklagte im Rahmen der Akteneinsicht aus den Akten zu entfernen versuchte, fehlen terminliche Angaben über die Behandlungen gemäß diesen Rechnungen.

In den Kalendarien wird sodann 152 mal die Tarifposition 766 ohne Datumsangabe aufgeführt; offenbar kann der Beklagte nicht mehr feststellen, an welchen Tagen er diese

Leistungen erbracht hat. Dies leuchtet nicht ohne weiteres ein, denn der Beklagte wertet die während seiner Sitzungen gewonnenen Daten regelmässig genau aus. Die Tarifpositionen 766, 767 und 768 werden über 2'000 Mal im Verlauf eines Jahres verrechnet, kombiniert entweder mit der Position 9 oder 10 (telefonische Beratung, Überweisung oder Entgegennahme einer Rezeptbestellung) oder mit einer Therapiesitzung. Wenn die Sitzungen tatsächlich so intensiv ausgewertet werden, müssen die Krankengeschichten entsprechend detaillierte und umfangreiche Tageseinträge (Sitzungs- oder Telefonprotokolle) aufweisen. Es ist daher nicht ohne weiteres nachvollziehbar, weshalb diese Leistung nicht terminlich fixiert werden können sollten.

Ebenso auffällig - und Fragen nach dem Therapiesetting des Beklagten aufwerfend - sind die vielen telefonischen Beratungen (rund 700 Mal pro Jahr, d.h. mehr als zwei Mal pro Arbeitstag).

Weiter lässt sich feststellen, dass der Beklagte an sieben Arbeitstagen (27. März, 3. April, 5. Mai, 12. Juni, 30. Juni, 16. August und 24. Oktober 1995) mehr als 15 Honorarstunden verrechnete. Dies ist umso erstaunlicher, als er nur an einem dieser Tage drei Mal die Tarifposition 768 in Rechnung stellte. Alle anderen Leistungen wurden demnach innert der 13 Tagesarbeitsstunden zwischen 07.00 und 20.00 Uhr erbracht.

Schliesslich ist darauf hinzuweisen, dass der Beklagte relativ häufig ganze Familien behandelt, diese Behandlungen aber nicht als Gruppentherapie abrechnet, obwohl nach seinen Angaben an mehreren Tagen mehr als ein Mitglied derselben Familie therapiert wurde.

4.4.3?? Einen weiteren Anhaltspunkt dafür, dass der Beklagte systematisch Leistungen verrechnet haben könnte, welche er gar nicht erbracht hat, bilden die Aussagen seiner Patientin zur Frage der Sitzungshäufigkeit im Rahmen der im Verfahren KV.1995.00054 durchgeführten Begutachtung. Im Lichte des nach dem Urteil des Sozialversicherungsgerichts vom 13. Mai 1998 bekannt gewordenen Verlags vom Gutachter rekonstruierte Erklärung (vgl. Urk. 57 in KV.1995.00054) für den von ihm protokollierten Widerspruch zwischen den Aussagen der Patientin im Gutachten und der Zahl der abgerechneten Stunden jedenfalls nicht mehr zu überzeugen - womit selbstverständlich nicht in Frage gestellt wird, dass der Gutachter in guten Treuen angenommen hat, es sei ihm ein Protokollierungsfehler unterlaufen.

4.5???? Sowohl hinsichtlich des Abrechnungsverhaltens des Beklagten als auch hinsichtlich der Professionalität seiner Berufsausübung ist sodann festzuhalten, dass die mangels Edition der Praxisakten nicht weiter abklärbaren Sachverhalte auch von den Vertrauensärzten der Krankenkassen nicht überprüft werden konnten, bzw. zumindest ohne Einsicht in die Praxisakten (zu denen auch die Korrespondenz mit den Vertrauensärzten gehört) nicht festgestellt werden kann, was für die Vertrauensärzte bei der Genehmigung von langdauernden Behandlungen überprüfbar war und was nicht. Die vom Kläger wiederholt erhobene - aber nie belegte - Behauptung, die überwiegende Zahl seiner Behandlungen sei vertrauensärztlich bewilligt worden, hilft ihm daher nicht weiter. Selbst wenn dem so wäre, wäre damit der Vergütungsanspruch für diese Behandlungen nicht ausgewiesen. Aus diesem Grund war nach der Weigerung des Beklagten, der Aufforderung zur Edition seiner Praxisakten nachzukommen, nicht weiter abzuklären, im welchem Umfang die Behandlungen des Beklagten vertrauensärztlich überprüft worden waren.

