

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT SR.2019.00011

vom 28. August 2020

ZH Sozialversicherungsgericht, 2020-08-28, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_SR.2019.00011

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT SR.2019.00011 du 28 août 2020

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT SR.2019.00011 del 28 agosto 2020

Erwägungen

E. 1

Die Klägerinnen, vertreten durch *santésuisse*, erhoben mit Eingabe vom 5. Juli 2019 (Urk. 1 samt Beilagen [Urk. 2/5-7, Urk. 2/9-10 und Urk. 2/13]) Klage gegen die X.____ AG und beantragten, die Beklagte sei für das Jahr 2017 gemäss Regressions-Index zur Rückzahlung von Fr. 48'928.--, eventuell gemäss ANOVA-Index zur Rückzahlung von Fr. 25'362.-- 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 beantragt, das Verfahren mit dem bereits rechts hängigen Klageverfahren gegen die Beklagte betreffend das Statistikjahr 2016 (SR.2018.00008) zu vereinigen (Urk. 1 S. 3). Mit Verfügung vom 16. Juli 2019 (Urk. 3) wurde der Beklagten Frist angesetzt zur Erstattung einer freiwilligen schriftlichen Stellungnahme. Sodann wurde verfügt, dass das vorliegende Verfahren nicht mit dem Verfahren SR.2018.00008 vereinigt werde. Die Verfügung vom 16. Juli 2019 wurde der Beklagten mit Hilfe des Gemeindeammannamts zugestellt, da sie bereits im Verfahren SR.2018.00008 eingeschriebene Sendungen nie abgeholt hatte. Zugleich wurde der Beklagten mitgeteilt, dass ihr in Zukunft prozessleitende Verfügungen und der Endentscheid per eingeschriebener Sendung zugestellt würden (Urk. 3-6). Die Beklagte liess sich innert der ihr angesetzten Frist nicht vernehmen.

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). 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 die Beklagte den Klägerinnen für das Statistikjahr 2017 erhaltene Vergütungen wegen unwirtschaftlicher Behandlungsweise zu rückbezahlen muss und gegebenenfalls wie hoch der entsprechende Betrag ist. Da sich die Beklagte trotz begründetem Prozessrechtsverhältnis (vgl. Urk. 4) 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.

E. 2

0 Tagen

ab Erhalt der Verfügung Einwände erhoben würden. Die Parteien liessen die angesetzte Frist unbenutzt verstreichen, weshalb die in Aussicht genommenen Schiedsrichter mit Verfügung vom 7. Mai 2020 ernannt wurden (Urk. 19). Das Schiedsgericht zieht in Erwägung: 1.

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, unter anderem umfassen diese 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. 2.3

Die Daten, welche der Kontrolle der Wirtschaftlichkeit ambulant tätiger Leistungserbringer zugrundeliegen, wurden am 17. Juli 2018 aufbereitet (Urk. 2/5), und die Klage an das

hiesige Gericht wurde am 5. Juli 2019 zur Post gegeben (Urk. 1) .

Damit ist eine Verwirkung der Rückforderung rechtsprechungsgemäss noch nicht eingetreten.

E. 3.1

Die Klägerinnen stellten den Hauptantrag, die Beklagte sei für das Statistikjahr 2017 gemäss Regressions-Index zur Rückzahlung von Fr. 48'928.-- zu verpflichten (Urk. 1 S. 3)

E. 3.2.1

Gemäss Art. 56 Abs. 6 KVG legen Leistungserbringer und Versicherer vertraglich eine Methode zur Kontrolle der Wirtschaftlichkeit fest.

E. 3.2.2

Die Vereinigung der Schweizer Ärztinnen und Ärzte (FMH) auf der einen Seite, santésuisse (Die Schweizer Krankenversicherer) und curafutura (Die innovativen Krankenversicherer) 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 wurde vom Bundesgericht als zulässig erachtet. Art. 56 Abs. 6 KVG enthalte keine Spezifizierung oder exemplarische Aufzählung von Kriterien, die bei der Durchführung der Kontrolle zu berücksichtigen seien. Die Kriterien seien partnerschaftlich zu erarbeiten und festzulegen; dies liege allein in der Kompetenz der Leistungserbringer und der Versicherer (BGE 144 V 79 E. 5.3.1 mit Verweis auf BBl 2011 2524 und 2529 ff.). Die Vertragsparteien vereinbarten damals sodann, dass das Varianzanalysenmodell künftig von Leistungserbringern und Versicherern gemeinsam weiterentwickelt und unter anderem durch Morbiditätsvariablen ergänzt werden solle (vgl. BGE 144 V 79 E. 5.1).

