

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT SR.2018.00010

vom 20. Mai 2021

ZH Sozialversicherungsgericht, 2021-05-20, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_SR.2018.00010

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT SR.2018.00010 du 20 mai 2021

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT SR.2018.00010 del 20 maggio 2021

Erwägungen

E. 1

Die Klägerinnen, vertreten durch *santésuisse*, erhoben mit Eingabe vom 10. Juli 2018, zur Post gegeben am 13. Juli 2018 (Urk. 1 samt Beilagen [Urk. 2/ 3-6]), Klage gegen *med. pract. X.*

und beantragten, der Beklagte sei für das Jahr 2016 gemäss ANOVA-Index zur Rückzahlung von Fr. 40'778.--, eventuell gemäss der Rechnungssteller-Statistik (RSS) zur Rückzahlung von Fr. 87'557.--, an die Klägerinnen zu verpflichten. Es sei davon Vormerk zu nehmen, dass sich die Klägerinnen das Recht vorbehielten, den Rückforderungsbetrag nach Abschluss des Beweisverfahrens anzupassen. Der Beklagte sei sodann definitiv von der Tätigkeit zulasten der obligatorischen Krankenversicherung auszuscheiden. In prozessualer Hinsicht wurde die Sistierung des Gerichtsverfahrens bis zum Abschluss des Verfahrens vor der Kantonalen Paritätischen Kommission (KPK), längstens jedoch um ein Jahr, beantragt. Bei Wiederaufnahme des Klageverfahrens vor Schiedsgericht sei, sofern gesetzlich beziehungsweise sachlich notwendig, ein Vermittlungsverfahren durchzuführen (Urk. 1 S. 3). Mit Verfügung vom 15. August 2018 wurde dem Beklagten Frist angesetzt zur Erstattung einer freiwilligen schriftlichen Stellungnahme (Urk. 3); dieser liess sich nicht vernehmen.

Mit Eingabe vom 9. Oktober 2018 beantragten die Klägerinnen betreffend sämtliche im Monat Juli 2018 eingereichten Klagen gegen Ärzte und Ärztinnen infolge unwirtschaftlicher Leistungserbringung die Gutheissung der darin gestellten Sistierungsanträge (Urk. 5). Mit Verfügung vom 7. März 2019 wurde das vorliegende Verfahren bis Ende Juni 2019 sistiert (Urk. 6).

E. 1.1

Gemäss Art. 89 Abs. 1 des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung (KVG) sind Streitigkeiten zwischen Versicherern und Leistungserbringern durch ein Schiedsgericht zu entscheiden. Zuständig ist das Schiedsgericht desjenigen Kantons, dessen Tarif zur Anwendung gelangt, oder desjenigen Kantons, in dem die ständige Einrichtung des Leistungserbringers liegt (Art. 89 Abs. 2 KVG). Im Kanton Zürich werden Streitigkeiten nach Art. 89 KVG vom Schiedsgericht in Sozialversicherungsstreitigkeiten, welches dem Sozialversicherungsgericht des Kantons Zürich angegliedert ist, als einziger kantonaler Instanz beurteilt (§ 35 f. des Gesetzes über das Sozialversicherungsgericht [GSVGer]).

E. 1.2

Im Klageverfahren ergibt sich der Streitgegenstand einzig aus den Rechtsbegehren der Klage. Innerhalb des Streitgegenstands ist das Schiedsgericht in Sozial

versicherungsstreitigkeiten in Durchbrechung der Dispositionsmaxime an die Begehren der Parteien nicht gebunden (vgl. BGE 135 V 23 E. 3.1 sowie § 37 in Verbindung mit § 25 GSVGer). Das Schiedsgericht stellt unter Mitwirkung der Parteien die für den Entscheid erheblichen Tatsachen fest; es erhebt die notwendigen Beweise und ist in der Beweiswürdigung frei (Art. 89 Abs. 5 zweiter Halbsatz KVG und § 37 in Verbindung mit § 23 Abs. 1 GSVGer). Eine Partei ist säumig, wenn sie eine Prozesshandlung nicht fristgerecht vornimmt oder zu einem Termin nicht erscheint. Das Verfahren wird ohne die versäumte Handlung weitergeführt. Den Parteien werden die Rechtsnachteile förmlich angedroht, die ihnen entstehen, wenn sie die Mitwirkung verweigern (§ 37 in Verbindung mit § 28 lit. a GSVGer und Art. 147 der Zivilprozessordnung [ZPO] beziehungsweise mit § 23 Abs. 2 GSVGer).

