

# **ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT SR.2018.00017 vom 20. November 2023**

ZH Sozialversicherungsgericht, 2023-11-20, DE

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh\\_sozialversicherungsgericht\\_SR.2018.00017](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_SR.2018.00017)

FR: ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT SR.2018.00017 du 20 novembre 2023

IT: ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT SR.2018.00017 del 20 novembre 2023

## **Erwägungen**

### **E. 1**

Die Klägerinnen, vertreten durch santésuisse, erhoben mit Eingabe vom 1

#### **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 Sozialversicherungsstreitigkeiten 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).

#### **E. 1.3**

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. 1.4**

Gemäss Art. 59 Abs. 1 KVG (in der von 1. Januar 2005 bis 31. März 2021 in Kraft gewesenen Fassung) werden gegen Leistungserbringer, welche gegen die im Gesetz vorgesehenen Wirtschaftlichkeits- und Qualitätsanforderungen (Art. 56 und 58 KVG

[ebenfalls in der bis 31. März 2021 in Kraft gewesenen Fassung] ) oder gegen vertragliche Abmachungen verstossen, Sanktionen ergriffen. Diese umfassen unter anderem die gänzliche oder teilweise Rückerstattung der Honorare, welche für nicht angemessene Leistungen bezogen wurden ( lit . b). 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. 1.5**

). Es ist gerichtsnotorisch, dass die konsolidierten Daten aus dem Datenpool der santésuisse seit Jahren im Monat Juli aufbereitet und die Klagen entsprechend ein Jahr später wiederum im Monat Juli am hiesigen Gericht anhängig gemacht werden. Es ist kein Grund ersichtlich und wird von der Beklagten nicht substantiiert dargetan, dass die Klägerinnen bereits vor dem 17. Juli 2017 (vgl. hierzu die Bestätigung der SASIS AG vom 17. Juli 2017 [Urk. 2/4]) Kenntnis der notwendigen (konsolidierten) Daten gehabt hätten. Der Verweis auf ein Schreiben der SWICA vom 17. Juni 2017 (Urk. 36/1) genügt nicht. Abgesehen davon, dass die Authentizität dieses Dokuments fraglich ist, geht daraus lediglich hervor, dass der SWICA gewisse Branchendaten zur Verfügung standen, welche sie aufbereitet hatte; dass die SWICA über die der Rechnungssteller-Statistik zu grundlegenden massgebenden Daten der SASIS AG bereits vor Juli 2017 verfügt haben sollte, kann diesem Schreiben indes nicht entnommen werden. Die schriftliche Bestätigung der SASIS AG über den Zeitpunkt der Datenaufbereitung der Rechnungssteller-Statistik genügt daher praxismässig als Nachweis für die frühestmögliche Kenntnisnahme der Daten durch die Klägerinnen (vgl. Urteil des Bundesgerichts 9C\_649/2007 vom 23. Mai 2008 E. 5). 4.4

Bei Kenntnisnahme der konsolidierten Daten der SASIS AG durch santésuisse am 17. Juli 2017 und bei Klageerhebung am 13. Juli 2018 ist eine Verwirkung der Rückforderung rechtsprechungsgemäss noch nicht eingetreten. 5.

### **E. 1.6**

Zur Überprüfung der Wirtschaftlichkeit kann rechtsprechungsgemäss sowohl die statistische Methode (Durchschnittskostenvergleich) als auch die analytische Methode (Einzelfallprüfung) – oder eine Kombination beider Methoden – zur Anwendung gelangen (BGE 135 V 237 E. 4.6.1 S. 245; SVR 2015 KV Nr. 8 S. 31 E. 5.2). Voraussetzung für die Anwendbarkeit der statistischen Methode ist, dass sich das Vergleichsmaterial hinreichend ähnlich zusammensetzt und sich der Vergleich über einen genügend langen Zeitraum erstreckt, wodurch bloss zu fällige Unterschiede mehr oder weniger ausgeglichen werden. Eine Überarztung liegt vor, wenn eine ins Gewicht fallende Zahl von Rechnungen desselben Arztes oder derselben Ärztin an eine Krankenkasse im Vergleich zur Zahl von Rechnungen von Ärzten des gleichen Fachbereichs in geographisch gleichem Tätigkeitsbereich und mit etwa gleichem Krankengut im Durchschnitt erheblich höher ist, ohne dass den Durchschnitt beeinflussende Besonderheiten geltend gemacht werden können. Falls die Wirtschaftlichkeit in Anwendung der statistischen Methode beurteilt wird, darf eine Unwirtschaftlichkeit nicht schon bei Überschreitung des statistischen Mittelwertes (100 Indexpunkte) vermutet werden. Vielmehr ist den Ärzten und Ärztinnen einerseits ein Toleranzbereich und zudem allenfalls ein Zuschlag zu diesem Toleranzwert (zu dem den

Toleranzbereich begrenzenden Indexwert) zuzugestehen, um spezifischen Praxisbesonderheiten Rechnung zu tragen. Nach der Rechtsprechung liegt der Toleranzbereich zwischen 120 und 130 Indexpunkten ( BGE 137 V 43 E. 2.2 ; SVR 2015 KV Nr. 8 S. 31 E. 5.3).

### **E. 1.7**

In BGE 130 V 377 hat das Bundesgericht entschieden, dass bei der Wirtschaftlichkeitsprüfung grundsätzlich die Vergütungen sämtlicher verursachten (direkten und veranlassten) Kosten zu berücksichtigen sind, und zwar bei der Bestimmung der Indizes im Rahmen der statistischen Methode ebenso wie bei der Bemessung der Rückerstattungspflicht. In BGE 133 V 37 hat es – in Änderung seiner früheren

Rechtsprechung – erkannt, dass bei der Wirtschaftlichkeitsprüfung grundsätzlich eine Gesamtbetrachtung Platz zu greifen hat und dementsprechend auf den die Arzt-, die Medikamenten- und – soweit möglich – die veranlassten Kosten berücksichtigenden Gesamtkostenindex abzustellen ist. Schliesslich hat das Bundesgericht in BGE 137 V 43 die Rechtsprechung gemäss BGE 130 V 377 dahingehend geändert, dass von der Rückerstattungspflicht nach Art. 56 Abs. 2 KVG nur die direkten Kosten (einschliesslich der abgegebenen Medikamente), nicht hingegen die vom Arzt veranlassten Kosten erfasst werden. Nach wie vor ist jedoch die Frage, ob das Wirtschaftlichkeitserfordernis erfüllt ist, aufgrund einer Gesamtbetrachtung im Sinne von BGE 133 V 37 zu beantworten, wobei ein überdurchschnittlicher Anteil an selber erbrachten – bei unterdurchschnittlich ausgelagerten – Leistungen zumindest im Sinne einer Praxisbesonderheit zu berücksichtigen ist (Entscheid des Bundesgerichts vom 5. Juli 2012, 9C\_110/2012, E.