Diese Weiterentwicklung wurde durch die Vereinbarung und die Implementierung der Regressions - Methode (oder Screening-Methode) verwirklicht (vgl. den Vertrag betreffend die Screening-Methode im Rahmen der Kontrolle der Wirtschaftlichkeit gemäss Art. 56 Abs. 6 KVG vom 10. Juli 2018 beziehungsweise 15./23. August 2018 [Version vom 20. März 2018; Urk. 2/9] sowie die Urteile 9C_558/2018 und 9C_559/2018 des Bundesgerichts vom 12. April 2019 E. 7.1 mit Hinweis).

E. 3.2.3

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 bei der ANOVA-Methode 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; vgl. die Urteile 9C_558/2018 und 9C_559/2018 des Bundesgerichts vom 12. April 2019 E. 7.1 mit Hinweis).

E. 3.2.4

Die neue statistische Regressionsanalyse (oder Screening-Methode), welche ab dem Statistikjahr 2017 zur Anwendung kommt (vgl. den Vertrag betreffend die Screening-Methode im Rahmen der Kontrolle der Wirtschaftlichkeit gemäss Art. 56 Abs. 6 KVG vom 10. Juli 2018 beziehungsweise 15./23. August 2018 [Version vom 20. März 2018; Urk. 2/9] sowie den Artikel «Neue Screening-Methode im Rahmen der Wirtschaftlichkeitskontrolle» in der Schweizerischen Ärztezeitung, 2018; 99[41], S. 1390-1391 beziehungsweise Urk. 2/10), soll Leistungserbringer mit statistisch auffällig hohen Kosten noch spezifischer identifizieren, denn die Screening-Methode berücksichtigt im Vergleich zur bisherigen ANOVA-Methode zusätzliche Morbiditätsvariablen. Bei diesen handelt es sich insbesondere um Wahlfranchise, Aufenthalt in einem Spital oder Pflegeheim im Vorjahr und pharmazeutische Kostengruppen. Mit diesen Variablen wird versucht, den durch Praxisbesonderheiten erklärbaren

Anteil der Kosten zu berücksichtigen. Es ist die Aufgabe der nachgelagerten Prüfung, zwischen berechtigten Kosten (z.B. medizinisch indizierte Therapiewahl) und unwirtschaftlichem Verhalten zu unterscheiden.

Schliesslich wird im Modell der Regressionsanalyse ein Unsicherheitsindikator berechnet. Dieser bildet die Streuung in den Kostendaten ab und kann folgendermassen interpretiert werden: Weicht ein Arzt bei all seinen Patientengruppen in ähnlichem Umfang von den durch das Modell vorhergesagten Kosten ab, ist der Unsicherheitsindikator gering. Weichen hingegen beispielsweise die Kosten einiger Patientengruppen sehr stark positiv ab, andere jedoch kaum oder stark negativ, ist der Unsicherheitsindikator gross. Der Unsicherheitsindikator berücksichtigt also den Umstand, dass die Kosten eines Arztes zwischen den Patientengruppen deutlich streuen können. Dies ist zum Beispiel dann der Fall, wenn einzelne Patienten im Kollektiv sehr hohe Kosten verursachen. In kleinen Arztpraxen mit einer geringen Anzahl Patienten können solche Fälle die Durchschnittskosten beeinflussen. Der Unsicherheitsindikator liefert im Rahmen der Analyse wertvolle Hinweise, wie robust die Ergebnisse sind.

E. 3.2.5

Die Anwendung der Screening-Methode ab dem Statistikjahr 2017 ist nicht zu beanstanden, haben sich die Vertragsparteien doch darauf verständigt (vgl. den von den Klägerinnen eingereichten Vertrag betreffend die Screening-Methode im Rahmen der Kontrolle der Wirtschaftlichkeit gemäss Art. 56 Abs. 6 KVG vom 10. Juli 2018 beziehungsweise 15./23. August 2018 [Version vom 20. März 2018; Urk. 2/9]). Die Klägerinnen sind der Ansicht, dass es sich vor dem Hintergrund der optimierten Spezifität der Methode rechtfertigt, die Obergrenze des Toleranzbereichs zu reduzieren und neu auf 120 Indexpunkte festzulegen. Die neue Methode würde es sogar erlauben, die Obergrenze unter 120 Indexpunkten anzusetzen (Urk. 1 S. 7). Es erscheint gerechtfertigt, bei der Screening-Methode, welche im

Vergleich zur ANOVA-Methode zusätzliche Variablen berücksichtigt, die Obergrenze des Toleranzbereichs bei maximal 120 Indexpunkten festzusetzen.

E. 3.3.1

Bei der Beklagten handelt es sich um eine Praxis für Hals-, Nasen- und Ohrenkrankheiten (HNO beziehungsweise ORL) für Kinder und Erwachsene, welche von Dr. med. Y.____, Spezialarzt für Hals-, Nasen-, Ohrenheilkunde, betrieben wird. Er ist der einzige behandelnde Arzt in der Praxis (vgl. Urk. 1 S. 5).

