

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT SR.2004.00008

vom 1. April 2009

ZH Sozialversicherungsgericht, 2009-04-01, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_SR.2004.00008

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT SR.2004.00008 du 1 avril 2009

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT SR.2004.00008 del 1 aprile 2009

Erwägungen

E. 2

2.1. 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).

E. 2.2

2.2.1 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, Honorarrückforderung wegen Überarztung bei ambulanter ärztlicher Behandlung - Materiellrechtliche 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 Letztere 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.).

2.2.2 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 Überarztung 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).

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä 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 kantonischen 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 Ävieler schwerer FälleÄ 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 Praxisfähigkeit vorzunehmen. Denn sonst hätte es jeder Leistungserbringer in der Hand, die statistische Vergleichsmethode mit wenigen pauschalen Einwürfen auszuhebeln. Erst aus substantiierten Vorbringen des beklagten Leistungserbringers kann sich im Einzelfall die Notwendigkeit ergeben, einzelne Aspekte seiner Praxisfähigkeit analytisch genauer abzuklären.

2.2.3Ä 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 dieses Entscheids 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.

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä 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).

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 weiter überweist.

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä 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.

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä (Erw. 3.4.3): 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 würden (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.

Das 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.

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.

(Erw. 3.4.4): Nach dem Gesagten kann auch im Rahmen einer kompensatorischen, auf den Gesamtkostenindex abstellenden Anwendung der statistischen Methode ein überhöhter 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 RÄtgen auswärts und Spitalkosten ambulant).

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.

2.3.3.3 Bei den Statistiken, deren Bezug der Beklagte verlangt (Urk. 47, Urk. 72 und Urk. 97), handelt es sich um solche, welche anhand verschiedener Indikatoren die Häufigkeit der Inanspruchnahme medizinischer Leistungen in einem Versichertenkollektiv abbilden (Studie zum Risikoausgleich zwischen den Krankenversicherern, Urk. 48/1-4; Capitationsberechnung für HMO und Hausarztmodelle mit Budgetverantwortung, Urk. 73/1) oder um solche, welche das Angebot und die Häufigkeit der Inanspruchnahme medizinischer Leistungen nach geographischen Kriterien aufzeigen (Urk. 98/1-3). Diese Daten sind in keiner Weise geeignet, die im Vergleich mit einer geographisch homogenen Gruppe von gleichartigen Leistungserbringern überdurchschnittlichen Fallkosten des Beklagten zu erklären oder zu belegen, dass der Beklagte nicht mit besagter Gruppe vergleichbar ist. Dass - was ein Vergleich mit den Daten zum Risikoausgleich und zur Capitationsberechnung zeigen würde - der Anteil von Menschen mit behandlungsbedürftigen Gesundheitsproblemen im Wartezimmer des Beklagten höher ist als in der Gesamtpopulation, ist ebenso einleuchtend wie banal und gilt für alle Anbieter von medizinischen Leistungen. Und dass bei der Häufigkeit der Inanspruchnahme medizinischer Leistungen in einem Versichertenkollektiv erhebliche regionale Unterschiede bestehen, ist für den Vergleich mit einer geographisch homogenen Gruppe von gleichartigen Leistungserbringern ebenfalls ohne Belang.

Es sind aber nicht nur die vom Beklagten als Beweismittel angerufenen Studien und Statistiken für die Wirtschaftlichkeitsprüfung der ärztlichen Tätigkeit nach Art. 56 KVG untauglich, sondern es kann dafür auch nicht unbesehen auf die für die Risikoselektion aus Versichertenpopulationen allenfalls tauglichen Indikatoren abgestellt werden. Denn sowohl die stationäre Behandlung als insbesondere auch die Medikation sind Indikatoren, welche von dem auf die wirtschaftliche Behandlungsweise hin zu überprüfenden Leistungserbringer - zumindest teilweise - selber beeinflusst werden können. Weder die von ihm selber angeordneten Hospitalisationen noch die von ihm verschriebenen oder sogar verkauften Medikamente können daher ohne Weiteres als statistisch messbare objektive fallspezifische Gegebenheiten angesehen werden, aus welchen die Schwere oder der chronische Verlauf einer Erkrankung oder ein anderer Umstand, welcher eine aufwendigere Behandlung rechtfertigt, ablesbar wäre. Auch in Bezug auf die vom Beklagten im vorliegenden Fall verlangten Auswertungen von Leistungsabrechnungsdaten der Klinikerinnen gilt, dass - worauf bereits in Erwägung 3.4.3 des Schiedsgerichtsurteils vom 10. Juli 2008 hingewiesen wurde - zuerst festgelegt werden müsste, welche mess- und vergleichbaren Daten als objektive Indikatoren für (welche) Praxisbesonderheiten in einem statistischen Durchschnittskostenvergleich verwendet werden können. Der Ruf nach - vom Prozessgegner zu erstellenden - Statistiken ersetzt daher die substantiierte Darlegung von Praxisbesonderheiten nicht, sondern setzt diese voraus.

