

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT SR.2003.00008

vom 10. Juli 2008

ZH Sozialversicherungsgericht, 2008-07-10, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_SR.2003.00008

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT SR.2003.00008 du 10 juillet 2008

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT SR.2003.00008 del 10 luglio 2008

Erwägungen

E. 2

2.1 Zur Begründung ihrer Rückforderungen berufen sich die Klägerinnen auf den statistischen Vergleich der durchschnittlichen Behandlungs-, veranlassten Medikamenten-, veranlassten Physiotherapie- sowie (für das Abrechnungsjahr 2003) veranlassten Laborkosten pro versicherte Person des Beklagten mit den entsprechenden Durchschnittswerten aller in den jeweiligen Jahren (2001-2003) im Kanton Zürich tätig gewesenen Fachärztinnen und -kollegen der Statistikgruppe «Innere Medizin, speziell Herzkrankheiten». Der Vergleich zeige, dass die durchschnittlichen Fallkosten des Beklagten in den verglichenen Kostensparten jeweils weit über dem Fallkostendurchschnitt der Gruppe liege (Urk. 1 S. 3, Urk. 33/1 S. 4 und 34/1 S. 4).

Des weiteren reichten die Klägerinnen 20 Rechnungen aus dem Jahr 2001 ein, welche ihrer Ansicht nach Hinweise auf die Gründe der erheblichen Überschreitung der Durchschnittskosten geben. So sei eine erhebliche Dichte an Konsultationen zu erkennen. Sodann fehle bei kaum einer Konsultation die zusätzliche Verrechnung einer ärztlichen Beratung mit den Tarifpositionen 760 bzw. 766. Diese Positionen würden zudem oft noch mit der Tarifposition 8 und spezifischen kardiologischen Untersuchungen kombiniert. Diese Abrechnungsweise deute auf eine exzessive Tarifierung hin (Urk. 1 S. 9 in Verbindung mit Urk. 2/8)

2.2 Dem hielt der Beklagte mit seiner Klageantwort vom 14. Oktober 2004 im Wesentlichen entgegen, er behandle hauptsächlich Patienten mit Herzrhythmusstörungen (Urk. 21 S. 4). Es handle sich um alte und anspruchsvolle Patienten, welche er von seinem Praxisvorgesetzten übernommen habe, die aber von diesem schlecht abgeklärt worden seien (Urk. 21 S. 8). Sie litten häufig auch an psychischen Problemen (Urk. 21 S. 9) oder seien sonst multimorbid (Urk. 21 S. 11).

Herzrhythmusstörungen könnten entweder operativ durch die Einpflanzung eines Schrittmachers behandelt werden oder durch eine konservative Behandlung, einer Kombination von medikamentöser Behandlung, Physiotherapie und persönlicher Betreuung. Wichtig seien hier regelmässige Kontrolle und Überwachung der Erfolge sowie die Unterstützung und Führung des Patienten im Gespräch. Die konservative Behandlung sei zwar für ihn aufwendiger, spare aber ungleich höhere Summen durch die Vermeidung einer Operation und den Kauf eines Schrittmachers (Urk. 21 S. 10).

Auf den Seiten 12-20 seiner Klageantwort vom 14. Oktober 2004 schildert der Beklagte auszugsweise die Krankengeschichten der Patientinnen und Patienten, von denen die Klägerinnen Rechnungen (Urk. 2/8) eingereicht haben.

Â Â Â Â Â Â Â Â Auf den Seiten 16-28 der Klageantwortschrift vom 14. Oktober 2004 folgen Kurzzusammenfassungen der Krankengeschichten seiner 93 Patientinnen und Patienten mit den höchsten Kosten - wobei er darauf hinweist, dass diese überdurchschnittlich alt seien (Urk. 21 S. 16) - sowie der 72 Patientinnen und Patienten mit den höchsten Durchschnittskosten pro Konsultation.

Â Â Â Â Â Â Â Â Nach Ansicht des Beklagten belegen die von ihm geschilderten Krankengeschichten, dass er eine ganzheitliche, kostensparende Medizin betreibe. Im Bestreitungsfall beantragt er ein Gutachten, welches die Krankengeschichten analysiere (Urk. 21 S. 31).

2.3 Â Â Â In ihrer Replik vom 31. Januar 2005 (Urk. 24) nahmen die Klägerinnen detailliert Stellung zu den vom Beklagten behaupteten Praxisbesonderheiten. Dabei stellten sie in Abrede, dass der Beklagte unter medizinischen Gesichtspunkten ein besonderes, von der Zusammensetzung der Patientenkollektive in der Vergleichsgruppe abweichendes Patientengut betreue (S. 3 ff. Ziff. 4-5 und 7-8). Insbesondere könne dies nicht aus den von den Klägerinnen als Beispiele für nicht korrekte Tarifierung eingereichten Abrechnungen abgeleitet werden (S. 7 f. Ziff. 9) und sei auch eine Auflistung der Patienten mit den höchsten Durchschnittskosten nicht geeignet dies zu belegen, da es in jeder Praxis überdurchschnittlich teure Patienten gebe (S. 8 f. Ziff. 10-11). Ebenso wenig sei belegt, dass die Fachkollegen des Beklagten mehr Indikationen für Operationen stellten (S. 9 Ziff. 12). Ferner sei nicht nachvollziehbar, weshalb der Beklagte mehr als doppelt so viele Konsultationen wie seine Fachkollegen aufweise (S. 10 Ziff. 16).