2.2). Massgebend ist somit der Gesamtkostenindex. Liegt dieser innerhalb des Toleranzbereichs, ist das Wirtschaftlichkeitsgebot nicht verletzt. Andernfalls ist – in einem zweiten Schritt – zu prüfen, ob der Index der totalen direkten Kosten den Toleranzwert übertrifft (Urteil des Bundesgerichts 9C\_656/2020 vom 22. September 2021 E. 4.2) . Trifft das nicht zu, besteht trotz Überarztung keine Rückerstattungspflicht. Es können sich jedoch allenfalls Massnahmen nach Art.

59 Abs.

1 lit .

a, c oder d KVG aufdrängen (SVR 2015 KV Nr. 8 S. 31 E. 5.4). 2.

Vorweg bleibt anzumerken, dass in diesem Verfahren wie im Verfahren SR.2019.00013 zwar die gleichen Parteien beteiligt sind, sich aber angesichts der unterschiedlich angewandten Prüfmethode in den Jahren 2016 und 2017 aus prozessökonomischen Gründen keine Vereinigung der Verfahren aufdrängt. 3.

Vorliegend ist zu prüfen, ob die Beklagte, welche im Kanton Zürich praktiziert, den Klägerinnen, welche von ihrem Branchenverband vertreten werden ( Art. 16 der Statuten von santésuisse in der Fassung vom 24. Juni 2011 bzw. Art. 17 in der Fassung vom 11. Dezember 2015, vgl. auch BGE 127 V 281 E. 5d ), für das Jahr 2016 erhaltene Vergütungen wegen unwirtschaftlicher Behandlungsweise zurück erstatten muss und gegebenenfalls wie hoch der entsprechende Betrag ist. Vorab ist auf die Rüge der Beklagten, der Rückforderungsanspruch sei bei Klageerhebung bereits verwirkt gewesen, einzugehen (E. 4). 4. 4.1

Die Daten betreffend die Kontrolle der Wirtschaftlichkeit ambulant tätiger Leistungserbringer wurden am 17. Juli 2017 von der SASIS AG aufbereitet (Urk. 2/4). Die Klage vom 13. Juli 2018 wurde gleichentags – und damit noch vor Ablauf eines Jahres seit Aufbereitung der Daten – zur Post gegeben (Urk. 1). 4.2

Die Beklagte bringt vor, massgeblich für die einjährige Verwirkungsfrist sei derjenige Zeitpunkt, in welchem die Klägerschaft von der SASIS-Statistik des Jahres 2017 Kenntnis erlangt habe. Dies müsse sich nicht zwingend mit dem Datum des Ausdruckes respektive der Erstellung der Statistik im individuellen Einzelfall decken. Vorliegend habe die SWICA bereits am 17. Juni 2017 ein Schreiben versandt, in dem sie mitgeteilt habe, dass eine Analyse der Leistungsdaten für 2016 ergeben habe, dass der Gesamtkostenindex nicht den Auswahlkriterien entspreche und der betroffene Arzt daher nicht auf der provisorischen Ärzteliste für das Jahr 2018 aufgeführt werden könne (vgl. Urk. 36/1). Die Beklagte gehe davon aus, dass die Klägerschaft bereits vor dem 17. Juli 2017 Kenntnis von den statistischen Grundlagen erlangt habe (Urk. 35 S. 3). 4.3

Wie bereits gesagt, wird auf die Statistik von santésuisse abgestellt; diese gilt als beweistauglich (E).

### **E. 3**

Juli 2018 (Urk. 1 samt Beilagen [Urk. 2/3- 4+6]) Klage gegen med. prakt. X. \_\_\_ und beantragten, die Beklagte sei für das Jahr 2016 gemäss ANOVA-Index zur Rückzahlung von Fr. 59'206.--, eventuell gemäss der Rechnungssteller-Statistik (RSS) zur Rückzahlung von Fr. 93'686.--, 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.

In prozessualer Hinsicht wurde die Sistierung des Gerichtsverfahrens bis zum Abschluss des Verfahrens vor der Kantonalen Paritätischen Kommission (KPK) beantragt. Bei Wiederaufnahme des Klageverfahrens vor Schiedsgericht sei, so fern gesetzlich beziehungsweise sachlich notwendig, ein Vermittlungsverfahren durchzuführen (Urk. 1 S. 3). Mit Verfügung vom 14. August 2018 wurde der Beklagten Frist angesetzt zur Erstattung einer freiwilligen schriftlichen Stellungnahme (Urk. 3). Mit der freiwilligen schriftlichen Stellungnahme vom 30. August 2018 (Urk. 5) ersuchte die Beklagte um Sistierung des Verfahrens, da sie eine aussergerichtliche Verhandlungslösung anstrebe. Mit Eingabe vom 9. Oktober 2018 beantragten die Klägerinnen die Gutheissung der gestellten Sistierungsanträge zugunsten von Vergleichsverhandlungen (Urk. 6). Anlässlich der Sühnverhandlung vom 21. Januar 2019 (Protokoll S. 2) erklärte die Beklagte, dass am 21. Februar 2019 eine Vermittlungsverhandlung bei der KPK vorgesehen sei und ersuchte erneut um Sistierung des Verfahrens während der Dauer des KPK-Verfahrens. Mit Verfügung vom 22. Januar 2019 wurde das Verfahren bis zum Abschluss des eingeleiteten KPK-Verfahrens sistiert (Urk. 13). 2.

Rechtsanwalt Felix Weber wies sich mit Eingabe vom

### **E. 5**

September 2019 (Urk. 18) sowie der beigelegten Vollmacht vom 2

#### **E. 5.1**

Die Klägerinnen stellten den Hauptantrag, die Beklagte sei für das Statistikjahr 2016 wegen unwirtschaftlicher Behandlungsweise gemäss ANOVA-Index zur Rückzahlung von Fr. 59'206.-- zu verpflichten (Urk. 1 S. 3 ff.).

## **E. 5.2**

Der Auffassung der Beklagten, wonach die Rechnungssteller-Statistik (RSS) vorliegend nicht anwendbar sei (Urk. 50 S. 3), kann nicht gefolgt werden. Die Vereinbarung der Schweizer Ärztinnen und Ärzte (FMH) auf der einen Seite, *santé suisse* 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 (vgl. Urteil des Bundesgerichts 9C\_517/2017 vom 8. November 2018, E. 5.1; vgl. auch Urk. 2/6).

Mit Urteil vom 20. Dezember 2018 (publiziert in BGE 144 V 79) erkannte das Bundesgericht, dass die Verständigung der Leistungserbringer und Versicherer auf das Varianzanalysenmodell (ANOVA-Methode) zur Bemessung der Wirtschaftlichkeit der Leistungen von praktizierenden Ärztinnen und Ärzten im Hinblick auf die Rückerstattung der Honorare wegen nicht wirtschaftlicher ambulanter Tätigkeit nicht als gesetzwidrig bezeichnet werden könne (vgl. auch Urteil des Bundesgerichts 9C\_558/2018, 9C\_559/2018 vom 12. April 2019 E. 7.1 mit Hinweisen).