E. 3

3.1 Im vorliegenden Fall stützen die Klinikerinnen ihre Klagen auf die Rechnungsstellerstatistiken des Konkordats der Schweizerischen Krankenversicherer für

das Jahr 1999 bzw. Datenpool santÄ©suisse fÄ¼r das Jahr 2002. GemÄss diesen Statistiken Ä¼ber die in den besagten Jahren von den KlÄgerinnen abgerechneten VergÄ¼tungen weist der Beklagte fÄ¼r das Jahr 1999 direkte und veranlasste Kosten von durchschnittlich Fr. 1'170.73 (Index 166) pro erkrankte Person (Urk. 16/2/2/4) sowie fÄ¼r das Jahr 2002 direkte und veranlasste Kosten von durchschnittlich Fr. 1'794.32 (Index 237) pro erkrankte Person (Urk. 2/3) aus. In der Facharztgruppe 'AllgemeinpraktikerÄ (1999 mit RÄntgen), welcher der Beklagte aufgrund seines Facharztstitels zuzuordnen ist, betragen die durchschnittlichen Gesamtkosten pro erkrankte Person im Abrechnungsjahr 1999 demgegenÄ¼ber nur Fr. 703.89 bzw. Fr. 757.10 (jeweils Index 100). FÄ¼r vom Beklagten erbrachte oder verordnete Leistungen hatten die KlÄgerinnen demnach im Jahr 1999 fast zwei Drittel mehr bzw. im Jahr 2002 mehr als doppelt so viel an VergÄ¼tungen zu erbringen wie fÄ¼r von einem durchschnittlichen Allgemeinpraktiker erbrachte oder verordnete Leistungen. Damit liegt ein klares Indiz dafÄ¼r vor, dass der Beklagte sich bei der Behandlung seiner Patientinnen und Patienten nicht auf das Mass beschrÄnkte, das im Interesse der Versicherten lag und fÄ¼r den Behandlungszweck erforderlich war.

3.2ÄÄÄ Soweit der Beklagte demgegenÄ¼ber in seiner Eingabe vom 19. Februar 2002 (Urk. 16/2/47) einwendet, bei der PrÄ¼fung der Wirtschaftlichkeit seien nicht die in einem bestimmten Zeitraum von den Krankenversicherern abgerechneten Leistungen massgebend, sondern mÄsse auf die in einem bestimmten Zeitraum erbrachten Leistungen abgestellt werden, weshalb die KlÄgerinnen unter Androhung der Klageabweisung im Unterlassungsfall aufzufordern seien, Statistiken Ä¼ber die im Jahr 1999 durchgefÄ¼hrten Ärztlichen Behandlungen aufzulegen, kann auf ErwÄgung 6.2 des Schiedsgerichtsurteils vom 5. Juli 2004 verwiesen werden.

E. 3.3

3.3.1ÄÄ Im seinem Urteil vom 5. Juli 2004 hat das Schiedsgericht die Hinweise des Beklagten auf seine Ausbildung und PraxistÄtigkeit als Akupunkturarzt unter dem Aspekt von Praxisbesonderheiten geprÄ¼ft und aufgrund dieser PrÄ¼fung seine statistische Vergleichbarkeit mit Allgemeinpraktikern, insbesondere solchen, welche ebenfalls im Besitze eines FÄhigkeitszeugnisses fÄ¼r Akupunktur sind, aber nicht ausschliesslich diese Therapiemethode anwenden, bejaht (Erw. 6.3.2 und 6.6.3).

ÄÄÄÄÄÄ DemgegenÄ¼ber hat die Kantonale ParitÄtische Kommission der Ärztegesellschaft des Kantons ZÄ¼rich und von santÄ©suisse ZÄ¼rich-Schaffhausen (KPK) in ihrem Entscheid in Sachen des Beklagten vom 18. Dezember 2007 betreffend die Abrechnungsjahre 2004 und 2005 die Vergleichbarkeit des Beklagten mit den FachÄrzten fÄ¼r Allgemeine Medizin FMH verneint und ihn mit einer schweizweit und Ä¼ber Facharztgruppen hinweg zusammengestellten Gruppe von Ärzten verglichen, welche Ähnlich wie der Beklagte weit Ä¼berwiegend Akupunktur und daneben keine Allgemeinpraxis betreiben (vgl. Urk. 105/1 S. 26 f. Ziff. 31 in Verbindung mit Urk. 104 S. 2 ff.).