2.4 Â Â Â Im Verfahren vor der KPK wurden die von den Parteien beim Schiedsgericht eingereichten Eingaben und Akten aufgelegt und durch je 150 Rechnungen aus den Jahren 2001-2003 ergänzt (vgl. Urk. 38, Aktenverzeichnis der KPK). Weitere Parteistellungnahmen wurden nicht eingeholt, doch konnte sich der Beklagte anlässlich eines Praxisbesuchs einer Delegation der Kommission ergänzend zu den Gründen für die Kostenüberschreitungen äussern. In diesem Zusammenhang machte er geltend, dass er auch viele Abklärungen nicht kardiologischer Art durchführe (vgl. Urk. 38, KPK 5). Dies bestärkten die KPK-Referenten in ihrem Bericht vom 4. September 2005 (Urk. 38, KPK 5); sie regten daher einen Indexvergleich mit den Allgemeininternisten an. Dieser Vergleich wurde von den Klägerinnen nachgereicht (Urk. 38, KPK 6).

Â Â Â Â Â Â Â In ihrem Entscheid vom 13. Dezember 2005 (Urk. 32/1 = Urk. 38, KPK 8) befand die Kommission jedoch, der Beklagte sei mit den Kardiologen zu vergleichen, da einerseits diese oft auch allgemeininternistische Medizin betrieben und andererseits fast jede Rechnung des Beklagten eine kardiologische Position enthalte (Urk. 32/1 S. 13 Ziff. 25).

2.5 Â Â Â Â Â Â Während die Klägerinnen in ihrer nach Abschluss des KPK-Verfahrens erstatteten Ergänzung der Klagebegründung vom 21. Mai 2007 darauf hinweisen, dass die KPK ihren Standpunkt im Wesentlichen bestärkt habe (Urk. 51), wiederholt der Beklagte in seiner abschliessenden Stellungnahme vom 29. September 2007 (Urk. 62, Datum der Postaufgabe) die Ausführungen der Klageschrift vom 14. Oktober 2004; auf den Entscheid der KPK und insbesondere die darin enthaltenen Feststellungen tatsächlicher Natur geht er kaum ein.

E. 3

3.1. Gemäss Art. 56 Abs. 1 des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung (KVG) muss der Leistungserbringer sich in seinen Leistungen auf das Mass beschränken, das im Interesse der Versicherten liegt und für den Behandlungszweck erforderlich ist. Für Leistungen, die über dieses Mass hinausgehen, kann die Vergütung verweigert werden (Art. 56 Abs. 2 Satz 1 KVG). Eine nach diesem Gesetz dem Leistungserbringer zu Unrecht bezahlte Vergütung kann zurückgefordert werden (Art. 56 Abs. 2 Satz 2 KVG).

Bei der Wirtschaftlichkeitsprüfung der ärztlichen Tätigkeit nach Art. 56 KVG kann sowohl die statistische Methode (Durchschnittskostenvergleich) als auch die analytische Methode (Einzelfallprüfung) - oder eine Kombination beider Methoden - zur Anwendung gelangen (BGE 119 V 453 Erw. 4; SVR 2005 KV Nr. 4 Erw. 6 S. 14; vgl. auch Schärer, Honorarückforderung wegen Überberztung bei ambulanter ärztlicher Behandlung - Materielle rechtliche Aspekte, in: Schaffhauser/Kieser [Hrsg.], a.a.O., S. 78 ff.; näheres zu den beiden anwendbaren Methoden bei Eugster, Wirtschaftlichkeitskontrolle ambulanter ärztlicher Leistungen mit statistischen Methoden, Diss. Zürich, Bern 2003).

Auch wenn die statistische Methode der analytischen wo möglich vorgezogen werden soll und sie im Allgemeinen nur dann zur Anwendung gelangt, wenn es an zuverlässigen Angaben für einen Durchschnittskostenvergleich fehlt, sind die kantonalen Schiedsgerichte in der Wahl der Prüfmethode grundsätzlich frei (BGE 98 V 198 f.; Schärer, a.a.O., S. 81 ff.).

3.2 Bei Anwendung der statistischen Methode muss ein kantonales Schiedsgericht nicht alle Positionen sämtlicher Rechnungen eines Arztes überprüfen, um beurteilen zu können, ob und in welchem Umfang dieser 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. Nach der Rechtsprechung zur statistischen Methode liegt eine Überberztung dann 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).

Dabei bilden die statistischen Vergleichszahlen im Pauschalbeanstandungsverfahren zunächst nur ein Indiz für unwirtschaftliche Behandlungsweise und sind Ausgangspunkt des Verfahrens. In der Folge ist es Sache des beklagten Leistungserbringers, dieses Indiz zu entkräften, indem er seine - weder den kantonaler Krankenversicherern noch dem Schiedsgericht bekannten - Praxisbesonderheiten, welche seiner Ansicht nach einen legitimen Grund für die statistisch festgestellte Durchschnittskostenüberschreitung bilden, substantiiert darlegt und für seine diesbezüglichen Behauptungen Beweismittel anbietet. Werden keine spezifischen Praxisbesonderheiten namhaft gemacht, ist das Schiedsgericht auch aufgrund des Verfahrensgrundsatzes der Sachverhaltsfeststellung von Amtes wegen nicht verpflichtet, nach solchen zu forschen. Ebenso wenig können bereits bloss summarische Hinweise auf besondere Fähigkeiten des Leistungserbringers, auf die Behandlung

Ähnlicher schwerer Fälle oder auf ein über die spezifisch fachärztliche Tätigkeit hinausgehendes Behandlungsangebot Anlass geben, von Amtes wegen oder auf Antrag des beklagten Leistungserbringers eine analytische Beurteilung der Praxistätigkeit vorzunehmen. Denn sonst hätte es jeder Leistungserbringer in der Hand, die statistische Vergleichsmethode mit wenigen pauschalen Einwürden auszuhebeln. Erst aus substantiierten Vorbringen des beklagten Leistungserbringers kann sich im Einzelfall die Notwendigkeit ergeben, einzelne Aspekte seiner Praxistätigkeit analytisch genauer abzuklären.