## **E. 4.6**

Zusammenfassend zeigen die Sachverhaltsabklärungen, welche das Schiedsgericht im Rahmen einer analytischen Überprüfung der im Jahr 1995 abgerechneten Behandlungen durchgeführt hat, dass über das Indiz überhöhter durchschnittlicher Fallkosten hinausgehend ernstzunehmende Anhaltspunkte für Sachverhalte vorliegen, welche den Vergütungsanspruch für im Jahr 1995 abgerechnete Behandlungen generell in Frage stellen. Da nicht dem Beklagten unwirtschaftliche Behandlungsweise, sondern von diesem der durch Indizien für unwirtschaftliche Behandlungsweise in Frage gestellte Vergütungsanspruch nachzuweisen war und er mit seiner Weigerung, seine Praxisakten zu edieren, eine nähere Abklärung dieser möglichen Sachverhalte verunmöglichte, ist davon auszugehen, dass mit überwiegender Wahrscheinlichkeit die gesetzlichen und vertraglichen Voraussetzungen für den Vergütungsanspruch bei sämtlichen im Jahr 1995 abgerechneten Behandlungen nicht erfüllt sind. Es lässt sich weder feststellen, ob und gegebenenfalls in welchem Umfang die abgerechneten Behandlungen überhaupt durchgeführt wurden, noch, ob bzw. inwieweit der Beklagte im Einzelfall den sich aus dem Behandlungsauftrag ergebenden Pflichten nachkam und daher Anspruch auf ein Honorar hatte.

## E. 5

5.1???? Das Eidgenössische Versicherungsgericht hat in einem unveröffentlichten Urteil vom 11. Juli 1996 (K 39/95) festgehalten, nach der Rechtsprechung dürfe durch das kantonale Recht kein beziffertes Rechtsbegehren verlangt werden, wo erst das Beweisverfahren die Grundlage für die Bezifferung der Forderung abgebe. Soweit in solchen Fällen kantonale Vorschriften eine Bezifferung verlangten, seien sie wegen Verstosses gegen den Grundsatz der derogatorischen Kraft des Bundesrechts nicht anwendbar; die Kantone müssten eine Prozessordnung schaffen, welche die Anwendung des materiellen Bundesrechts gewährleistet (BGE 116 II 218 Erw. 3). Das kantonale Verfahrensrecht müsse so ausgestaltet und angewendet werden, dass es die Verwirklichung des Bundesrechts nicht vereitle, verunmögliche oder erschwere (Gygi, Bundesverwaltungsrechtspflege, 2. Aufl. 1983, S. 93 f.). Das auf Art. 23 KUVG beruhende Rückforderungsverfahren sei unter anderem dadurch charakterisiert, dass erst das Beweisverfahren die Grundlagen für die Bezifferung der Rückforderung abgebe. Nach der Rechtsprechung stellten überhöhte Indexziffern zunächst lediglich ein Indiz für eine mögliche Überarztlage dar. Im Rahmen des Beweisverfahrens sei abzuklären, ob die Vermutung der Überarztlage gerechtfertigt ist, oder ob etwa aufgrund von Praxisbesonderheiten die überhöhten Indizes ganz oder teilweise gerechtfertigt sind.