3.3.2ÄÄ Die Vorgehensweise des Schiedsgerichts im Urteil vom 5. Juli 2004 beruht auf grundsÄtzlichen Äberlegungen, welche bereits seinem Urteil vom 8. Oktober 1997 im GeschÄft SR.1995.00011 zugrunde lagen (vgl. dortige Erw. 6.b). Dort wies es das Ansinnen eines - ebenfalls vom Rechtsbeistand des Beklagten vertretenen - nach eigenen Angaben ausschliesslich analytisch tÄtigen Psychiaters zurÄ¼ck, es sei fÄ¼r die analytisch tÄtigen Psychiater eine separate Statistikgruppe zu bilden, da die analytische

Behandlungsmethode sehr zeitintensiv sei und jeder analytisch tätige Psychiater daher zwangsläufig einen stark überdurchschnittlichen Fallkostenindex aufweisen müsse.

In Erwägung 6.b des Urteils vom 8. Oktober 1997 führte das Schiedsgericht dazu Folgendes aus:

Der beklagten Forderung nach einer separaten statistischen Erfassung der ausschliesslich analytisch tätigen Psychiater ist entgegenzuhalten, dass für die Bildung der Statistikgruppen nicht deshalb auf die fachärztliche Bezeichnung abgestellt wird, weil die einer Gruppe zugewiesenen Fachärzte sich derselben Behandlungsmethoden bedienen, sondern weil davon auszugehen ist, dass diese Ärzte aufgrund ihrer spezifischen fachlichen Qualifikation von einem vergleichbaren Kreis von Patienten mit bestimmten Krankheiten aufgesucht bzw. ihnen solche Patienten von Kollegen überwiesen werden. Ausgangspunkt für den statistischen Vergleich der Behandlungskosten ist nicht die Vergleichbarkeit der Behandlungsmethode, sondern die - im Einzelfall widerlegbare - Annahme, dass die Ärzte einer bestimmten Statistikgruppe ein hinsichtlich Art und Schwere der Erkrankung vergleichbares Patientengut behandeln und deshalb mit einem vergleichbaren Aufwand den Heilungserfolg sollten herbeiführen können.

Die separate Erfassung von Ärzten, die ausschliesslich eine bestimmte, überdurchschnittlich aufwendige Behandlungsmethode anwenden, in einer eigenen Statistikgruppe käme nur dann in Frage, wenn diese Facharztgruppe ausschliesslich ein ganz bestimmtes Patientengut behandeln würde, das klar gegenüber dem Patientengut der nach anderen (kostengünstigeren) Methoden vorgehenden Fachärzten abgrenzbar wäre. Wenn die behandelten Patienten aber an Krankheiten leiden, die grundsätzlich auf verschiedene Arten behandelt werden können, würde die separate statistische Erfassung von Ärzten, die ausschliesslich eine bestimmte Behandlungsmethode anwenden, dazu führen, dass diese Behandlungsmethode der Konkurrenz mit anderen Behandlungsmethoden entzogen würde und ihre Wirtschaftlichkeit daher nicht mehr überprüfbar wäre. Letztlich würde der Patient mit der Wahl des Arztes auch die Behandlungsmethode bestimmen, da der ausschliesslich eine bestimmte, überdurchschnittlich aufwendige Behandlungsmethode anwendende Arzt nicht mehr gezwungen wäre, im Einzelfall eine kostengünstigere Behandlungsalternative zu prüfen und die Anwendung der aufwendigeren Behandlungsmethode im Einzelfall zu rechtfertigen, wenn seine Behandlungskosten lediglich mit denjenigen von Facharztkollegen verglichen werden, die dieselbe Behandlungsmethode anwenden.