3.3 Hinsichtlich der Anwendung der statistischen Methode hat das Eidgenössische Versicherungsgericht in BGE 130 V 377 festgehalten, dass nach Art. 56 KVG grundsätzlich nicht nur die Vergütungen für von einem Arzt selbst erbrachten, sondern ebenso die Kosten für auf dessen Veranlassung bzw. Verordnung von anderen Leistungserbringern erbrachte Leistungen der Rückerstattungspflicht des Arztes wegen unwirtschaftlicher Behandlung unterliegen (Erw. 7). In der nicht publizierten Erwägung 6.2 dieser Entscheidung hat das Eidgenössische Versicherungsgericht sodann auf die ständige Rechtsprechung hingewiesen, gemäss der, wo die Wirtschaftlichkeit in Anwendung der statistischen Methode überprüft wird, eine Unwirtschaftlichkeit nicht schon bei Überschreitung des statistischen Mittelwertes (100 Indexpunkte) vermutet werden dürfte. Vielmehr sei den Ärzten und Ärztinnen einerseits ein Toleranzbereich und zudem allenfalls ein Zuschlag zum Toleranzwert (zum den Toleranzbereich begrenzenden Indexwert) zuzugestehen, um spezifischen Praxisbesonderheiten Rechnung zu tragen. Bei der Festlegung des Toleranzwertes solle jedoch über den Index 130 nicht hinausgegangen werden, um die statistische Falldurchschnittsmethode nicht ihres Sinns zu entleeren. Nach der Rechtsprechung liege der Toleranzbereich vielmehr zwischen 120 und 130 Indexpunkten.

Ferner hat das Eidgenössische Versicherungsgericht in BGE 133 V 37 seine bisherige Rechtsprechung, welche eine separate Betrachtung der einzelnen Kostenfaktoren verlangte und eine Kompensation von überdurchschnittlichen Indices mit unterdurchschnittlichen Indices nur in engen Grenzen zulies, zu Gunsten einer kompensatorischen Gesamtbetrachtung aufgegeben, gemäss welcher für die Prüfung der Wirtschaftlichkeitsfrage grundsätzlich der Gesamtkostenindex massgeblich ist (Erw. 5.3).

3.4 Auch wenn die neuere Rechtsprechung sowohl hinsichtlich der konsequenten Anwendung des Verursacherprinzips (BGE 130 V 377) als auch hinsichtlich der kompensatorischen Betrachtungsweise (BGE 133 V 37) grundsätzlich überzeugt ist, nachfolgend eine kritische Auseinandersetzung mit der Erwägung 5.3.6 von BGE 133 V 37 erforderlich.

3.4.1 In Erwägung 5.3.6 von BGE 133 V 37 hielt das Eidgenössische Versicherungsgericht nämlich fest, eine wirkliche Gesamtbetrachtung müsste auch die durch Überweisung an Spezialärzte und Spitäler veranlassten Kosten einbeziehen. Dies gelte umso mehr, als für den entsprechenden Nachweis nicht unbedingt eine aufwendige Einzelfallanalyse erforderlich wäre, sondern statistische Angaben genügen, welche am ehesten von den Krankenversicherern beschafft werden könnten (letzte Aussage unter Hinweis auf: Christian Schärer, Honorarrückforderung wegen Überarztung bei ambulanter ärztlicher Behandlung - Materielle Aspekte, in: Schaffhauser/Kieser [Hrsg.], Wirtschaftlichkeitskontrolle in der Krankenversicherung, St.

Gallen 2001, S. 85 und 89).

3.4.2.2.2. Der Einbezug von durch Überweisung an Spezialärzte und Spitäler veranlasste Kosten in eine kompensatorische Gesamtbetrachtung der durch die ambulante ärztliche Tätigkeit verursachten Kosten erscheint deshalb als problematisch, weil damit auch Leistungen in die Gesamtbetrachtung eines Arztes oder einer Ärztin miteinbezogen werden, welche von Leistungserbringern mit gleicher Veranlassungs- bzw. Verordnungskompetenz, d.h. ebenfalls von oder auf Veranlassung von Ärztinnen und Ärzten erbracht werden. Dies ist ein wesentlicher Unterschied gegenüber dem Einbezug von veranlassten oder verordneten Leistungen, bei denen die ausführenden Leistungserbringer nur eine eingeschränkte Ausführungskompetenz für die ärztliche Anordnung haben und deshalb auch nur beschränkt für die Kostenfolgen verantwortlich gemacht werden können (Medikamenten- und Physiotherapiekosten). Wenn dagegen Leistungen eines auf Überweisung hin tätig gewordenen Leistungserbringers mit gleicher Veranlassungs- bzw. Verordnungskompetenz in die Gesamtbetrachtung eines Arztes oder einer Ärztin miteinbezogen werden sollen, stellt sich die Frage der Grenzziehung zwischen den beiden Verantwortlichkeitsbereichen. Denn die durch Überweisungen an andere Ärzte oder Spitäler entstehenden Kosten fallen ja effektiv nur einmal an und zwar bei den ausführenden als deren direkte oder indirekte Kosten. Dafür sind sie grundsätzlich selbst verantwortlich, weil die Anordnung einer bestimmten Abklärung oder Therapie durch den überweisenden Arzt für sie ja nicht verbindlich ist. Nach der eigenen Erstabklärung müssen sie selbst darüber entscheiden, ob und wie sie den mit der Überweisung verbundenen Auftrag ausführen sollen. Damit stellt sich die Frage, inwieweit die einem überwiesenen Patienten erbrachten Leistungen noch dem überweisenden Arzt angerechnet werden können und sollen, wenn der übernehmende Arzt aufgrund (auch) seiner eigenen Abklärungen umfangreiche therapeutische Massnahmen durchführt und/oder anordnet. Erst recht unklar ist, wem und in welchem Umfang die Folgekosten angerechnet werden sollen, wenn er den Patienten weiterüberweist.