E. 1.3

Vorliegend ist zu prüfen, ob der Beklagte den Klägerinnen für das Jahr 2016 erhaltene Vergütungen wegen unwirtschaftlicher Behandlungsweise zurückbezahlen muss und gegebenenfalls wie hoch der entsprechende Betrag ist. Zudem ist zu prüfen, ob die Voraussetzungen für einen Ausschluss von der Tätigkeit zulasten der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) gegeben sind. Da sich der Beklagte trotz begründetem Prozessrechtsverhältnis und trotz Androhung der Säumnisfolgen zur Sache nicht äusserte, ist der Beurteilung der vorliegenden Streitigkeit diejenige Tatsachendarstellung zugrunde zu legen, welche von den Klägerinnen präsentiert wurde, sofern damit aus Sicht des Schiedsgerichts die entscheidungswesentlichen Tatsachen feststehen. 2.

E. 2

Mit Eingabe vom 25. Februar 2020 (Urk. 15; vgl. auch Urk. 14) sowie der beigelegten Vollmacht vom 23. August 2019 (Urk. 17) wies sich Rechtsanwalt Felix Weber als Rechtsvertreter der santésuisse aus und ersuchte um Durchführung einer Sühnverhandlung – auch betreffend die beiden anderen von der santésuisse gegen den Beklagten geführten Verfahren SR.2016.00003 und SR.2019.00012 – und legte betreffend das Statistikjahr 2016 einen Beschluss der KPK vom 23. Oktober 2018 auf, gemäss welchem das Vermittlungsverfahren vor der KPK zufolge nicht fristgerechtem Zahlungseingang der Einlassungspauschale nicht zustande gekommen und die Vermittlung damit gescheitert sei (Urk. 16/3).

E. 2.1

Die zu Lasten der obligatorischen Krankenpflegeversicherung abgerechneten Leistungen müssen wirksam, zweckmässig und wirtschaftlich sein (Art. 32 Abs. 1 KVG). Die Leistungserbringer haben sich in ihren Leistungen auf das Mass zu beschränken, das im Interesse der Versicherten liegt und für den Behandlungszweck erforderlich ist (Art. 56 Abs. 1 KVG). Für Leistungen, die über dieses Mass hinausgehen, kann die Vergütung verweigert werden. Eine nach diesem Gesetz dem Leistungserbringer zu Unrecht bezahlte Vergütung kann zurückgefordert werden (Art. 56 Abs. 2 KVG). Leistungserbringer und Versicherer legen vertraglich eine Methode zur Kontrolle der Wirtschaftlichkeit fest (Art. 56 Abs. 6 KVG).

E. 2.2

Gemäss Art. 59 Abs. 1 KVG werden gegen Leistungserbringer, welche gegen die im Gesetz vorgesehenen Wirtschaftlichkeits- und Qualitätsanforderungen (Art. 56 und 58 KVG) oder gegen vertragliche Abmachungen verstoßen, Sanktionen ergriffen. Diese umfassen neben

den in den Qualitätsverträgen vorgesehenen Sanktionen die Verwarnung (lit . a), die gänzliche oder teilweise Rückerstattung der Honorare, welche für nicht angemessene Leistungen bezogen wurden (lit . b), eine Busse (lit . c) oder im Wiederholungsfall den vorübergehenden oder definitiven Ausschluss von der Tätigkeit zu Lasten der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (lit . d). Über Sanktionen entscheidet das Schiedsgericht nach Art. 89 KVG auf Antrag eines Versicherers oder eines Verbandes der Versicherer (Art. 59 Abs. 2 KVG). Obschon die Rückerstattung der Honorare (Art. 59 Abs. 1 lit . b KVG) neu unter dem Begriff «Sanktionen» (Art. 59 Abs. 1 Satz 1 KVG) steht, bleibt die zu Art. 56 Abs. 2 KVG ergangene Rechtsprechung anwendbar, wonach kein Verschulden des Leistungserbringers vorausgesetzt wird (BGE 141 V 25 E. 8.4).

E. 2.3

Die Daten, welche der Kontrolle der Wirtschaftlichkeit ambulant tätiger Leistungserbringer zugrundeliegen, wurden am 17. Juli 2017 aufbereitet (Urk. 2/4), und die Klage an das hiesige Gericht wurde am 13. Juli 2018 zur Post gegeben (Urk. 1). Damit ist eine Verwirkung der Rückforderung rechtsprechungsgemäss (vgl. insbesondere BGE 133 V 579) noch nicht eingetreten.