Die Rechnungssteller-Statistik (RSS) bildet die Datenbasis für die ANOVA-Methode (E. 1.5 hiavor). 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) so wie die totalen Kosten (jeweils pro Erkrankten). Die ANOVA-Methode ist weder als mathematisches Modell noch in Bezug auf die (RSS-)Datenbasis in Frage zu stellen. Da das Varianzanalysenmodell als akzeptiert zu gelten hat (BGE 144 V 79 E. 5.3.2), bedarf es ausserdem keiner Darlegung der Methodik, namentlich wie Alter und Geschlecht der Patienten sowie kantonale Kostenunterschiede im ANOVA-Index berücksichtigt werden (Urteil des Bundesgerichts 9C\_517/2017 vom 8. November 2018 E. 5.4). Nicht von Bedeutung sind mithin die Ausführungen der Beklagten, wonach in der Rechnungssteller-Statistik die Anzahl der Erkrankten (306) nicht mit den von ihr behandelten Patienten (324) übereinstimme (Urk. 50 S. 13). Die Daten der RSS basieren auf den Angaben der Beklagten (E. 1.5 hiavor). Darauf ist abzustellen.

### **E. 5.3.1**

Die Beklagte, welche als praktische Ärztin zur Selbstdispensation berechtigt ist und über die Fähigkeits-/Fertigkeitsausweise Praxislabor (KHM) verfügt, praktiziert im Jahr 2016 im Kanton Zürich unter der Zahlstellennummer S258901. Gemäss Rechnungssteller-Statistik vom 17. Juli 2017 betragen die totalen direkten Kosten (Bruttoleistung, korrigiert aufgrund unterdurchschnittlicher veranlasseter Medikamentenkosten gemäss Urteil des Bundesgerichts 9C\_517/2017) im Jahr 2016 Fr. 299'730

.--, bei einem ANOVA-Index direkte Kosten (ohne Medikamente) von 162 Punkten und einem ANOVA-Index totale Kosten von 148 Punkten (Urk. 2/3). Damit überschreitet die Beklagte bei einem Vergleichskollektiv von 1242

Ärztinnen und Ärzten derselben Facharztgruppe den Toleranzbereich von 130 Punkten (Urk. 1 S. 5 und Urk. 2/3; vgl. auch Urk. 31). Die Krankenversicherer haben daher den Anscheinsbeweis erbracht, dass die Wirtschaftlichkeit nicht gegeben ist.

### **E. 5.3.2**

Im Besonderen wiesen die Klägerinnen zusätzlich darauf hin, dass bei der Analyse des Abrechnungsverhaltens gemäss den Auswertungen des SASIS-Tarifpools verschiedene Tarifpositionen aufgefallen seien, welche die Beklagte im Vergleich zur Facharztgruppe Praktische Ärztin/Arzt überdurchschnittlich oft abgerechnet habe (beispielsweise bei den TARMED-Positionen Grundleistungen mit der Ziffer 00.0140 [Ärztliche Leistung in Abwesenheit des Patienten inkl. Aktenstudium, pro 5 Min.], 00.0510 [Spezifische Beratung durch den Facharzt für Grundversorgung, pro 5 Min.] und 00.0410 [Kleine Untersuchung durch den Facharzt für Grundversorgung]). Allein die Tarifposition 00.0410 sei seitens der Beklagten bei insgesamt 306 Erkrankten im Jahr 2016 321 Mal verrechnet worden, mithin mindestens einmal pro Patient. Die Untersuchung zur Bewertung des Allgemeinzustandes würde in der Regel jedoch nur bei neuen Patienten anfallen und selbst bei diesen nicht in jedem Fall. Auch wenn ein gleicher Patient bei der Beklagten in verschiedenen Facharztbereichen behandelt werden würde, würde dies nicht recht fertigen, dass diese gleiche Untersuchung mehrfach verrechnet werden würde (Urk. 41 S. 9). Eine standardmässige jährliche Durchführung bei allen Patienten sei offenkundig nicht wirtschaftlich (Urk. 31 S. 10). In Kombination mit der überdurchschnittlichen Anwendung der aufgeführten Grundleistungspositionen und der Untersuchung durch den Facharzt (Pos. 00.0010) entstünden überdurchschnittlich lange Konsultationszeiten, durchschnittlich 50 Minuten. Die seitens der Beklagten verrechneten Leistungen würden sich als unwirtschaftlich erweisen. Praxisbesonderheiten, die einen anderen Schluss zulassen würden, lägen nicht vor (Urk. 31 S. 11). Ebenso habe die Beklagte die Tarifposition 00.0140 «Ärztliche Leistung in Abwesenheit des Patienten (inkl. Aktenstudium), pro 5 Min.» im Vergleich zum Vergleichskollektiv deutlich mehr abgerechnet. Selbst wenn man die sechs Heimpatienten im Jahr 2016 besonders berücksichtigen würde, so seien 109.6 Stunden ( $1'316 \times 5 \text{ Min.} / 60$ ) verrechnete ärztliche Leistungen in Abwesenheit des Patienten vor dem Hintergrund dieser geringen Anzahl Heimpatienten schlichtweg unwirtschaftlich (Urk. 41 S. 10). Im Übrigen liege bezüglich Anzahl Hausbesuche keine Abweichung vom Vergleichskollektiv vor (Urk. 41 S. 6).

### **E. 5.3.3**

Ferner ergebe sich aus den Daten des Tarifpools der SASIS, dass die Beklagte in den Fachbereichen der Gynäkologie und Geburtshilfe sowie der Dermatologie und Venerologie jeweils nur geringe Umsätze verrechnet. So habe die Beklagte beispielsweise die TARMED-Position 22 «Diagnostik und Therapie der weiblichen Genitalorgane, Geburtshilfe» und 23 «Diagnostik und Therapie der Mamma» lediglich im Umfang von Fr. 2'897.-- abgerechnet, was 1.68 % des gesamthaft erbrachten Volumens entspreche (Urk. 31 S. 8). Selbst bei gesamthaftem Einbezug der bildgebenden Verfahren betrage der Umsatz im Bereich Gynäkologie und Geburtshilfe lediglich 2.5 % des gesamten im Jahr 2016 erzielten Umsatzes. Es seien auch keine nennenswerten Laboruntersuchungen im

Bereich der Gynäkologie oder Geburtennachkontrollen durchgeführt worden (Urk. 41 S. 7). Dasselbe gelte für den Bereich Dermatologie und Venerologie. Die hierbei spezifische TARMED-Position 04 «Haut, Weichteile» seien von der Beklagten lediglich im Umfang von Fr. 1'761.-- verrechnet worden, was 1.02 % des gesamten Volumens entspreche. Mit diesen vernachlässigbaren Abrechnungspositionen lasse sich keine Praxisbesonderheit begründen (Urk. 31 S. 8, Urk. 41 S. 8).