2.2.2.2.2. Zudem ist es keineswegs so, dass stets Gesamtkosten eingespart werden, wenn ein ärztlicher Grundversorger seine Patienten so lange selber behandelt, wie dies eben möglich ist. Denn Spezialärzte sind ja nicht einfach zusätzliche Kostenverursacher, welche höchstens dann zum Zug kommen sollen, wenn es nicht mehr anders geht, sondern können gegebenenfalls auch Kosten einsparen, indem sie gesundheitliche Probleme aus ihrem Fachgebiet schneller erkennen und adäquater behandeln als Grundversorger. Zu denken ist hierbei etwa daran, dass die Überweisung zu einer gezielten psychotherapeutischen Behandlung zwar im selben Abrechnungsjahr mehr Kosten verursacht als die Abgabe von Psychopharmaka, auf lange Sicht aber kostengünstiger sein kann als die jahre- bzw. jahrzehntelange Versorgung mit Psychopharmaka durch den Grundversorger.

3.4.3.2.2.2. Angesichts des vorstehend beschriebenen Problems, die durch Überweisung an andere Ärzte oder Spitäler verursachten Kosten überhaupt zu definieren und von den durch die gleichartigen Leistungserbringer allein zu verantwortenden Kosten abzugrenzen, ist nicht ersichtlich, worauf sich die Annahme des Eidgenössischen Versicherungsgerichts stützt, es könnten statistische Angaben darüber von den Krankenversicherern beschafft werden.

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Denn an den angegebenen Literaturstellen weist der zitierte Autor lediglich darauf hin, dass in der Rechnungsstellerstatistik des Konkordats der Schweizerischen Krankenversicherer (KSK-Statistik) als auswärtige ärztliche Leistungen auch Röntgen auswärts und Spitalkosten ambulant erfasst werden (Schärer, a.a.O., S. 85) und dass, wo solche Daten fehlten - was hinsichtlich der Vermeidung zahlreicher stationärer Spitalaufenthalte zutraf -, eine behauptete kompensatorische Einsparung kaum überpruft werden könne (Schärer, a.a.O., S. 89).

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Mit der separaten Erfassung von Röntgen auswärts und Spitalkosten ambulant in der KSK-Statistik geht es offensichtlich um eine Verbesserung der Vergleichbarkeit von unterschiedlich ausgestatteten Arztpraxen. Denn je nach Praxisausstattung (Röntgengerät, Praxis-OP) kann ein Arzt radiologische Abklärungen und/oder kleinere (ambulante) chirurgische Eingriffe, für die ein anderer Arzt aus der Vergleichsgruppe eine Überweisung vornehmen muss, selber ausführen. Dies schlägt sich in den Durchschnittskosten nieder und kann kompensatorisch berücksichtigt werden.

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Dass spezifische diagnostische und/oder therapeutische Leistungen, welche - je nachdem - in der Praxis oder auswärts erbracht werden können (genauso wie Medikamente vom Arzt oder von der Apotheke abgegeben werden können) ohne weiteres statistisch erfasst und kompensatorisch berücksichtigt werden können, heisst aber nicht, dass dies generell für die Folgekosten nach Überweisungen an spezialisierte Ärzte oder Spitäler möglich wäre. Ob eine Behandlung alleine weitergeführt oder weitere Ärzte beigezogen bzw. der Patient an solche überwiesen werden soll, ist eine Frage des Behandlungskonzepts. Dieses kann ein einzelner Arzt aber nur so lange selber alleine - in Absprache mit dem Patienten - festlegen, als er alleiniger behandelnder Arzt ist. Die durch Überweisungen an spezialisierte Ärzte oder Spitäler verursachten Kosten können daher nicht einfach gleichgesetzt werden mit den - gegebenenfalls statistisch erfassbaren - Folgekosten nach Überweisungen an spezialisierte Ärzte oder Spitäler. Um die Ersteren für die Statistik ermitteln bzw. aus den Letzteren herausfiltern zu können, bedürfte es klarer, zum Beispiel aus den Honorarabrechnungen ablesbarer Kriterien für die Zurechenbarkeit.

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Diese gibt es bisher nicht und angesichts der vorstehend angesprochenen vielfältigen Fragen in Zusammenhang mit der Definition und Erfassung von Überweisungskosten fragt es sich, ob die Rechtsprechung sich darauf beschränken kann, einfach von den Krankenversicherern statistische Angaben zu verlangen, ohne genau festzulegen, welche Daten zu erheben und zu vergleichen sind. Dem Eidgenössischen Versicherungsgericht könnte jedenfalls nicht gefolgt werden, wenn die Erwägung 5.3.6 von BGE 133 V 37 so zu verstehen wäre, wie sie von Kieser in AJP 4/2007 interpretiert wurde: dass nämlich das Gericht die Auffassung vertrete, es sei prinzipiell den Krankenversicherern zu überlassen und zumutbar, sich statistische Angaben über die durch Überweisung an Spezialärzte oder Spitäler verursachten Kosten zu beschaffen (Ueli Kieser in AJP 4/2007 S. 515). Um statistische Angaben zu fordern, muss man als Voraussetzung selber eine Vorstellung davon haben, wie die durch Überweisung an Spezialärzte oder Spitäler verursachten Kosten definiert werden könnten. Erst wenn man in der Lage ist, den Krankenversicherern zu sagen, aus welchen Daten man die Überweisungskosten ablesen will, kann man -

gegebenenfalls - von den Krankenversicherern erwarten, die entsprechenden Daten zu beschaffen.