3. 3. 1

Die Klägerinnen stellten den Hauptantrag, der Beklagte sei für das Statistikjahr 2016 wegen unwirtschaftlicher Behandlungsweise gemäss ANOVA-Index zur Rückzahlung von Fr. 40'778.- zu verpflichten (Urk. 1 S. 3 ff.).

E. 3

Am 4. März 2020 wurden die Parteien auf den 7. Mai 2020 für eine Sühnverhandlung betreffend die drei gegen den Beklagten geführten Verfahren SR.2016.00003, SR.2018.00010 und SR.2019.00012 vorgeladen (Urk. 18). Der Beklagte blieb der Sühnverhandlung unentschuldig fern (Protokoll S. 3), worauf hin den Klägerinnen mit Verfügung vom 7. Mai 2020 Frist zur Ergänzung der Klage sowie zur Einreichung allfälliger weiterer Beweismittel angesetzt wurde (Urk. 20). Mit Eingabe vom 1. Juli 2020 hielten die Klägerinnen an ihren Rechtsbegehren in der Klage vom 10. Juli 2018 fest und verzichteten auf eine weitere Ergänzung der Klage (Urk. 23). Der Beklagte liess die ihm in der Folge mit Verfügung vom 2. Juli 2020 (Urk. 24) angesetzte Frist zur Erstattung einer Klage antwort unbenutzt verstreichen.

E. 3.2

Die Rechnungssteller-Statistik (RSS) bildet die Datenbasis sowohl für die Methode des Durchschnittskostenvergleichs (DKV) als auch des Varianzanalysenmodells (ANOVA-Methode) zur Bemessung der Wirtschaftlichkeit der Leistungen von praktizierenden Ärztinnen und Ärzten im Hinblick auf die Rückerstattung der Honorare wegen nicht wirtschaftlicher ambulanter Tätigkeit. Vergleichsgruppe bilden die Ärzte und Ärztinnen einer Facharztgruppe (gemäss Einteilung der FMH) in der Schweiz. Im Unterschied zum Durchschnittskostenvergleich werden die Kosten der einzelnen Leistungserbringer in Bezug auf die statistisch signifikanten, d.h. nicht zufälligen Merkmale «Alter und Geschlecht» der Patienten sowie «Kanton», in dem die ambulante ärztliche Tätigkeit ausgeübt wird, standardisiert. Damit werden die Kosten so ausgewiesen, als hätte der betreffende Arzt die gleiche Alters- und Geschlechterverteilung wie die Vergleichsgruppe als Ganzes und wie wenn alle Leistungserbringer im selben Kanton tätig

wären. Die ANOVA-Methode ergibt Indizes betreffend die direkten Kosten (ohne Medikamente), die Medikamentenkosten (direkt und veranlasst) sowie die totalen Kosten (jeweils pro Erkrankten). Die Vereinigung der Schweizer Ärztinnen und Ärzte (FMH) auf der einen Seite, santésuisse und curafutura auf der anderen Seite haben sich in einem am 27. Dezember 2013/16. Januar 2014 gestützt auf Art. 56 Abs. 6 KVG geschlossenen Vertrag auf die Varianzanalyse (ANOVA) als statistische Methode zur Kontrolle der Wirtschaftlichkeit verständigt. Dies kann nicht als gesetz widrig bezeichnet werden (BGE 144 V 79, vgl. auch die Urteile des Bundesgerichts 9C_558/2018 und 9C_559/2018 vom 12. April 2019 E. 7.1 mit Hinweisen).

E. 3.3

Der Beklagte, welcher über den Facharztstitel Allgemeine Innere Medizin sowie die Fähigkeits-/Fertigkeitsausweise Sachkunde für dosisintensives Röntgen und Praxislabor verfügt, praktizierte im Jahr 2016 im Kanton Zürich unter der Zahlstellenummer ...

Gemäss Rechnungssteller-Statistik vom 17. Juli 2017 betrugen die totalen direkten Kosten (Bruttoleistung) im Jahr 2016 Fr. 241'373.--, bei einem ANOVA-Index direkte Kosten (ohne Medikamente) von 154 Punkten und einem ANOVA-Index totale Kosten von 149 Punkten. Damit überschritt der Beklagte, welcher gemäss Darstellung der Klägerinnen durch die jahrelangen Interventionen der Krankenversicherer bereits hinreichend verwahrt worden sei, bei einem Vergleichskollektiv von 1'401 Ärztinnen und Ärzten derselben Facharztgruppe den Toleranzbereich von 130 Punkten (Urk. 1 S. 4 f. und Urk. 2/3).