Für die Spezialisierung in der ärztlichen Tätigkeit sind demnach nicht die Therapiemethoden massgeblich, sondern die möglichen Gesundheitsbeeinträchtigungen, welche gegebenenfalls behandelt werden sollen. Die ärztliche Spezialisierung erfolgt ja in medizinischen Fachgebieten, welche nach objektbezogenen (bezogen auf den Menschen als Objekt der ärztlichen Tätigkeit) Kriterien gebildet und voneinander abgegrenzt werden. Diese objektbezogene Betrachtungsweise liegt auch dem gesetzlichen Konzept der Wirtschaftlichkeitsprüfung zugrunde. Denn gemäss Art. 56 Abs. 1 KVG muss sich der Leistungserbringer in seinen Leistungen auf im Interesse des Versicherten (als Behandlungsobjekt) und das für den Zweck seiner Behandlung erforderliche beschränken. Welche Behandlungsmethoden der Leistungserbringer dabei anwendet, schreibt ihm das Gesetz nicht vor. Eine

zusätzliche Spezialisierung innerhalb eines medizinischen Fachgebiets nach methodischen Kriterien (bezogen auf den Leistungserbringer als Subjekt der ärztlichen Tätigkeit) ist deshalb von Gesetzes wegen zwar zulässig (Behandlungsfreiheit), für die Wirtschaftlichkeitsprüfung ist eine methodische Spezialisierung (bzw. die durch sie präjudizierte Methodenwahl im konkreten Behandlungsfall) aber nur dann relevant, wenn eine bestimmte Behandlungsmethode für die Erreichung des Behandlungszwecks erforderlich ist.

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Aufgrund dieser Überlegungen ist für die Vergleichsgruppenbildung im Rahmen des statistischen Durchschnittskostenvergleichs zunächst auf die nach objektbezogenen Kriterien gebildete medizinische Fachgruppenzugehörigkeit abzustellen und können nach methodischen Kriterien gebildete Vergleichsgruppen nur dann und nur soweit zur Anwendung kommen, als die auf ihre Wirtschaftlichkeit hin zu prüfende Praxisleistung ausschliesslich in Behandlungen bestand, welche zur Zweckerreichung einer bestimmten Behandlungsmethode bedurften. Erst dann kann sich die Wirtschaftlichkeitsprüfung auf die - durch den Vergleich mit einer nach methodischen Kriterien gebildeten Vergleichsgruppe zu beantwortende - Frage beschränken, ob eine bestimmte Behandlungsmethode wirtschaftlich angewandt wurde.

E. 3.4

3.4.1 Ä Ä Wie das Schiedsgericht bereits in Erwägung 6.6.3 seines Urteils vom 5. Juli 2004 darlegte, ergeben sich aus den Vorbringen des Beklagten im ersten Rechtsgang (vgl. Erw. 6.3.1 des Urteils vom 5. Juli 2004) mangels hinreichender Substanziierung der behaupteten Praxisbesonderheiten keine überprüfbaren Anhaltspunkte für ein spezielles - von demjenigen anderer Allgemeinpraktiker abweichendes - Patientengut des Beklagten, welches zur Erreichung eines klar definierten Behandlungszweckes einer speziellen Behandlung bedurfte.

3.4.2 Ä Ä Anhaltspunkte hierfür liefern auch die Vorbringen des Beklagten im zweiten Rechtsgang nicht. Seine Angaben zum Patientengut und zur Indikation seiner Behandlungen gehen nicht über eine generelle Beschreibung der Praxisleistung hinaus (vgl. Urk. 41a/19/2/2). Er macht geltend, dass er Patienten mit chronifizierten von der Schulmedizin als untherapierbar beurteilten Beschwerden, insbesondere Migräne, Bauch-, Rücken- und generalisierten Schmerzen, häufig unklarer Ursache, mit vegetativen und hormonellen Dysregulationen oder Gesundheitsstörungen, welche auf Belastung des Körpers mit Schadstoffen zurückzuführen seien, regulativmedizinisch behandle. Praktisch allen diesen Gesundheitsbeeinträchtigungen gemeinsam sei, dass sie lange Therapien notwendig machten und nebst Akupunktur auch die Gabe von Vitaminen und Homöopathika erforderten. Für die Konsolidierung des Behandlungserfolges wende er insbesondere homöopathische, oligotherapeutische und phytotherapeutische Präparate an. Therapie mit Vitaminen (Orthomolekulare Medizin) sowie energetische Behandlungen mit Lasergeräten sowie elektromagnetischen Wellen bildeten Bestandteil des Behandlungskonzeptes.