#### **E. 5.4**

Demgegenüber brachte die Beklagte vor, sie sei als praktische Ärztin zur Selbstdispensation berechtigt und verfüge über die Fähigkeits-/Fertigkeitsausweise Praxislabor (KHM) sowie die Fortbildungen Dermatologie und Venerologie SGD, Allgemeine Innere Medizin SGAIM und Gynäkologie/Geburtshilfe SGGG. Bei der Bildung von Vergleichsgruppen dürfe nicht nur auf den Facharztstitel abgestellt werden. Vielmehr sei von der eigentlichen Tätigkeit der betreffenden Ärztin auszugehen (Urk. 35 S. 5 f.).

Betreffend die im Bereich Dermatologie und Venerologie sowie Gynäkologie und Geburtshilfe verrechneten TARMED-Positionen führte die Beklagte aus, dass weitere TARMED-Positionen, insbesondere mehr Konsultationen und Ultraschalluntersuchungen, anfallen würden und zu berücksichtigen seien. Aufgrund ihrer Tätigkeit im Bereich Gynäkologie und Geburtshilfe behandle sie überdurchschnittlich viele Frauen, die bekanntermassen teurer seien (Urk. 35 S. 8 f.). Weiter verfüge sie über besondere Ausrüstungen in ihrer Praxis, um die gynäkologischen und dermatologischen Leistungen erbringen zu können. Insofern erhöhe sich der Index pro Patient deutlich, wenn sämtliche Leistungen in Anspruch genommen werden, da sich die Kosten pro Patient erhöhen würden. Sie dürfe daher nicht mit dem Vergleichskollektiv «Praktische Ärztin/Praktischer Arzt» verglichen werden, bei denen Leistungen und Kosten für Gynäkologie und Geburtshilfe sowie Dermatologie und Venerologie nicht anfallen würden (Urk. 35 S. 9 f.).

Massgeblich sei nicht, in welchem Umfang sie Leistungen in den Bereichen Gynäkologie und Geburtshilfe respektive Dermatologie und Venerologie abrechnet habe, sondern dass sie Leistungen in diesen Bereichen abgerechnet habe. Kosten, für die eine besondere Fortbildung notwendig sei, könnten nicht mit den Kosten für Allgemeinmedizin gleichgesetzt werden (Urk. 50 S. 15 und S. 19). Darüber hinaus sei ihr Patientenkollektiv älter als der Durchschnitt. Insofern sei eine Korrektur von 3 % zu berücksichtigen (Urk. 35 S. 8). Sie betreue ausserdem sechs Patientinnen und Patienten in Heimen und habe deshalb im Jahr 2016 72 Hausbesuche getätigt. Die Hausbesuche würden deutlich höhere Kosten verursachen und seien ebenfalls als Praxisbesonderheit zu berücksichtigen (Urk. 35 S. 11, Urk. 50 S. 14). Ihr überaltertes, polymorbides Patientengut werde durch die ANOVA-Methode nicht korrigiert. Ebenso wenig würden im Rahmen der RSS Alter und Geschlecht berücksichtigt werden (Urk. 35 S. 12). Was die Abrechnung der Tarifpositionen 00.0410, 00.0140, 00.0510 und 00.0010 betreffe, würden diese auf den Besonderheiten ihres Patientenkollektivs beruhen. Sie biete mehr Leistungen als das Vergleichskollektiv an, was zu mehr (telefonischen) Konsultationen und Beratungen in den drei Fachbereichen führe (Urk. 35 S. 12 ff.). Es seien deshalb nur Ärzte, die zur Selbstdispensation berechtigt seien, in Kombination mit den Fachdisziplinen Allgemeinmedizin, Gynäkologie und Dermatologie, als Vergleichskollektiv heranzuziehen. Alternativ seien für die Prüfung der Wirtschaftlichkeit der Praxis der Beklagten die Kosten für Allgemein Innere Medizin, für Dermatologie und Venerologie sowie für Gynäkologie und Geburtshilfe herauszurechnen und getrennt von den Kosten als Praktische Ärztin zu analysieren (Urk. 50 S. 8 mit Verweis auf das Urteil des

Bundesgerichts 9C\_570/2015 E. 7.3). Im Übrigen hätten die Kläger innen die von der Beklagten angeblich zu Unrecht abgerechneten TARMED-Positionen im Rahmen der Rechnungskontrolle beanstanden müssen und nicht im Zusammenhang mit der Wirtschaftlichkeitskontrolle (Urk. 50 S. 9).

#### **E. 5.5.1**

Hinsichtlich des Vergleichskollektivs ist zunächst festzuhalten, dass die Kläger innen lediglich den Beweis zu erbringen haben, dass der geprüfte Arzt beziehungsweise die geprüfte Ärztin mit den Ärztinnen und Ärzten der eigenen FMH-Facharztgruppe verglichen wird. Der geprüfte Arzt beziehungsweise die geprüfte Ärztin hat alsdann den Gegenbeweis anzutreten und trägt dafür die Beweislast (vgl. Gebhard Eugster, Die obligatorische Krankenpflegeversicherung, in: Soziale Sicherheit, SBVR Bd. XIV, 3. Aufl. 2016, S. 681 Rz. 895).

#### **E. 5.5.2**

Die Klägerinnen legten auf Ersuchen der Beklagten eine Liste mit den Namen der Ärztinnen und Ärzte, welche die Vergleichsgruppe bilden (Urk. 25), sowie den grafischen Vergleichsbericht (L60) der SASIS AG (Urk. 32/7, Urk. 42/2-3) offen. Dass diese Liste ungenügend wäre, trifft entgegen dem Vorbringen der Beklagten nicht zu. Die Kenntnis der Namen der Ärztinnen und Ärzte der Vergleichsgruppe erlaubt der eingeklagten Ärztin oder dem eingeklagten Arzt zu verifizieren, ob da runter Ärztinnen und Ärzte figurieren, die zu einer anderen Gruppe gehören, oder ob Ärztinnen und Ärzte nicht in der Vergleichsgruppe sind, in welche sie hätten aufgenommen werden müssen. Aus dem grafischen Vergleichsbericht geht bezüglich einzelner verrechneter Positionen ausserdem hervor, in welchem Ausmass die Beklagte vom Vergleichskollektiv abweicht. Von einer Verletzung des Gehörsanspruchs der Beklagten kann folglich nicht gesprochen werden.