3.4.4.4. Nach dem Gesagten kann auch im Rahmen einer kompensatorischen, auf den Gesamtkostenindex abstellenden Anwendung der statistischen Methode ein Überhöher Gesamtkostenindex nicht mit der blossen Behauptung gerechtfertigt werden, dass durch die aufwendigere Behandlung Überweisungen an Spezialärzte oder Spitäler vermieden worden seien. Vielmehr bedarf es auch hierfür einer substantiierten und quantifizierten Darlegung der Leistungen, die im Rahmen des üblichen - von der überwiegenden Mehrheit der Ärzte aus der Vergleichsgruppe angewendeten - Behandlungskonzepts mit Überweisung zwangsläufig bei anderen Leistungserbringern angefallen wären, sowie der zusätzlichen Leistungen, die im Rahmen des davon abweichenden eigenen Behandlungskonzepts ohne Überweisung an deren Stelle selber erbracht werden mussten (analog der statistischen Berücksichtigung von Röntgen auswärts- und Spitalkosten ambulant).

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä In BGE 133 V 37 hatte einerseits die betroffene Ärztin - wie den einzelfallspezifischen Ausführungen von Erw. 5.3.6 zu entnehmen ist - ihre diesbezüglichen Behauptungen substantiiert und stellte sich andererseits die Beweisfrage nicht, da ihr Gesamtkostenindex auch ohne Kompensation durch allfällige Einsparungen wegen der Vermeidung von Überweisungen an Spezialärzte oder Spitäler den Toleranzbereich nicht überschritt.

E. 4

4.1.1. Im Lichte der vorstehenden Ausführungen erweist sich die beklagte Kernbehauptung, er behandle hauptsächlich Patienten mit Herzrhythmusstörungen (Urk. 21 S. 4) und könne bei diesen durch eine Herzschrittmacher-Implantation vermeidende konservative Behandlung ungleich höhere Summen als die ihm zur Last gelegten Durchschnittskostenüberschreitungen einsparen (Urk. 21 S. 10), als weder für das Glaubhaftmachen eines besonders zusammengesetzten Patientenguts noch für eine kompensatorische Berücksichtigung von Einsparungen bei anderen Leistungserbringern hinreichend substantiiert und stichhaltig.

4.1.1.1. Was zunächst die Herzrhythmusstörungen anbelangt, handelt es sich dabei - worauf der Beklagte mit seinem Pschyrembel-Zitat (Urk. 21 S. 4 ff.) selbst hinweist - um ein bei Patienten mit einer Herz-Kreislauf-Problematik häufig vorkommendes Symptom von verschiedenen Grunderkrankungen, welches aber auch bei Gesunden auftritt und Anlass für eine kardiologische Abklärung sein kann. Die häufige Behandlung von Patienten mit Herzrhythmusstörungen ist daher keine Praxisbesonderheit des Beklagten, sondern typisch für die Kardiologen als Gruppe. Die Referenten der KPK haben denn auch bei ihrem Praxisbesuch im Gespräch mit dem Beklagten keinerlei Hinweise für eine Spezialisierung innerhalb der Kardiologie (mit entsprechend speziell zusammengesetztem Patientengut) gefunden, sondern vielmehr Hinweise auf eine weit über die Kardiologie hinausgehende Medizin (vgl. Erw. 2.4). Es besteht daher kein Anlass, die Krankengeschichten des Beklagten analytisch genauer abzuklären (vgl. Erw. 3.2).

4.1.2. Auch die Herzschrittmacher-Implantation vermeidende konservative Behandlung der Patienten ist keine Spezialität des Beklagten. Dies wird bereits daraus ersichtlich, dass in der Schweiz pro Jahr weniger als 500 Erstimplantationen von

Herzschrittmachern auf eine Million Einwohner vorgenommen werden (Statistik der Arbeitsgruppe Herzschrittmacher und Elektrophysiologie der Schweizerischen Gesellschaft für Kardiologie auf www.pacemaker.ch/de/statistik/default.asp). Dies bedeutet, dass die 50 bis 60 praktizierenden Kardiologen im Kanton Zürich (also die Fachkollegen der Vergleichsgruppe, welcher der Beklagte zugeordnet wurde, vgl. Urk. 25/2) im Durchschnitt pro Jahr bei etwa zehn (2%) ihrer jeweils rund 500 Patienten (vgl. vgl. Urk. 25/2) die Indikation für die Erstimplantation eines Herzschrittmachers stellen. Es ist also keineswegs so, dass nur der Beklagte seine Patienten hauptsächlich konservativ behandelt.

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Diese Zahlen zeigen auch, dass die vom Beklagten nicht quantifizierten Einsparungen durch eine angeblich zurückhaltendere Indikation für die Erstimplantation eines Herzschrittmachers nicht überschätzt werden dürfen. Denn auch bei den zwischen 637 und 760 Patienten, die der Beklagte in den Jahren 2001 bis 2003 pro Jahr behandelte (vgl. Urk. 25/2), waren nicht hunderte von Implantationen nötig geworden, wenn er (oder ein anderer Kardiologe) sie weniger aufwendig behandelt hätte.

4.2 Ä Ä Ä Ä Von vornherein nicht (mehr) stichhaltig ist auch das Argument des Beklagten, er habe einen überdurchschnittlichen Abklärungsbedarf gehabt, weil die von seinem Praxisvorgänger übernommenen Patienten von diesem schlecht abgeklärt worden seien. Wäre dem so gewesen, hätte sich das zwar wohl in den durchschnittlichen Behandlungskosten der ersten beiden Jahre nach der Praxisübernahme niedergeschlagen. Diese fand jedoch bereits 1996 statt und angesichts der bereits in den ersten Jahren der Praxisführung überdurchschnittlichen Behandlungskosten (vgl. Urk. 1 S. 3) wäre nicht nachvollziehbar, weshalb der Beklagte auch den Jahren 2001 und folgende noch Abklärungsdefizite seines Praxisvorgängers hätte ausgleichen müssen.