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Patienten mit unspezifischen Beschwerden häufig unklarer Ursache aus einem breiten Spektrum an möglichen Gesundheitsstörungen sind das typische Patientengut von Allgemeinmediziner. Von anderen Allgemeinmediziner unterscheidet den Beklagten nach eigenen Angaben, dass er seine Patienten nur bei Krankheitsbildern, die umfassende Behandlung nach schulmedizinischen Prinzipien erfordern,

spezialärztlich abklären und behandeln lässt (Urk. 41a/19/2/2 S. 2). Was e contrario unter Krankheitsbildern, die keine umfassende Behandlung nach schulmedizinischen Prinzipien erfordern, zu verstehen ist, welche Krankheitsbilder der Beklagte also ausschliesslich selber abklärt und behandelt bzw. nach welchen Kriterien er evaluiert, welche Patienten keine umfassende Behandlung nach schulmedizinischen Prinzipien nötig haben, ist daraus nicht ersichtlich. Erst recht ist damit nicht dargelegt, bei welchen Krankheitsbildern der Beklagte welche diagnostischen Mittel und welche Behandlungen in welchem Umfang zur Erreichung welches Behandlungsziels anwendet. Diesbezüglich kann auch der anekdotenhaften Schilderung des Praxisbesuchs des beklagten Rechtsvertreters beim Beklagten vom 21. Juli 2004 (Urk. 11/4) nichts Substantielles entnommen werden. Vielmehr lassen die dortigen Ausführungen über die Behandlung einer Familie, deren Mitglieder den Beklagten sukzessive wegen unterschiedlicher Beschwerden konsultiert haben, darauf schliessen, dass der Beklagte - im Gegensatz zu anderen Allgemeinmedizineren - jede Befindlichkeitsstörung als Anlass für eine ärztliche Intervention ansieht; klare, gegebenenfalls aufgrund der Krankengeschichten überprüfbare ärztliche Befunde und darauf basierende Diagnosen als Indikationen für die jeweiligen Behandlungen lassen sich dem Bericht nicht entnehmen.

3.4.3.4. Ebenso wenig konnte die KPK bei der Überprüfung der Abrechnungsjahre 2004 und 2005 tatsächliche Praxisbesonderheiten feststellen. Ihre Auffassung, wonach die Behandlungen des Beklagten sich nicht mit denjenigen von Allgemeinmedizineren vergleichen liessen, beruht nicht auf einer Analyse von nachgewiesenermassen durchgeführt und durch Krankengeschichten dokumentierten Behandlungen, sondern lediglich auf Erkenntnissen aus der Kontrolle von 263 Rechnungen des Beklagten (Urk. 105/1 S. 24 in Verbindung mit Urk. 105/1 S. 19). Die aus der Rechnungsstellung des Beklagten ersichtlichen Behandlungen sind jedoch Gegenstand der Wirtschaftlichkeitsprüfung und in diesem Rahmen als Parteibehauptungen über effektiv durchgeführte, notwendige bzw. zweckmässige Behandlungen zu qualifizieren. Als solche sind der Rechnungsstellung entnommene Angaben grundsätzlich höchstens geeignet, andere Behauptungen des Beklagten hinsichtlich seiner Praxisführung zu falsifizieren, nicht aber, irgendwelche diesbezüglichen Behauptungen zu verifizieren oder zu substantzieren. Es ist nicht nachvollziehbar, wie die KPK hinsichtlich der von ihr überprüften Abrechnungsjahre 2004 und 2005 aufgrund von den gestellten Rechnungen entnommenen Angaben auf Praxisbesonderheiten schliessen und die Vergleichbarkeit der Praxisführung des Beklagten mit der Praxisführung anderer Allgemeinmediziner verneinen kann, obwohl sie nicht feststellen konnte, bei welchen Krankheitsbildern diese Behandlungen erfolgten (Urk. 105/1 S. 18), und sie überdies selbst erhebliche Zweifel daran äussert, dass die aus der Rechnungsstellung ersichtlichen Behandlungen tatsächlich wie fakturiert durchgeführt worden waren (Urk. 105/1 S. 27). Für das Schiedsgericht besteht daher kein Anlass, bezüglich der Abrechnungsjahre 1999 und 2002 analog vorzugehen.