#### **E. 5.5.3**

Soweit die Beklagte geltend machte, sie sei nur mit praktischen Ärztinnen und Ärzten in der Schweiz zu vergleichen, die ebenfalls zur Selbstdispensation berechtigt seien (Urk. 50 S. 4ff.), ist sie darauf hinzuweisen, dass es zwar zutrifft, dass gemäss der bisherigen bundesgerichtlichen Rechtsprechung bei der Bildung der Vergleichsgruppen, zumindest bezogen auf die Facharztgruppe «Allgemeine Innere Medizin», grundsätzlich zu unterscheiden ist, ob eine Praxisapotheke geführt wird oder nicht (Urteil des Bundesgerichts 9C\_67/2018 vom 20. Dezember 2018 E. 12.3;

vgl. auch Urteil 9C\_259/2019, 9C\_260/2019 vom 29. August 2019 E. 8.3). Weshalb die kantonale Bewilligung zur Führung einer Praxisapotheke ein Praxismerkmal darstellen soll, welches bei der Bildung der Vergleichsgruppe zu berücksichtigen wäre, ist indes nicht einsichtig. Ob und welche Medikamente vom Arzt verordnet werden, darf nicht davon abhängen, ob der Arzt zur Selbstdispensation berechtigt ist oder nicht. Mithin kann der Umstand, dass ein Arzt Medikamente selbst abgibt, keinen Einfluss auf die Art und Menge der verordneten Arzneimittel und damit auf die daraus resultierenden Kosten haben. Folgerichtig haben die Tarifpartner denn auch nicht vorgesehen, Ärztinnen und Ärzte mit Selbstdispensation bloss untereinander zu vergleichen. Zutreffend ist zwar, dass die Kosten der abgegebenen Medikamente Einfluss auf die Höhe des Gesamtfallwerts im Bereich der direkten Arztkosten haben; die Bildung differenzierender Vergleichsgruppen, wie dies Eugster in seiner Dissertation postulierte (Eugster, Wirtschaftlichkeitskontrolle ambulanter ärztlicher Leistungen mit statistischen Methoden, Bern/Stuttgart/Wien 2003, S. 157 Rz

. 423), wird dadurch allerdings nicht gerechtfertigt. Um die Gleichbehandlung mit nicht zur Selbstdispensation berechtigten Kollegen zu gewährleisten, sind vielmehr die direkten Kosten nach Massgabe der unterdurchschnittlich veranlassten Medikamentenkosten zu korrigieren; falls der ANOVA-Index der Medikamentenkosten inner- oder unterhalb der Bandbreite liegen sollte, wäre der Leistungssektor Medikamente sodann ganz von den direkten Arztkosten auszunehmen.

#### **E. 5.5.4**

Dass die Beklagte Leistungen sowohl im Bereich der Gynäkologie und Geburtshilfe sowie Dermatologie und Venerologie erbringt, ändert nichts an ihrer statistischen Auffälligkeit. Es ist aufgrund der Akten zwar ausgewiesen, dass die Beklagte TARMED-Leistungen im Bereich der Gynäkologie und Geburtshilfe sowie Dermatologie und Venerologie häufiger verrechnet als das Vergleichskollektiv (vgl. Urk. 32/7 S. 2/4). Wie die Klägerinnen jedoch zutreffend ausführten, zeigt ein Blick in den Tarifpool der SASIS, dass die Beklagte vergleichsweise geringe Umsätze in den Fachbereichen der Gynäkologie und Geburtshilfe sowie Dermatologie und Venerologie abrechnete, selbst wenn die bildgebenden Verfahren mit berücksichtigt werden, nämlich 2.5 % im Bereich der Gynäkologie und Geburtshilfe und 1.02 % im Bereich Dermatologie (vgl. Urk. 41 S. 7f., Urk. 42/2). Entsprechend zeigt sich die statistische Auffälligkeit der Beklagten in erster Linie bei den Grundleistungen im Bereich der spezifischen Beratung durch den Facharzt für Grundversorgung bei Personen über 6 Jahren und unter 75 Jahren (Pos. 001.00.0510), der kleinen Untersuchung durch den Facharzt für Grundversorgung (Pos. 001.00.0410) sowie der ärztlichen Leistung in Abwesenheit des Patienten (Pos. 001.00.0140; vgl. Urk. 32/7 S. 2/12), was jeweils dem Bereich der Allgemeinen und Inneren Medizin zugeordnet wird. Aus diesen TARMED-Positionen, die von der Beklagten überdurchschnittlich verrechnet wurden, ergibt sich keine Spezialsicherung in den Bereichen Gynäkologie und Geburtshilfe oder Dermatologie und Venerologie. Die von der Beklagten angeführten Fortbildungen im Bereich der Gynäkologie und Geburtshilfe sowie Dermatologie und Venerologie stellen die Vergleichbarkeit mit der Referenzgruppe der praktischen Ärztinnen und Ärzte daher nicht in Frage. Der Einwand der Beklagten, es würde sich dabei nicht um die Wirtschaftlichkeitskontrolle, sondern vielmehr um die Rechnungskontrolle handeln (Urk. 50 S. 9), geht fehl. Im Rahmen der Rechnungskontrolle geht es darum, die Übereinstimmung der einzelnen Positionen der Honorarrechnungen mit den tarifvertraglichen Vereinbarungen sowie den für bestimmte Therapien gesetzlich umschriebenen Vorgaben zu prüfen. Darüber hinaus kann sich die Frage stellen, ob in Rechnung gestellte Leistungen überhaupt erbracht worden sind, und ob allenfalls eine betrügerische Rechnungstellung und damit ein strafbares Verhalten vorliegt (Urteil des ehemaligen Eidgenössischen [Eidg.] Versicherungsgerichts K 124/03 vom 16. Juni 2004 E. 6.1.2). Gegenstand der Wirtschaftlichkeitskontrolle beziehungsweise der Überarztung ist hingegen das medizinisch und kostenmässig Erforderliche (Urteil des ehemaligen Eidg. Versicherungsgerichts K 23/03 vom 14. Mai 2004 E 8.5). Vorliegend geht es um die Frage der Rückforderung wegen Unwirtschaftlichkeit der ambulanten Tätigkeit der Ärztin oder des Arztes.

#### **E. 5.5.5**

Nach dem Gesagten sind die Einwendungen der Beklagten nicht geeignet, um ernsthafte Zweifel an der Homogenität der Vergleichsgruppe (praktische Ärztinnen und praktische Ärzte) und der Aussagekraft der Statistik als Basis der Wirtschaftlichkeitskontrolle zu erwecken.

### **E. 5.6.1**

Es bleibt nachfolgend zu prüfen, ob bei der vorliegend anwendbaren ANOVA-Methode weitere allfällige Praxisbesonderheiten gegeben sind, die einen Zuschlag zum Toleranzwert rechtfertigen. Die Beweislast für das Vorliegen solcher Besonderheiten liegt rechtsprechungsgemäss beim Arzt respektive bei der Ärztin; sind die behaupteten Praxisbesonderheiten nicht zu beweisen, so schlägt die Beweislosigkeit zu dessen Nachteil aus. Allfällige besondere Praxismerkmale müssen mit dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit dargetan sein (Urteil des ehemaligen Eidg. Versicherungsgerichts K 83/05 vom 4. Dezember 2006 E. 7). Zudem ist eine Ausweitung des Toleranzbereichs über den Wert von 130 hinaus nicht leichthin vorzunehmen, dieser erlaubt nämlich bereits eine Anzahl nicht genau bezifferbarer Besonderheiten der Arztpraxis aufzufangen (Urteil des Bundesgerichts 9C\_656/2020 vom 22. September 2021 E. 4.5.1 mit Hinweisen).