4.3 Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ebenfalls nicht zu seinen Gunsten ableiten kann der Beklagte aus der Auflistung seiner 93 Patientinnen und Patienten des Jahres 2001 mit den höchsten Behandlungskosten bzw. derjenigen 72 mit den höchsten Durchschnittskosten pro Konsultation. Dass sich die Behandlungskosten nicht gleichmässig auf die Patientinnen und Patienten verteilen ist normal, da ja nicht alle Patientinnen und Patienten an den gleichen Krankheiten leiden und gleich auf eine Behandlung ansprechen. Mit dem Nachweis, dass die teuersten 3 % der Patientinnen und Patienten 11 % bzw. weitere 11 % der Patientinnen und Patienten 28 % der Kosten verursachen, wird keine Praxisbesonderheit belegt, sondern eine Gaußsche Normalverteilung. Denn normalerweise verteilen sich die Behandlungskosten so auf die Patientinnen und Patienten, dass eine Kurve in Form einer Glocke entsteht. Dabei bildet der Durchschnittswert den Kulminationspunkt und findet sich beidseitig (d.h. sowohl für Werte über- als auch unter dem Durchschnitt) eine mit dem Abstand vom Durchschnittswert jeweils kleiner werdende Anzahl von Patientinnen und Patienten welche über- und unterdurchschnittliche Kosten verursachen. Bei jedem Leistungserbringer - also auch beim Beklagten - müssen daher den Patientinnen und Patienten mit überdurchschnittlichen Behandlungskosten solche mit unterdurchschnittlichen gegenüberstehen. Dies gilt nicht nur für die Behandlungskosten, sondern für alle vorliegend interessierenden Kosten bzw. generell für alle Werte, welche eine Varianz aufweisen.

4.4 Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Keineswegs ungewöhnlich ist in diesem Zusammenhang auch, dass die Patientinnen und Patienten, welche überdurchschnittliche Behandlungskosten verursachen, auch überdurchschnittlich alt sind. Denn auch das Alter der Patientinnen

und Patienten unterliegt der Gauss'schen Normalverteilung. Und dass Alter und Kostenhöhe statistisch korrelieren, ist notorisch, weshalb ja auch als Erfahrungstatsache gilt und gegebenenfalls als Praxisbesonderheit berücksichtigt wird, dass ein signifikant höheres Durchschnittsalter der (mehrheitlich erwachsenen) Patientinnen und Patienten eines ärztlichen Leistungserbringers höhere Durchschnittskosten verursacht. Dies gilt insbesondere dann, wenn das Durchschnittsalter in der Nähe des ordentlichen Pensionierungsalters liegt, und daher davon auszugehen ist, dass das Patientengut einen relativ grossen Anteil an hochbetagten, häufig multimorbiden Patientinnen und Patienten enthält.

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Nach dem Gesagten wäre es demnach als Praxisbesonderheit zu berücksichtigen, wenn nicht nur die teuersten 14 % der Patientinnen und Patienten des Beklagten überdurchschnittlich alt und multimorbid wären (was normal ist), sondern der Altersdurchschnitt aller Patientinnen und Patienten des Beklagten über dem Altersdurchschnitt der Patientinnen und Patienten aller Leistungserbringer in der Vergleichsgruppe liegen würde.

4.4.1 Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Diesbezüglich ist der Begründung des KPK-Entscheids (Urk. 32/1 S. 9 Ziff. 22) zu entnehmen, dass das durchschnittliche Alter der Patientinnen und Patienten des Beklagten um rund acht bis neun Jahre höher liege als bei seinen Fachkollegen (rund 57 Jahre gegenüber rund 49 Jahren). Während der Beklagte dies als Bestätigung seiner - nicht zutreffenden (vgl. Erw. 4.3) - Auffassung ansieht, es käme auf das Alter der teuersten Patientinnen und Patienten an (Urk. 62 S. 8 Ziff. 17), sehen die Klägerinnen darin eine aktenwidrige Feststellung (Urk. 51 S. 2 f. Ziff. 7).

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Dazu ist in tatsächlicher Hinsicht festzuhalten, dass das durchschnittliche Alter der Patientinnen und Patienten des Beklagten im Jahr 2001 57,7 Jahre, im Jahr 2002 58,3 Jahre und im Jahr 2003 wieder 57,7 Jahre betrug (vgl. Urk. 25/2). Das durchschnittliche Alter der Patientinnen und Patienten in der Fachgruppe Ä Innere Medizin, speziell Herzkrankheiten Ä betrug demgegenüber im Jahr 2001 61 Jahre, im Jahr 2002 61,3 Jahre und im Jahr 2003 wieder 61 Jahre (vgl. Urk. 25/2). Rund acht bis neun Jahre tiefer lag demgegenüber das durchschnittliche Alter der Patientinnen und Patienten in der Fachgruppe Ä Allgemeine Innere Medizin Ä, nämlich bei 49,1 Jahren im Jahr 2001, 49,5 Jahren im Jahr 2002 und 49 Jahren im Jahr 2003 (vgl. Urk. 38, KPK 6). Offensichtlich beruht die von den Parteien unterschiedlich interpretierte Aussage der KPK also auf einem Vergleich zwischen dem Beklagten und der Fachgruppe Ä Allgemeine Innere Medizin Ä.

4.4.2 Ä Ä Wäre der Beklagte mit der Fachgruppe Ä Allgemeine Innere Medizin Ä zu vergleichen, müsste also das gegenüber dem Durchschnittsalter in dieser Fachgruppe signifikant höhere Durchschnittsalter der Patientinnen und Patienten des Beklagten als Praxisbesonderheit berücksichtigt werden, während das Patientenalter bei einem Vergleich mit der Fachgruppe Ä Innere Medizin, speziell Herzkrankheiten Ä keine Praxisbesonderheit darstellen würde.