3.4.4.4. Soweit der Beklagte geltend macht, wer die Wirtschaftlichkeit seiner Praxisführung trotz seinem Hinweis auf die Tätigkeit als Akupunkteur und die Kosten einer lege artis durchgeführten Akupunkturbehandlung noch in Zweifel ziehe, stelle die Wirtschaftlichkeit der Komplementärmedizin im Allgemeinen und der Akupunktur im Speziellen in Frage (vgl. Urk. 16/2/6 S. 4 und Urk. 16/2/15), ist - wie das Schiedsgericht bereits in Erwägung 6.3.2 des Urteils vom 5. Juli 2004 festgehalten hat - genau das

Gegenteil der Fall. Es ist der Beklagte selbst, welcher die Wirtschaftlichkeit der Akupunktur als Behandlungsmethode an sich in Frage stellt, indem er seine weit überdurchschnittlichen Behandlungskosten ohne Darlegung der Indikationen der von ihm durchgeführten Akupunkturbehandlungen allein mit der (häufigeren) Anwendung und den durchschnittlichen Kosten einer lege artis durchgeführten Akupunkturbehandlung rechtfertigen will.

Die Wirtschaftlichkeit einer Leistung ist aber nicht ihr absoluter Preis im Vergleich mit beliebigen anderen medizinischen Leistungen entscheidend, sondern, ob die Leistung kostspieliger oder kostengünstiger als andere ist, mit denen ein bestimmtes Leiden ebenso wirksam und zweckmässig behandelt werden könnte. Unwirtschaftlich im Sinne von Art. 56 KVG ist eine Leistung immer dann, wenn im konkreten Behandlungsfall eine genauso wirksame und zweckmässige, aber kostengünstigere Behandlungsalternative besteht. Dass eine Leistung als wirksam, zweckmässig und wirtschaftlich im Sinne von Art. 32 KVG anerkannt worden ist, heisst daher nicht, dass sie es generell, d.h. unabhängig von einer Indikation, ist, sondern lediglich, dass es nach Auffassung des Bundesrats bzw. der ihn beratenden Kommissionen (vgl. Art. 33 KVG) Anwendungsfälle (Indikationen) gibt, für die diese Leistung wirksam, zweckmässig und wirtschaftlich ist (abstrakte Wirtschaftlichkeitsprüfung). Dies gilt unabhängig davon, ob die Indikation für eine bestimmte Leistung gesetzlich festgelegt worden ist - was bei ärztlichen Leistungen die Ausnahme darstellt - oder ob für die Indikation allein das ärztliche Fachwissen massgeblich ist. Denn wenn eine Leistung nicht indiziert ist, ist sie weder wirksam noch zweckmässig noch wirtschaftlich.

Im Rahmen der konkreten Wirtschaftlichkeitskontrolle nach Art. 56 Abs. 1 KVG sind daher, wenn eine Durchschnittskostenüberschreitung im statistischen Vergleich auf die überdurchschnittlich häufige Anwendung einer überdurchschnittlich teuren Behandlungsmethode zurückzuführen ist, die Indikationen für die Anwendung dieser Behandlungsmethode zu überprüfen. Wer das ablehnt, spricht einer unspezifischen Anwendung dieser Behandlungsmethode das Wort und diskreditiert sie damit (vgl. hierzu auch Erw. 6.c. des in vorstehender Erw. 3.3.2 zitierten Schiedsgerichtsurteils vom 8. Oktober 1997).

Wie das Schiedsgericht ebenfalls bereits in der Begründung seines Urteils vom 5. Juli 2004 ausführte (vgl. Erw. 6.3.3), müsste der Beklagte, wenn er behauptet, er betreibe eine reine Akupunkturpraxis und behandle nur Patientinnen und Patienten, bei denen eine Akupunkturbehandlung indiziert sei, zur Substanziierung dieses Vorbringens auch präzise Angaben über die von ihm durchgeführten Akupunkturbehandlungen sowie über die Indikationen für diese Behandlungen machen. Insbesondere gilt das für die 'Spezialbehandlungen', zu der ihm angeblich rund 75 % der Patientinnen und Patienten überwiesen werden (Urk. 16/2/2/13 S. 2). Allein der Hinweis auf die häufigere Anwendung und die durchschnittlichen Kosten einer lege artis durchgeführten Akupunkturbehandlung kann die massive Überschreitung der durchschnittlichen Behandlungskosten im Gruppenvergleich höchstens erklären, nicht aber rechtfertigen.