### **E. 5.6.2**

Eine Praxisbesonderheit liegt vor, wenn kein Notfalldienst geleistet wird, denn Notfallpatientinnen und -patienten bleiben grundsätzlich während kürzerer Zeit beim betreffenden Arzt oder bei der betreffenden Ärztin in Behandlung und verursachen damit weniger Kosten als die anderen Patientinnen und Patienten, welche er oder sie schon längere Zeit behandelt und ein überdurchschnittliches Alter aufweisen (vgl. Urteil des Bundesgerichts 9C\_558/2018, 9C\_559/2018 vom 12.

April 2019 E. 8.2.4 mit Hinweisen). Die Beklagte machte geltend, dass sie keine Stellvertretung für andere Ärzte ausübe (Urk. 35 S. 5 und 12). Vor diesem Hintergrund ist aber die überdurchschnittliche Verrechnung der Tarifposition 00.0410 (Kleine Untersuchung durch den Facharzt für Grundversorgung) umso weniger gerechtfertigt. Soweit der geltend gemachte Umstand überhaupt eine Praxisbesonderheit darstellen kann, rechtfertigt sich jedenfalls keine Ausweitung des Toleranzbereichs über den Wert von 130 hinaus.

### **E. 5.6.3**

Eine überdurchschnittliche Zahl von Hausbesuchen bei einem sehr grossen Einzugsgebiet kann als untypisches Praxismerkmal einen erhöhten Fallkostendurchschnitt rechtfertigen (Urteil des Eidg. Versicherungsgerichts K 83/05 vom 4. Dezember 2006 E. 4.3, vgl. auch Urteil des Bundesgerichts 9C\_558/2018, 9C\_559/2018 vom 12. April 2019 E. 8.2.1). Vorliegend wurden im Jahr 2016 mit 72 Hausbesuchen zwar deutlich mehr solche Besuche als in den Vorjahren (11 im Jahr 2012, 21 im Jahr 2013, 19 im Jahr 2014 und 35 im Jahr 2015 [Urk. 2/3 S. 1]) getätigt, von einer ins Gewicht fallenden überdurchschnittlichen Zahl kann allerdings nicht ernsthaft gesprochen werden (vgl. Urteil des Bundesgerichts 9C\_558/2018, 9C\_559/2018 vom 12. April 2019 E. 8.2.2, wo es um 2'832 und 3'357 Hausbesuche ging).

Dass die Hausbesuche kostentreibend gewesen wären, lässt sich aus dem Grafischen Vergleichsbericht der SASIS AG

auch nicht schliessen. Vielmehr ergibt sich daraus, dass bezüglich der Positionen 001.00.0060 «Besuch, erste 5 Min. (Grundbesuch)» sowie 001.00.0080 «+ Besuch, letzte 5 Min. (Besuchszuschlag)» keine relevante Abweichung vom Vergleichskollektiv vorliegt. Bei der Beklagten umfassen diese 0.66 % resp. 0.64 % der Grundleistungen gegenüber 0.67 % resp. 0.62 % beim Vergleichskollektiv (Urk. 32/7 S. 3/12). Auch lässt sich aus der Rechnungssteller-Statistik der Beklagten kein Zusammenhang zwischen der Anzahl

Hausbesuche und den Kosten pro Erkrankten ( Index Kosten pro Erkrankten ) feststellen; trotz deutlicher Erhöhung der Hausbesuche im Jahr 2016 gegenüber den Vorjahren erhöhte sich die statistische Auffälligkeit der Beklagten nicht konsequent (Index 149 im Jahr 2012 , 168 im Jahr 2013 , 142 im Jahr 2014 , 170 im Jahr 2015 und 175 im Jahr 2016 [Urk. 2/3]). Eine Praxisbesonderheit diesbezüglich liegt somit nicht vor.

#### **E. 5.6.4**

Das weitere Vorbringen der Beklagten, wonach ihr Patientinnen- und Patientenkollektiv älter als der Durchschnitt sei und sie ausserdem überdurchschnittlich viele Frauen behandle, die bekanntermassen teurer seien (Urk. 35 S. 8), geht von vornherein fehl, da die nicht zufälligen Merkmale «Alter» und «Geschlecht» bei der Bestimmung der ANOVA-Indizes berücksichtigt worden sind; die Kosten des betroffenen Arztes werden mithin so ausgewiesen, wie wenn sein Patientengut dieselbe Alters- und Geschlechterverteilung wie dasjenige der Vergleichsgruppe als Ganzes aufweisen würde (vgl. vorne E. 5.2). Angesichts dessen, dass die Varianzanalyse (ANOVA) als statistische Methode zur Kontrolle der Wirtschaftlichkeit nicht als gesetzwidrig bezeichnet werden kann (BGE 144 V 79) und bei einem Vergleichskollektiv von mehr als 1'000 Ärztinnen und Ärzten aussagekräftige Werte entstehen, erübrigen sich weitere Ausführungen diesbezüglich. Im Übrigen weisen die Patientinnen und Patienten der Beklagten mit 49.8 Jahren denn auch in etwa das gleiche Durchschnittsalter wie diejenigen des Vergleichskollektivs von 47.11 Jahren auf (vgl. Rechnungssteller-Statistik, Urk. 2/3).

Irrelevant ist auch, dass die Beklagte nur in einem Teilzeitpensum als Ärztin tätig sein soll (Urk. 35 S. 11, Urk. 50 S. 13). Entscheidend sind die Kosten pro Erkrankten, welche nicht vom Arbeitspensum des Leistungserbringers abhängen.

#### **E. 5.6.5**

Dass die Beklagte im Vergleich zu den übrigen Ärztinnen und Ärzten ihrer Vergleichsgruppe über ein Patientinnen- und Patientenkollektiv mit einer höheren Morbidität verfügt, ist nicht dargetan. Die Beklagte unterliess es, zur Begründung ihres Einwandes aussagekräftige Krankengeschichten einzureichen (vgl. dazu Urteil des ehemaligen Eidg. Versicherungsgerichts K 9/00 vom 24. April 2003 E. 6.3). Entsprechend erübrigt sich auch die Einholung eines fachärztlichen Gutachtens zur Frage des Schweregrades und der Behandlungsintensität der Patientinnen und Patienten der Beklagten. Der Morbiditätsstruktur wird ausserdem mit dem (maximal möglichen) Toleranzbereich von 130 Punkten hinreichend Rechnung getragen.