Damit haben die Krankenversicherer den Anscheinsbeweis erbracht, dass die Wirtschaftlichkeit nicht gegeben ist.

E. 3.4

Der Beklagte liess sich auf das Verfahren vor der KPK nicht ein (vgl. Urk. 16/3) und im Verfahren vor dem Schiedsgericht nicht vernehmen. Damit verzichtete er darauf, darzulegen, inwieweit bei ihm oder beim Patientengut besondere Umstände oder spezielle Verhältnisse vorlägen. Praxisbesonderheiten oder andere spezielle Verhältnisse, welche das Überschreiten des Toleranzwertes von 130 Indexpunkten zu erklären vermöchten, sind denn auch nicht ersichtlich. Damit lässt sich die Überschreitung des Toleranzwertes nicht begründen.

E. 3.5

In Anwendung der Formel der ANOVA-Methode ergibt sich eine Rückforderungssumme von Fr. 37'617.-- (Fr. 241'373.-- [Totale direkte Kosten] / 154 [ANOVA-Index direkte Kosten ohne Medikamente] x [154 {ANOVA-Index direkte Kosten ohne Medikamente} - 130 {Toleranzbereich}]). Eine Abweichung von dieser Berechnungsmethode ist vorliegend nicht angezeigt; es liegt nicht dieselbe Konstellation vor wie im BGE 144 V 79 oder im Urteil 9C_67/2018 des Bundesgerichts vom 20. Dezember 2018 E. 7, fiel der RSS-Index der veranlassten Medikamentenkosten mit 131 Punkten doch nicht unterdurchschnittlich aus. 3.6

Schliesslich ist festzuhalten, dass vorliegend keine Gründe ersichtlich sind, weshalb eine weniger einschneidende Sanktion als die gänzliche Rückerstattung der Honorare gemäss Art. 59 Abs. 1 lit. b KVG (insbesondere eine bloss teilweise Rückerstattung der Honorare gemäss Art. 59 Abs. 1 lit. b KVG) zu ergreifen wäre. Insbesondere ist aufgrund der

eingereichten Rechnungssteller-Statistik vom 17. Juli 2017 eine seit Jahren bestehende Kostenüberschreitung dokumentiert, welche gemäss Schilderung der Klägerinnen zu wiederholten Mahnungen geführt hat (Urk. 18 S. 8). Demzufolge ist der Beklagte zu verpflichten, den Klägerinnen für das Statistikjahr 2016 einen Betrag von Fr. 37'617.-- zurückzubezahlen.

E. 4

Mit Verfügung vom 16. Oktober 2020 wurde den Parteien Frist angesetzt, um dem leitenden Mitglied des Schiedsgerichts aus den sie betreffenden Untergruppen «ärztliche Leistungen» beziehungsweise «Krankenversicherung» je eine Person als Schiedsrichter bzw. Schiedsrichterin vorzuschlagen, unter der Androhung, dass bei Säumnis Verzicht auf das Vorschlagsrecht angenommen werde (Urk. 26). Die Klägerinnen schlugen mit Eingabe vom 12. November 2020 Fürsprecherin lic. iur. Isabel Kohler Muster oder

lic. iur. Reto Dietschi, beide aus der Untergruppe «Krankenversicherung», als Schiedsrichter vor (Urk. 29), während sich der Beklagte nicht vernehmen liess. Mit Verfügung vom 30. November 2020 (Urk. 30) wurden Dr. med. Daniel Hüsey

aus der Untergruppe «ärztliche Leistungen» und lic. iur. Reto Dietschi

aus der Untergruppe «Krankenversicherung» als Schiedsrichter für den vorliegenden Prozess in Aussicht genommen. Sodann wurde angekündigt, dass die in Aussicht genommenen Schiedsrichter als ernannt gälten, sofern nicht innert einer Frist von 20 Tagen

ab Erhalt der Verfügung Einwände erhoben würden. Da die Parteien keine Einwände erhoben, wurden die in Aussicht genommenen Schiedsrichter mit Verfügung vom 21. Januar 2021 bestellt (Urk. 33). Das Schiedsgericht zieht in Erwägung: 1.

E. 4.1

Die Klägerinnen stellten weiter das Rechtsbegehren, der Beklagte sei definitiv als Leistungserbringer von der Tätigkeit zu Lasten der obligatorischen Krankenversicherung (OKP) auszuschliessen (Urk. 1 S. 3).