4.5 Ä Ä Ä Ä Wie bereits erwähnt wurde (vgl. Erw. 2.4), befand die KPK, der Beklagte sei mit den Kardiologen zu vergleichen, da einerseits diese oft auch allgemeininternistische Medizin betrieben und andererseits fast jede Rechnung des Beklagten eine kardiologische Position enthalte. Im Übrigen erwog die KPK, dass der Vergleich mit den Allgemeininternisten für den Beklagten auch kaum vorteilhaft wäre, da er im Vergleich

zu diesen im Jahr 2001 einen Index von 236, im Jahr 2002 einen Index von 272 und im Jahr 2003 einen Index von 287 aufweise (Urk. 32/1 S. 13 Ziff. 25).

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Diese letztere Überlegung erweist sich im Lichte der Rechtsprechung des Schiedsgerichts in Sozialversicherungsstreitigkeiten des Kantons Zürich als zutreffend.

E. 5

5.1 Ä Ä Ä Ä Bei einem Vergleich des Beklagten mit den Kardiologen wird der Umfang der Überberztung bzw. der RÄckerstattungsbetrag einer bei nicht durch spezifische Praxisbesonderheiten zu rechtfertigenden Indices von über 200 klarerweise vorliegenden Überberztung in den Jahren 2001 bis 2003 ermittelt, indem die maximal noch zulässigen Kosten pro Patient (Kostendurchschnitt der Gruppe [Totale Kosten: Durchschnittskosten pro Erkrankten] gemäss Urk. 25/2: von Fr. 1'053.-- im Jahr 2001, von Fr. 1'077.-- im Jahr 2002 und von Fr. 1'117.-- im Jahr 2003 + Toleranzzuschlag von 30 %) von Fr. 1'369.-- im Jahr 2001, von Fr. 1'400.-- im Jahr 2002 und von Fr. 1'452.-- im Jahr 2003 von den durchschnittlichen Kosten des Beklagten in diesen Jahren (2001: Fr. 2'133.--, 2002: Fr. 2'535.-- und 2003: Fr. 2'717.--) abgezogen werden und die jeweilige Differenz von Fr. 764.-- im Jahr 2001, von Fr. 1'135.-- im Jahr 2002 und von Fr. 1'265.-- im Jahr 2003 mit der Anzahl der Patientinnen und Patienten in diesen Jahren (2001: 668, 2002: 760 und 2003: 637) multipliziert werden. Daraus ergeben sich RÄckerstattungssummen von Fr. 510'352.-- für das Jahr 2001, von Fr. 862'600.-- für das Jahr 2002 und von Fr. 805'805.-- für das Jahr 2003 bzw. ein Gesamtbetrag von Fr. 2'178'757.-- für alle drei Jahre.

5.2 Ä Ä Ä Ä Bei einem Vergleich mit den Allgemeininternisten wäre demgegenüber so vorzugehen, wie es das Schiedsgericht bereits in seinem Urteil vom 20. Januar 2005 in Sachen Dr. S. (SR.2004.00011) getan hatte. Auch dort war das gegenüber dem Fachgruppendurchschnitt höhere Durchschnittsalter der Patientinnen und Patienten eines Leistungserbringers zu berücksichtigend gewesen.

5.2.1 Ä Ä In diesem Zusammenhang hatte das Schiedsgericht einerseits aufgrund des Vergleichs mit anderen statistischen Daten erkannt, dass die vom Konkordat der Schweizerischen Krankenkassen (heute: santosuisse) empfohlene unspezifische (unterschiedliche Auswirkungen von Altersabweichungen in den einzelnen Facharztgruppen nicht berücksichtigende) Formel zur Bereinigung der Indizes bei grösseren Altersabweichungen (Kostenindex des Arztes geteilt durch das Ergebnis der Division Durchschnittsalter der Erkrankten des betreffenden Arztes geteilt durch Durchschnittsalter der Erkrankten in der Gruppe) sich für die Fachgruppe der Allgemeininternisten als recht zulässig erweise (S. 35 f. Erw. 6.3.2).

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Andererseits hatte das Schiedsgericht erwogen, dass es praxismässig ohne Nachweis von irgendwelchen spezifischen Praxisbesonderheiten zwar einen Toleranzzuschlag von 30 % auf dem Gruppendurchschnitt gewähre, dass es sich aber - wenn vorgängig bereits ein von der durchschnittlichen Zusammensetzung abweichendes Patientengut und dessen besondere Behandlungsbedürfnisse als spezifische Praxisbesonderheit berücksichtigt worden seien und unter diesem Gesichtspunkt die Indexbasis angehoben wurde - rechtfertige, den unspezifischen Zuschlag zu reduzieren, da der Leistungserbringer sonst ungerechtfertigterweise noch einmal von der Anhebung der Indexbasis profitieren würde. Eine Reduktion des unspezifischen Zuschlags auf rund 25

% nach Berücksichtigung eines höheren Durchschnittsalters trage dem Rechnung und liege im Rahmen der höchststrichterlichen Rechtsprechung (S. 38 Erw. 7.2).

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Diese Vorgehensweise wurde vom Eidgenössischen Versicherungsgericht als korrekt angesehen (vgl. Urteil K 30/05 vom 6. Oktober 2005 Erw. 5.5.3 und Erw. 5.5.4).