Dem Vergleich mit der Teilgruppe der Allgemeinpraktiker, welche ebenfalls im Besitze eines Fähigkeitsausweises für Akupunktur sind (vgl. Urk. 16/2/2/15), kann der Beklagte nicht einfach entgegenhalten, dass er die Akupunktur eben häufiger anwende bzw. dass nur er eine "eigentliche Akupunkturpraxis" führe,

wogegen die anderen Akupunktur nur "auch noch" betreiben würden oder könnten. Denn da die Akupunktur eine im Sinne von Art. 32 KVG wirtschaftliche Behandlungsmethode ist, ist davon auszugehen, dass bei ihrer Anwendung in den indizierten Fällen nicht prinzipiell höhere Kosten anfallen als bei Anwendung schulmedizinischer Behandlungsmethoden. Demzufolge ist anzunehmen, dass Ärzte der Teilgruppe im Durchschnitt gegenüber der gesamten Facharztgruppe deshalb keine höheren Arztkosten ausweisen, weil sie Akupunktur eben gerade nicht "auch noch", sondern vielmehr nach genau bestimmten Indikationen im Einzelfall gezielt als Alternative zur schulmedizinischen Behandlung einsetzen. Nicht die statistisch unauffällige Teilgruppe der Allgemeinpraktiker mit Fähigkeitsausweis in Akupunktur, sondern der Beklagte muss - durch Darlegung der Indikationen für seine häufigeren Anwendungen von Akupunktur - die durch seine überdurchschnittlichen Arztkosten genährte Vermutung entkräften, dass er die Akupunktur "auch noch", d.h. unspezifisch, ohne klare Indikation und additiv zu schulmedizinischen Therapien, anwendet. Diese Überlegungen gelten erst recht, nachdem auch der von der KPK bezüglich der Abrechnungsjahre 2004 und 2005 vorgenommene Vergleich des Beklagten mit einer überregional zusammengesetzten homogenen Vergleichsgruppe (vgl. Urk. 104 S. 6: häufigste Tarifpositionen, Häufigkeit der Akupunkturpositionen in Relation zu den Grundleistungen, übereinstimmendes Fehlen anderer Tarifpositionen, spezialisierte Ausbildung) eine massive Durchschnittskostenüberschreitung zeigt (Urk. 105/1 S. 27; siehe auch die von den Klägerinnen mit der Klageergänzung vom 23. Mai 2005, Urk. 33, eingereichten weiteren Vergleiche, Urk. 34/1-7).

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Auch der Umstand, dass die vom Beklagten häufiger und/oder intensiver als Behandlungsmethode angewendete Akupunktur nicht zu einem geringeren Medikamentenverbrauch führt, sondern der Beklagte gleich viele - bzw. sogar etwas mehr - Medikamente verschreibt, wie die Allgemeinmediziner insgesamt bzw. die übrigen Akupunkteure im Durchschnitt (betreffend 1999: Urk. 16/2/2/4 und Urk. 16/2/2/15, jeweils Index Medikamente direkte und veranlasste: 117; betreffend 2002: Urk. 2/3, Index Medikamente direkte und veranlasste: 122), lässt auf eine unspezifische, additive Anwendung der Akupunktur schliessen. Der Hinweis des Beklagten, dass die meisten der von ihm abgegebenen Medikamente bis mindestens Mitte 1999 "hors liste" gewesen seien (Urk. 16/2/2/13 S. 2, Urk. 6 S. 6), lässt sogar die Vermutung zu, dass der effektive Medikamentenverbrauch seiner Patientinnen und Patienten noch erheblich grösser war. Der Beklagte scheint hier zu verkennen, dass in der Statistik nur die entsprechend seinen Angaben aus der obligatorischen Krankenversicherung bezahlten Medikamente erfasst werden.

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Die enorm hohen Laborkosten (betreffend 1999: Urk. 16/2/2/4, Index Labor auswärts: 684; Urk. 16/2/2/15, Index Labor auswärts: 448; betreffend 2002: Urk. 2/3 Laboratorien veranlasst: 312) deuten sodann eher auf Erstbehandlungen von noch in keiner Weise vorabgeklärten Patientinnen und Patienten hin, als auf die behauptete Überweisung von bereits seit Jahren durch die Schulmedizin behandelten.

3.5 Ä Ä Ä Ä Insgesamt vermag der Beklagte mit seinen wenigen, nicht substantiierten Vorbringen kein in sich stimmiges, mit den statistischen Eckwerten übereinstimmendes Bild seiner Praxistätigkeit zu vermitteln, welches die Vergleichbarkeit des Beklagten mit der kantonalen Gruppe der Allgemeinpraktiker in Frage stellt oder auf das Vorliegen von Praxisbesonderheiten hinweist, welche durch weitere Sachverhaltsabklärungen des

zwischen diesen gerade noch vertretbaren durchschnittlichen Gesamtkosten (Index 130) und den effektiven durchschnittlichen Gesamtkosten des Beklagten von Fr. 1'170.-- (Index 166) pro erkrankte Person (Urk. 16/2/2/4/2) liegt ein Verstoss gegen das Wirtschaftlichkeitsgebot von Art. 56 Abs. 1 KVG vor (vgl. Urk. 2/4 und Urk. 2/12).