E. 4.2

Obwohl die ZSR-Nummer des Beklagten (Stand am 6. Mai 2020) gemäss Angabe der Vertreterin der santésuisse anlässlich der Sühnverhandlung vom 7. Mai 2020, zu welcher der Beklagte nicht erschien, per Ende März 2020 auf inaktiv gesetzt worden

ist (Protokoll S. 3), findet sich aktuell im öffentlich zugänglichen elektronischen Zahlstellenregister (ZSR) der SASIS kein entsprechender Hinweis (mehr). Als Gültigkeitsgebiet wird nach wie vor der Kanton Zürich angegeben. Zwar ist der ZSR-Eintrag nicht mit der Zulassung zur Kassenpraxis gleichzusetzen, doch beeinflusst er die Rechtsbeziehung zwischen Leistungserbringer und Versicherer sowohl tatsächlich als auch rechtlich (vgl. BGE 132 V 303 E. 4.4).

E. 4.3

Leistungserbringer, welche gegen die im Gesetz vorgesehenen Wirtschaftlichkeits- und Qualitätsanforderungen (Art. 56 und 58 KVG) oder gegen vertragliche Abmachungen verstossen, können im Wiederholungsfall mit dem vorübergehenden oder definitiven Ausschluss von der Tätigkeit zu Lasten der obligatorischen Krankenpflegeversicherung sanktioniert werden (Art. 59 Abs. 1 lit. d KVG). Ein Verstoß gegen gesetzliche

Anforderungen oder vertragliche Abmachungen im Sinne von Art. 59 Abs. 1 lit. d KVG ist unter anderem die Nichtbeachtung des Wirtschaftlichkeitsgebotes (Art. 59 Abs. 3 lit. a KVG). Der Ausschlussmöglichkeit liegt der Gedanke zugrunde, dass eine ordnungsgemässe ärztliche Behandlung nur gewährleistet ist, wenn die an der Durchführung der Krankenversicherung mitwirkenden Personen nicht nur über die erforderlichen Fachkenntnisse, sondern auch über entsprechende persönliche Eigenschaften verfügen. Beim Entscheid über das Vorliegen wichtiger Gründe ist vom Gedanken auszugehen, dass zwischen Versicherer und Leistungserbringer eine Vertrauensgrundlage bestehen muss. Ein wichtiger Grund wird bejaht, wenn der Kasse nach Treu und Glauben eine Zusammenarbeit mit dem Arzt oder dem Apotheker nicht mehr zugemutet werden kann. Der Ausschluss von der Kassenpraxis hat disziplinarrechtlichen Charakter. Gestützt auf den Verhältnismässigkeitsgrundsatz ist er in aller Regel zu befristen; ein dauernder Ausschluss ist nur ausnahmsweise zulässig (Urteil des Bundesgerichts K 9/07 vom 25. März 2008 E. 9.1 mit Hinweisen).

E. 4.4

Der definitive Ausschluss eines Arztes

von der Tätigkeit zu Lasten der OKP stellt eine ausserordentlich harte Sanktionierung dar, welche faktisch meist das Ende der freien Praxisausübung bedeutet. Der Beklagte, welcher sein Staatsexamen im Jahr 1978 abgelegt hatte (vgl. das frei zugängliche elektronische Medizinalberuferegister des Bundesamtes für Gesundheit), befindet sich bereits im AHV-Alter, weshalb seine Wirtschaftsfreiheit durch einen definitiven Ausschluss von der Tätigkeit zu Lasten der OKP nicht mehr in einem Masse tangiert

würde, dass besonders hohe Anforderungen an die Verhältnismässigkeit zu stellen wären.

Gemäss Schilderung der Klägerinnen hat der Beklagte über mehrere Jahre hinweg gegen das Gebot der Wirtschaftlichkeit verstossen (Urk. 1 S. 6), was sich auch den Zahlen in der Rechnungssteller-Statistik entnehmen lässt (Urk. 2/3). Er hätte damit genügend Zeit gehabt, sein Verhalten zu ändern. Aktuell hängig sind nebst dem vorliegenden Verfahren sodann drei weitere Rückforderungsklagen wegen unwirtschaftlicher Behandlungsweise betreffend die Jahre 2014 (SR.2016.0003), 2017 (SR.2019.00012) und 2018 (SR.2020.00012), welche mit heutigem Datum ebenfalls entweder vollumfänglich oder in überwiegendem Umfang gutgeheissen werden und belegen, dass nicht mit einer Veränderung des Kostenbildes zu rechnen ist, zumal der Beklagte, welcher sich in sämtlichen Verfahren nie vernehmen liess, auch kein Interesse an einer einvernehmlichen Lösung gezeigt hat.