5.2???? Im Lichte dieser höchstrichterlichen Ausführungen ist die mit der Klageerhebung erfolgte Bezifferung eines Anspruchs in Höhe von Fr. 245'943.65 nicht mehr als ein auf die Statistik abgestützter Hinweis auf den Umfang einer möglichen Überarztlage. Das Bundesrecht verbietet es, die Klägerinnen bei dieser Bezifferung zu behaften. Vielmehr ist der Beklagte dem Ausgang des Beweisverfahrens entsprechend zu verpflichten, den Klägerinnen sämtliche im Jahr 1995 abgerechneten Arztkosten in Höhe Fr. 426'875.-- zurückerstatten.

5.3???? Der den Klägerinnen zugesprochene Rückerstattungsbetrag ist an diese gemeinsam zu bezahlen und von diesen intern im Verhältnis zu den von den einzelnen im Rubrum aufgeführten Klägerinnen bzw. deren Rechtsvorgängerinnen im Jahr 1995 abgerechneten Vergütungen für Arztkosten des Beklagten auf die noch bestehenden Klägerinnen bzw. deren allfällige Rechtsnachfolgerinnen aufzuteilen.

5.4???? Ferner ist der Beklagte zur Tragung der Verfahrenskosten zu verpflichten, wobei es sich aufgrund des grossen Aufwandes rechtfertigt, die Grundgeb?hr zu erh?hen (Art. 3 Abs. 2 der Verordnung ?ber die Gerichtsgeb?hren).

#### **E. 5.5**

Schliesslich hat der Beklagte den Kl?gerinnen eine Prozessentsch?digung zu entrichten, wobei eine solche von Fr. 2'000.-- angesichts dessen, dass sich die Kl?gerinnen erst im Verlaufe des Prozesses anwaltlich vertreten liessen, als angemessen erscheint.

Das Schiedsgericht erkennt:

1.???????? In Gutheissung der Klage wird der Beklagte verpflichtet, den Kl?gerinnen bzw. deren Rechtsnachfolgerinnen gemeinsam per Zahlstelle ihres Vertreters Fr. 426'875.-- zu bezahlen.

2.???????? Die Kosten des Verfahrens, bestehend aus:

Spruchgeb?hr: Fr. 19'000.--

Schreibgeb?hren: Fr.??????? ? 2'205.--

Vorladungsgeb?hren Fr.??????? ????? 60.--

Zustellungsgeb?hren: Fr.??????? ? 1'064.--

Total:??? Fr. 22'329.--

werden dem Beklagten aufgelegt. Rechnung und Einzahlungsschein werden dem Kostenpflichtigen nach Eintritt der Rechtskraft zugestellt.

3.???????? Der Beklagte wird verpflichtet, den Kl?gerinnen eine Prozessentsch?digung von Fr. 2'000.-- zu bezahlen.

4. Zustellung gegen Empfangsschein an:

- Rechtsanwalt Dr. Urs Eschmann
- Rechtsanwalt Dr. Ueli Kieser
- Bundesamt f?r Sozialversicherung
- Gesundheitsdirektion des Kantons Z?rich

sowie an:

- Gerichtskasse (nach Eintritt der Rechtskraft)

5.???????? Gegen diesen Entscheid kann innert 30 Tagen seit der Zustellung beim Eidgen?ssischen Versicherungsgericht Verwaltungsgerichtsbeschwerde eingereicht werden.

Die Beschwerdeschrift ist dem Eidgen?ssischen Versicherungsgericht, Schweizerhofquai 6, 6004 Luzern, in dreifacher Ausfertigung zuzustellen.

Die Beschwerdeschrift hat die Begehren, deren Begr?ndung mit Angabe der Beweismittel und die Unterschrift der beschwerdef?hrenden Person oder ihres Vertreters zu enthalten; die Ausfertigung des angefochtenen Entscheides und der dazugeh?rige Briefumschlag sowie die als Beweismittel angerufenen Urkunden sind beizulegen, soweit die beschwerdef?hrende Person sie in H?nden hat (Art. 132 in Verbindung mit Art. 106 und 108 OG).

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