#### **E. 5.6.6**

Nach dem Gesagten rechtfertigt sich kein Zuschlag zum Toleranzwert aufgrund von Praxisbesonderheiten. 6. 6.1

Zum ANOVA-Index ist zu bemerken, dass der Totalwert (hier 148 Punkte; Urk. 2/3 S. 3) neben den direkten Kosten auch veranlasste Kosten berücksichtigt. Dieser liegt ausserhalb des Toleranzbereichs, womit das Wirtschaftlichkeitsgebot verletzt ist. Da auch der ANOVA-Index der direkten Kosten ohne Medikamente (162 Punkte) und jener der (direkten und veranlassten) Medikamentenkosten (158 Punkte) deutlich über dem Toleranzbereich von 130 liegt, hat grundsätzlich eine Rückforderung zu erfolgen. 6.2

In Anwendung der Formel der ANOVA-Methode errechneten die Klägerinnen eine Rückforderungssumme von Fr. 59'206.-- (Fr. 299'730.-- [Totale direkte Kosten, korrigiert

aufgrund unterdurchschnittlicher veranlasster Medikamentenkosten] / 162 [ANOVA-Index direkte Kosten] x [162 {ANOVA-Index direkte Kosten} – 130 {Toleranzbereich}]). Da kein ANOVA-Index für die gesamten direkten Kosten ermittelt wird, sind die Rückforderungen für die direkten Kosten ohne Medikamente und für die direkten Medikamentenkosten separat zu berechnen. Dies ergibt bei direkten Kosten ohne Medikamente von Fr. 237'188.-- und direkten Medikamentenkosten (korrigiert aufgrund unterdurchschnittlicher veranlasster Medikamentenkosten) von Fr. 62'542.-- (Fr. 105'052.-- - [Fr. 5'254.-- x 100/11 - Fr. 5'254.--]) eine Rückforderungssumme von Fr. 57'935.-- ([Fr. 237'188.-- / 162 x {162 - 130}] + [Fr. 62'542.-- / 158 x {158 - 130}]); 162 = ANOVA-Index direkte Kosten ohne Medikamente; 158 = ANOVA-Index Medikamentenkosten direkt und veranlasst). 6.3

Vorliegend bestehen keine Gründe, von einer gänzlichen Rückerstattung der Honorare gemäss Art. 59 Abs. 1 lit. b KVG abzusehen und die Beklagte bloss zur teilweisen Rückerstattung der Honorare gemäss Art. 59 Abs. 1 lit. b KVG zu verpflichten. Damit ist die Beklagte – in teilweiser Gutheissung der Klage –

zur Rück erstattung der für nicht angemessene Leistungen im Statistikjahr 2016 bezogenen Honorare von Fr. 57'935.-- an die Klägerinnen zu verpflichten. 6.4

Was die Frage nach einem Verzugszins betrifft, so sind nach ständiger Rechtsprechung im Bereich der Sozialversicherungen grundsätzlich keine Verzugszinsen geschuldet, sofern sie nicht gesetzlich vorgesehen sind; von diesem Grundsatz wurden Ausnahmen zugelassen in Einzelfällen, in denen das Rechts empfinden in besonderer Weise tangiert ist (BGE 119 V 78 mit Hinweisen). Diese Praxis ist auch in schiedsgerichtlichen Forderungsstreitigkeiten aus geltend gemachter Überarztung in der Krankenversicherung zu befolgen (vgl. BGE 103 V 145 E. 7), wobei in solchen Fällen bei der Beurteilung des Verzugszinsanspruchs eine über die Folgen verspäteter Zahlung allenfalls getroffene Abmachung zwischen den Vertragspartnern zu beachten ist (BGE 117 V 351 E. 2; vgl. zum Ganzen Urteil des Eidgenössischen Versicherungsgerichts K 108/01 vom 15. Juli 2003).

Eine gesetzliche Verzugszinsregelung für schiedsgerichtliche Streitigkeiten zwischen Krankenversicherern und Ärzten besteht hier nicht. Den Nachweis einer tarifvertraglichen Vereinbarung erbrachten die Klägerinnen nicht. Ein Verzugszins ist daher nicht geschuldet. 6.5

Die Beklagte scheint zu verkennen, dass ein reiner Durchschnittskostenvergleich, welcher vorzunehmen wäre, wenn ihrer Argumentation gefolgt würde (vgl. dazu Urteil des Bundesgerichts 9C\_721/2020, 9C\_722/2020 vom 19. Oktober 2021 E. 4.3) kaum zu ihren Gunsten ausfallen würde. Selbst mit einem grosszügigen Zuschlag von 10 Punkten zum Toleranzwert würde sich nämlich eine Rückforderungssumme von Fr. 65'304.-- ergeben (Fr. 299'730.-- [Totale direkte Kosten, korrigiert aufgrund unterdurchschnittlicher veranlasster Medikamentenkosten] / 179 Index totale direkte Kosten] x [179 {Index totale direkte Kosten} – 140 {aus geweiteter Toleranzbereich}]). 7.

## E. 7

. Juni 2019 als Rechtsvertreter der santé suisse aus (Urk. 19) und teilte dem hiesigen Schiedsgericht mit, dass die KPK am 13. August 2019 festgestellt habe, dass ihr Vermittlungsvorschlag vom 13. Juni 2019 durch die Beklagte widerrufen worden sei, womit das Verfahren vor der KPK seit diesem Zeitpunkt abgeschlossen sei (vgl. Urk. 20/2-3). Er ersuchte um Fristansetzung zur Klageergänzung. 3.

Anlässlich der Instruktionsverhandlung am 26. November 2019 (Protokoll S. 4) schlossen die Parteien einen Vergleich mit Widerrufsvorbehalt (Urk. 23). Mit Eingabe vom 3. Dezember 2019 (Urk. 26) widersprach die Beklagte dem Vergleich. In der Folge wurde den Klägerinnen Frist angesetzt, um ihr Rechtsbegehren zu präzisieren, die Klagebegründung zu ergänzen und allfällige weitere Beweismittel einzureichen (Urk. 27). Nach mehrmaliger Fristerstreckung (Urk. 29, Urk. 30) reichten die Klägerinnen am 2. April 2020 die Klageergänzung (Urk. 31) sowie diverse Beilagen (Urk. 32/1-8) ein und beantragten, die Beklagte sei für das Statistikjahr 2016 gemäss ANOVA-Index zur Rückzahlung von Fr. 59'206.--, eventuell gemäss RSS-Index zur Rückzahlung von Fr. 93'686.--, jeweils nebst Zins zu 5 % seit wann rechtens, an die Klägerinnen zu verpflichten. In prozessualer Hinsicht beantragten sie zudem die Vereinigung des vorliegenden Verfahrens mit demjenigen betreffend das Abrechnungsjahr 2017 (Urk. 31 S. 3). 4.

Die Beklagte erstattete die Klageantwort mit Eingabe vom 8. Mai 2020 und beantragte, die Rückforderungsklage für das Jahr 2016 sei vollumfänglich abzuweisen, sofern überhaupt darauf einzutreten sei. Eventualiter sei zur Überprüfung der Zahlen die systematische Einzelfallprüfung oder repräsentative Einzelfallprüfung mit Hochrechnung anzuwenden. In prozessualer Hinsicht beantragte sie die Durchführung eines zweiten Schriftenwechsels (Urk. 35). Mit Replik vom 24. August 2020 hielten die Klägerinnen an ihren in der Klageergänzung vom 2. April 2020 formulierten Rechtsbegehren fest (Urk. 41). Mit Verfügung vom 3. September 2020 wurde der Beklagten Frist zur Erstattung der Duplik sowie zur Einreichung einer Dignitätsbestätigung angesetzt. Gleichzeitig wurde sie ersucht anzugeben, ob beziehungsweise in welchem Umfang sie TARMED-Positionen abrechnet habe, für deren Abrechnung gemäss dem TARMED Tarifsystem im Rahmen der qualitativen Dignität ein Facharzttitel vorausgesetzt werde (Urk. 43). Mit Duplik vom 16. Dezember 2020 hielt die Beklagte an ihren bisherigen Anträgen fest (Urk. 50) und reichte diverse Beilagen zu den Akten (Urk. 51/4-20). Innert angesetzter Frist nahmen die Klägerinnen am 12. April 2021 nochmals Stellung (Urk. 53), worüber die Beklagte mit Verfügung vom 13. Juli 2021 in Kenntnis gesetzt wurde (Urk. 54). 5.