5.2.2 Ä Ä Ginge man im vorliegenden Fall bei einem Vergleich des Beklagten mit den Allgemeininternisten gleich vor, wären zwar die durchschnittlichen Kosten pro Patient der Allgemeininternisten (vgl. Urk. 38, KPK 6: Kosten Beklagter geteilt durch Index Beklagter mal 100) für einen alterskorrigierten Vergleich mit dem Beklagten gemäss der vorerwähnten Formel (vgl. Erw. 5.2.1) für das Jahr 2001 von Fr. 904.-- auf Fr. 1'062.--, für das Jahr 2002 von Fr. 932.-- auf Fr. 1'098.-- und für das Jahr 2003 von Fr. 947.-- auf Fr. 1'115.-- anzuheben, ergäben sich aber wegen des geringeren Toleranzzuschlags von nur 25 % auf dem angehobenen Index 100 maximal noch zulässigen Kosten pro Patient von lediglich Fr. 1'328.-- im Jahr 2001 (Kardiologen: Fr. 1'369.--), von Fr. 1'372.-- im Jahr 2002 (K: Fr. 1'400.--) und von Fr. 1'394.-- im Jahr 2003 (Kardiologen: Fr. 1'452.--). Dementsprechend wären die Differenzen zwischen diesen maximal noch zulässigen Kosten pro Patient und den effektiven durchschnittlichen Kosten des Beklagten in diesen Jahren sowie die gesamten Rückkerstattungsbeträge höher als bei einem Vergleich mit den Kardiologen.

E. 6

6.1 Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Zusammenfassend ergibt sich somit, dass der Beklagte nicht in der Lage ist, stichhaltige Gründe vorzubringen, welche es als nicht zulässig erscheinen liessen, ihn statistisch mit den übrigen Leistungserbringern der Facharztgruppe «Innere Medizin, speziell Herzkrankheiten» zu vergleichen, und er auch keine Praxisbesonderheiten zu substantizieren und zu quantifizieren vermag, welche es gebieten würden, ihm eine grössere Kostentoleranz als 30 % auf die durchschnittlichen Gesamtkosten pro Patient gemäss Fachgruppenstatistik zuzugestehen. Demzufolge ist er in Gutheissung der Klage zu verpflichten, den Klägerinnen wegen im Sinne von Art. 56 KVG unwirtschaftlicher Praxisführung in den Jahren 2001 bis 2003 von diesen zu Unrecht bezahlte Vergütungen in Höhe von Fr. 2'178'757.-- zu bezahlen. Ein Rückforderungsanspruch in dieser Höhe ist durch die Schadensberechnung des Schiedsgerichts in Erwägung 5.1 ausgewiesen.

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Der den Klägerinnen zugesprochene Rückkerstattungsbetrag ist an diese gemeinsam zu bezahlen und von diesen intern im Verhältnis zu den von den einzelnen im Rubrum aufgeführten Klägerinnen in den Jahren 2001-2003 abgerechneten Vergütungen für vom Beklagten und/oder auf dessen Veranlassung von Dritten erbrachte Leistungen auf die Klägerinnen und/oder deren Rechtsnachfolgerinnen aufzuteilen.

6.2 Ä Ä Ä Ä Bei diesem Ausgang des Verfahrens ist der Beklagte zur Tragung der Verfahrenskosten zu verpflichten, wobei der für die Höhe der Spruchgebühren massgebliche Streitwert der Höhe der Rückkerstattungsforderung entspricht. Die Spruchgebühren richtet sich gemäss Â§ 52 des Gesetzes über das Sozialversicherungsgericht (GSVGer) nach den Bestimmungen des Zivilprozesses (Â§ 64 der Zivilprozessordnung in Verbindung mit Â§ 202 des Gerichtsverfassungsgesetzes und der Verordnung über die Gerichtsgebühren) und beträgt Fr. 30'000.--. Ferner hat er

den Klägerinnen eine dem Streitwert angemessene Parteientschädigung zu bezahlen. Diese richtet sich nach § 68 der Zivilprozessordnung und § 2 der Verordnung über die Anwaltsgebühren und ist bei einem Streitwert von über zwei Millionen Franken auf Fr. 40'000.-- festzusetzen.

7. Eine Minderheit des Gerichts hat eine abweichende Meinung zum Ausgang des Verfahrens geäussert (vgl. Urk. 69).

Das Schiedsgericht erkennt:

1. In Gutheissung der Klage wird der Beklagte verpflichtet, den Klägerinnen bzw. deren Rechtsnachfolgerinnen gemeinsam per Zahlstelle des Verbandes santosuisse Zürich-Schaffhausen Fr. 2'178'757.-- zu bezahlen.

2. Die Kosten des Verfahrens, bestehend aus:

Spruchgebühren: Fr. 30'000.--

Schreibgebühren: Fr. 2'013.--

Vorladungen: Fr. 60.--

Zustellungsgebühren: Fr. 350.--

Total: Fr. 33'023.--

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

3. Der Beklagte wird verpflichtet, den Klägerinnen eine Prozessentschädigung von Fr. 40'000.-- (inkl. Barauslagen und MWSt) zu bezahlen.

4. Zustellung gegen Empfangsschein an:

- Rechtsanwalt George Hunziker
- Rechtsanwalt Dr. Urs Eschmann
- Gesundheitsdirektion des Kantons Zürich

sowie an:

- die Gerichtskasse (nach Eintritt der Rechtskraft)

5. Gegen diesen Entscheid kann innert 30 Tagen seit der Zustellung beim Bundesgericht Beschwerde eingereicht werden (Art. 82 ff. des Bundesgesetzes über das Bundesgericht, BGG). Die Frist steht während folgender Zeiten still: vom siebten Tag vor Ostern bis und mit dem siebten Tag nach Ostern, vom 15. Juli bis und mit 15. August sowie vom 18. Dezember bis und mit dem 2. Januar (Art. 46 BGG).

Die Beschwerdeschrift ist dem Bundesgericht, Schweizerhofquai 6, 6004 Luzern, zuzustellen.

Die Beschwerdeschrift hat die Begehren, deren Begründung mit Angabe der Beweismittel und die Unterschrift zu enthalten; der angefochtene Entscheid sowie die als Beweismittel angerufenen Urkunden sind beizulegen, soweit die Partei sie in Händen hat (Art. 42 BGG).

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