4.3.2. Für das Abrechnungsjahr 2002 ist dem Beklagten ein Zuschlag von Fr. 227.-- (30 %) auf dem Gesamtkostendurchschnitt der Vergleichsgruppe von Fr. 757.-- (Urk. 2/3: Gesamtkosten des Beklagten auf Index 100 umgerechnet) zuzugestehen, woraus sich noch vertretbare durchschnittliche Gesamtkosten von Fr. 984.-- pro erkrankte Person ergeben. Im Umfang der Differenz von Fr. 810.-- (107 Indexpunkte) zwischen diesen gerade noch vertretbaren durchschnittlichen Gesamtkosten (Index 130) und den effektiven durchschnittlichen Gesamtkosten des Beklagten von Fr. 1'794.-- (Index 237) pro erkrankte Person (Urk. 2/3) liegt auch bezüglich des Abrechnungsjahres ein Verstoss gegen das Wirtschaftlichkeitsgebot KVG vor.

4.3.3. Um den den Klägerinnen geschuldeten Rückkerstattungsbetrag zu ermitteln, sind die den Index 130 übersteigenden Differenzbeträge pro erkrankte Person mit der Anzahl von Patientinnen und Patienten, denen die Klägerinnen in den Jahren 1999 und 2002 vom Beklagten verursachte Kosten verglichen zu multiplizieren. Bei Differenzbeträgen von Fr. 255 und 587 Erkrankten im Abrechnungsjahr 1999 (Urk. 16/2/2/4) bzw. Fr. 810 und 287 Erkrankten im Abrechnungsjahr 2002 (Urk. 2/3) resultieren daraus Rückkerstattungsbeträge von Fr. 149'685.-- für 1999 sowie Fr. 232'470.-- für 2002.

Die Klägerinnen sind an die Klägerinnen gemeinsam zu bezahlen und von diesen im Verhältnis zu den von ihnen (oder ihren allfälligen Rechtsvorgängerinnen) in den jeweiligen Jahren geleisteten Vergütungen (vgl. Urk. 16/2/2/8 und Urk. 2/4) aufzuteilen.

5. Ferner ist der Beklagte zur Tragung der Verfahrenskosten zu verpflichten, wobei der für die Höhe der Spruchgebühr massgebliche Streitwert der Höhe der gesamten Rückkerstattungsforderung für beide Jahre entspricht (Fr. 382'155.--). In Anwendung von Art. 4 und Art. 9 Ziff. 1 der Verordnung des Obergerichts über die Gerichtsgebühren vom 4. April 2007 rechtfertigt sich die Festsetzung einer Gebühr von Fr. 20'000.--.

Nach dem Streitwert ist auch die Prozessentschädigung an die obsiegenden und anwaltlich vertretenen Klägerinnen bestimmen. Diese ist in Anwendung von Art. 3 der Verordnung des Obergerichts über die Anwaltsgebühren vom 21. Juni 2006 auf Fr. 25'000.-- festzusetzen.

Das Schiedsgericht erkennt:

1. In Gutheissung der Klagen wird der Beklagte verpflichtet, den Klägerinnen Fr. 149'685.-- wegen unwirtschaftlicher Behandlungsweise im Jahr 1999 sowie Fr. 232'470.-- wegen unwirtschaftlicher Behandlungsweise im Jahr 2002, gesamthaft Fr. 382'155.-- zu bezahlen, zahlbar an die Klägerinnen gemeinsam per Zahlstelle ihres Vertreters.

2. Die Gerichtskosten von Fr. 20'000.-- 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. 25'000.-- (inkl. Barauslagen und MWSt) zu bezahlen.

4. Zustellung gegen Empfangsschein an:

- Rechtsanwalt Dr. Urs Eschmann
- Rechtsanwalt Dr. Guido Brusa
- Bundesamt für Sozialversicherung
- Gesundheitsdirektion des Kantons Zürich

sowie an:

- Gerichtskasse (nach Eintritt der Rechtskraft)

5. Gegen diesen Entscheid kann innert 30 Tagen seit der Zustellung beim Bundesgericht Beschwerde eingereicht werden (Art. 82 ff. in Verbindung mit Art. 90 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 des Beschwerdeführers oder seines Vertreters 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.