Den Parteien wurde ausserdem mit Verfügung vom 13. Juli 2021 eine Frist von 30 Tagen angesetzt, um dem leitenden Mitglied des Schiedsgerichts je eine Person als Schiedsrichterin oder Schiedsrichter vorzuschlagen (Urk. 54). Die Klägerinnen schlugen

lic. iur. Reto Dietschi sowie Christof Schaerer aus der Untergruppe «Krankenversicherung» (Urk. 57) und die Beklagte Dr. med. Florian Buck aus der Untergruppe «ärztliche Leistungen» (Urk. 58) vor.

Mit Verfügung vom 25. April 2022 wurden Prof. Dr. med. Florian Buck 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 (Urk. 60).

Die Klägerinnen erklärten in der Eingabe vom 28. April 2022, keine Einwände gegen die in Aussicht genommenen Schiedsrichter zu erheben (Urk. 63). Die Beklagte liess die angesetzte Frist unbenutzt verstreichen. Die in Aussicht genommenen Schiedsrichter

wurden daher mit Verfügung vom 31. Mai 2022 ernannt (Urk. 64) . Das Schiedsgericht zieht in Erwägung: 1.

### **E. 7.1**

Bundesrechtlich werden lediglich Mindestanforderungen an das schiedsgerichtliche Verfahren festgelegt; im übrigen beruht dieses auf selbständigem kantonalem Recht (Eugster, Rechtsprechung des Bundesgerichts zum KVG, 2. Auflage, Zürich/Basel/Genf 2018, Art. 89 N 19). Für das kantonale Verfahren besteht keine bundesrechtliche Norm, welche Kostenfreiheit vorschreiben würde. Vor dem Hintergrund der im schiedsgerichtlichen Verfahren vorherrschenden Parteienkonstellation hielt der Gesetzgeber die Anwendung der sozialpolitisch motivierten Bestimmungen über die Verlegung von Kosten und Entschädigungen im Sozialversicherungsgerichtsverfahren (grundsätzliche Kostenlosigkeit des Verfahrens gemäss § 33 GSVGer und kein Entschädigungsanspruch des obsiegenden Versicherungsträgers oder Gemeinwesens gemäss § 34 Abs. 2 GSVGer) für nicht gerechtfertigt. Entsprechend wurde vorgesehen, dass im Verfahren vor dem Schiedsgericht die Bestimmungen der Zivilprozessordnung (ZPO) über die Prozesskosten und die unentgeltliche Rechtspflege (1. Teil, 8. Titel) sinngemäss anwendbar sind (§ 52 GSVGer). Mithin besteht im kantonalen schiedsgerichtlichen Klageverfahren anders als im Beschwerdeverfahren vor dem Bundesgericht (vgl. das zur Publikation vorgesehene Urteil des Bundesgerichts 9C\_259/2023 vom 18. September 2023 E. 7.3) eine hinreichende gesetzliche Grundlage für die Zusage einer Parteientschädigung an die obsiegenden Versicherer.

### **E. 7.2**

Gemäss § 52 GSVGer richtet sich die Bemessung der Kosten- und Entschädigungsfolgen nach den Bestimmungen der ZPO. Demgemäss werden die Prozesskosten der unterliegenden Partei auferlegt (Art. 106 Abs. 1 ZPO). Hat keine Partei vollständig obsiegt, werden die Prozesskosten nach dem Ausgang des Verfahrens verteilt (Art. 106 Abs. 2 ZPO). In Anwendung von Art. 96 ZPO sowie von § 4 Abs. 1 der Gebührenverordnung des Obergerichts (GebV OG) ist die Gerichtsgebühr bei einem Streitwert von Fr. 59'206.-- auf gerundet Fr. 6'200.-- (Fr. 3'150.-- zuzüglich 8 % des Fr. 20'000 übersteigenden Streitwerts) festzusetzen und der praktisch gänzlich unterliegenden Beklagten aufzuerlegen.

### **E. 7.3**

Gemäss Art. 95 Abs. 3 in Verbindung mit Art. 106 Abs. 1 ZPO hat das Gericht zu Lasten der unterliegenden Parteien eine Parteientschädigung festzusetzen. Eine Partei 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. 59'206.-- eine der Grundgebühr entsprechende Gebühr von gerundet Fr. 7'800.-- (Fr. 6'100.-- zuzüglich 9 % des Fr. 40'000 übersteigenden Streitwerts) festzusetzen. Die praktisch gänzlich unterliegende Beklagte ist somit verpflichtet, den Klägerinnen eine Parteientschädigung von Fr. 7'800.-- zu bezahlen. 8.

Anzufügen bleibt zum Schluss, dass bei Namensänderungen und Fusionen der Krankenversicherer die Ansprüche der rückforderungsberechtigten Versicherungs träger nicht einfach unter-, sondern auf ihre Rechtsnachfolger übergehen. Im Rahmen der zulässigen und von Amtes wegen vorzunehmenden Berichtigung der Parteibezeichnung ist das Rubrum entsprechend anzupassen (vgl. das Urteil des ehemaligen Eidgenössischen Versicherungsgerichts K 30/05 vom 6. Oktober 2005 E. 5.2). Das Schiedsgericht erkennt: 1.

In teilweiser Gutheissung der Klage wird die Beklagte dazu verpflichtet, den Klägerinnen die für nicht angemessene Leistungen im Statistikjahr 2016 bezogenen Honorare im Betrag von insgesamt Fr. 57'935.-- zurückzuerstatten. 2.

Die Gerichtskosten von Fr. 6'200.-- werden der Beklagten auferlegt.

Rechnung und Einzahlungsschein werden der Kostenpflichtigen nach Eintritt der Rechtskraft zugestellt. 3.

Die Beklagte wird verpflichtet, den Klägerinnen eine Parteientschädigung von Fr. 7'800.-- (inkl. Barauslagen und MWSSt ) zu bezahlen. 4.

Zustellung gegen Empfangsschein an: - Rechtsanwalt Felix Weber - Rechtsanwalt Marc Tomaschett - Bundesamt für Gesundheit - Gesundheitsdirektion des Kantons Zürich sowie an: - Gerichtskasse (im Dispositiv 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 bei zulegen, soweit die Partei sie in Händen hat (Art. 42 BGG). Schiedsgericht in Sozialversicherungsstreitigkeiten des Kantons Zürich Der Vorsitzende Die Gerichtsschreiberin Vogelstadler

## **E. 12**

mit Hinweisen) .

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