E. 4.5

Die Verhältnismässigkeit der geforderten Sanktionierung ist gegeben, weshalb der Beklagte im Sinne von Art. 59 Abs. 1 lit. d KVG definitiv von der Tätigkeit zu Lasten der obligatorischen Krankenpflegeversicherung auszuschliessen ist.

E. 5

.

In teilweiser Gutheissung der Klage ist der Beklagte zu verpflichten, den Klägerinnen für das Statistikjahr 2016 einen Betrag von Fr. 37'617.-- zurück zu bezahlen. Sodann ist er definitiv von der Tätigkeit zu Lasten der obligatorischen Krankenpflegeversicherung auszuschliessen.

E. 5.2

) . Der praktisch vollständig unterliegende Beklagte ist somit zu verpflichten, den Klägerinnen eine Parteientschädigung von Fr. 6'100.-- zu bezahlen. Das Schiedsgericht erkennt: 1. In teilweiser Gutheissung der Klage wird der Beklagte a)

verpflichtet, den Klägerinnen für das Statistikjahr 2016 einen Betrag von insgesamt Fr. 37'617.-- zurück zu bezahlen, und

b)

definitiv von der Tätigkeit zu Lasten der obligatorischen Krankenpflegeversicherung ausgeschlossen. Im Übrigen wird die Klage abgewiesen. 2.

Die Gerichtskosten von Fr. 4'800.-- 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. 6'100.-- (inkl. Barauslagen und MWSt) zu bezahlen. 4.

Zustellung gegen Empfangsschein an: - Rechtsanwalt Felix Weber - X.____ - Bundesamt für Gesundheit - Gesundheitsdirektion des Kantons Zürich sowie an: - Gerichtskasse (im Dispositiv nach Eintritt der Rechtskraft) 5.

Gegen diese Entscheidung 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). Schiedsgericht in Sozialversicherungsstreitigkeiten des Kantons Zürich Das leitende Mitglied Die Gerichtsschreiberin Vogel Muraro

E. 6

.2

Dem entsprechend werden die Prozesskosten der unterliegenden Partei auferlegt (Art. 106 Abs. 1 ZPO).

In Anwendung von Art.

96 ZPO sowie von § 4 Abs. 1 der Gebührenverordnung des Obergerichts (GebV OG) ist bei einem Streitwert von Fr. 40'778.-- eine Grundgebühr von

gerundet Fr. 4'000.--

E. 8

00.-- (Fr. 3'150.-- zuzüglich 8 % des Fr. 20'000 über steigenden Streitwerts) festzusetzen .
Eine Ermässigung dieser Grundgebühr gemäss § 4 Abs. 2 GebV OG rechtfertigt sich
(anders als in den Verfahren SR.2016.00003

und SR.2019.00012) indessen nicht, da sich das Gericht zusätzlich mit der Frage des
Ausschlusses des Beklagten von der Tätigkeit zu Lasten der obligatorischen Kranken pflege
versicherung zu befassen hatte .

Der Beklagte unterliegt praktisch vollständig, weshalb ihm die gesamten Gerichtskosten auf
zuerlegen sind. 6 .3

Gemäss

Art. 95 Abs. 3 in Verbindung mit Art. 106 Abs. 1 ZPO hat das Gericht zu Lasten der
unterliegenden Partei eine Parteientschädigung festzusetzen. Eine Par tei hat in der Regel
nur Anspruch auf eine Prozessentschädigung, wenn sie berufsmässig (anwaltlich)
vertreten ist. In begründeten Fällen wird eine angemessene Umtriebsentschädigung
zugesprochen, wenn eine Partei nicht berufsmässig vertreten ist (Art. 95 Abs. 3 lit . b und c
ZPO). Die Klägerinnen sind berufsmässig vertreten. In Anwendung von Art.

96 ZPO sowie von § 4 Abs. 1 der Verordnung über die Anwaltsgebühren (AnwGebV) ist
bei einem Streitwert von Fr. 40'778.-- eine Grundgebühr von gerundet Fr. 6' 100 .- -
(Fr. 6'100.-- zuzüglich 9 % des Fr. 40'000 übersteigenden St reitwerts) festzusetzen, welche
ebenfalls nicht zu ermässigen ist (vgl. E.

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