E. 3.3.2

Gemäss Darstellung der Klägerinnen (Urk. 1 S. 8 f.) liegt bei der Beklagten für das Statistikjahr 2017 im Vergleich zur Facharztgruppe ORL (380 Ärztinnen und Ärzte) eine Kostenüberschreitung von 44 Indexpunkten vor (Differenz zwischen dem Regressions-Index (TPW-korrigiert)

der Beklagten von 164 Punkten und dem Toleranzbereich von 120 Punkten [vgl. Urk. 2/6]). Bei einer Abweichung von 44 Punkten (Regressions-Index totale Kosten) über dem Toleranzbereich haben die Krankenversicherer den Anscheinsbeweis erbracht, dass die Wirtschaftlichkeit nicht gegeben ist. Dies gilt auch bei Anwendung der ANOVA-Methode mit einem ANOVA-Index direkte Kosten (ohne Medikamente) der Beklagten von 151 Punkten beziehungsweise einer Überschreitung des Toleranzbereichs von 130 Punkten um 21 Punkte (Urk. 1 S. 11 f. und Urk. 2/5). Obwohl die Anwendung des ANOVA-Indexes zu einem deutlich tieferen Rückerstattungsbetrag führen würde (vgl. Urk. 1 S. 11 f. und Urk. 2/5), ist die Anwendung der Screening-Methode, welche zusätzliche Morbiditätskriterien berücksichtigt und damit spezifischer ist, nicht zu beanstanden. Deren Anwendung wurde vertraglich vereinbart.

E. 3.3.3

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 ORL 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.], 00.0610 [Instruktion von Selbstmessungen, Selbstbehandlungen durch den Facharzt, pro 5 Min.], 00.1370 [Nachbetreuung/Betreuung/Überwachung in der Arztpraxis, pro 15 Min.] und 00.2110 [Konsiliarische Beratung, Konsilium, durch den Facharzt, pro 5 Min.]). Es erschliesse sich der Klägerschaft nicht, weshalb es trotz des Ein schlusses und der Berücksichtigung der Morbiditätskriterien zu einer statistischen Auffälligkeit mit einer überdurchschnittlichen Tarifanwendung und der damit verbundenen Überschreitung von 64 Indexpunkten (über dem Durchschnittswert von 100) gekommen sei. Würde die Beklagte ein besonders morbides Patientengut betreuen, wäre dieser Effekt in der Berechnung des Regressions-Indexes berücksichtigt worden und es resultierte gar keine statistische Auffälligkeit (Urk. 1 S. 9 f.). Weitere Auffälligkeiten bestünden nebst der häufigeren Anwendung der Grundleistungen in der häufigen Abrechnung spezifischer diagnostischer Positionen. So falle insbesondere auf, dass Zusatzpositionen standardmässig zur dazugehörigen Grundposition abgerechnet würden (Blockabrechnung). Dies sei erkennbar in der gegenüber dem Vergleichskollektiv vergleichbaren Anwendung der Grund position und der deutlich häufigeren Anwendung der dazugehörigen Zusatzposition. In Kombination mit der

überdurchschnittlichen Anwendung der aufgeführten Grundleistungspositionen entstünden überdurchschnittlich lange Konsultationszeiten, welche mit Leistungen in Abwesenheit des Patienten (Pos. 00.0140) und Konsilien (Pos. 00.2110) weiter gestreckt würden (Urk. 1 S. 10 f.). Äusserst fragwürdig erscheine zudem die Tatsache, dass die durchschnittliche Zahl der Grundleistungen pro Erkrankten bei der Beklagten bei 2.4 liege, hingegen beim Referenzkollektiv nur bei 1.9. Zusammen mit dem deutlich kleineren Patientengut von 346 Erkrankten im Vergleich zu 1'308 Erkrankten im Referenzkollektiv erwecke dies den Anschein, als würde versucht, mit einem kleineren Patientengut den gleichen Umsatz zu erzielen wie mit einer Vollbeschäftigung. Ob dies bewusst oder unbewusst geschehe, spiele für die Wirtschaftlichkeitsprüfung keine Rolle. Es liege in der Natur der Sache, dass bei einem nicht voll ausgelasteten Leistungserbringer der Anreiz bestehe, die Patienten länger und häufiger zu betreuen als in einer stark ausgelasteten Praxis. Dies werde in der

Abbildung 2 « Verteilung der totalen Kosten pro Erkrankten » in der Beilage 6 (Urk. 2/6) graphisch abgebildet und falle auch optisch auf. Demnach sei ersichtlich, dass die Beklagte Patienten in sämtlichen Altersgruppen deutlich teurer behandle, als dies das Vergleichskollektiv tue. Ebenfalls exorbitant hohe Werte würden die veranlassten Laboruntersuchungen aufweisen. Mit einem RSS-Index von 615 lägen diese deutlich über dem Durchschnittswert der Vergleichsgruppe. Die Kosten von Fr. 16'335.-- entsprächen rund 8 % des Gesamtumsatzes (totale Kosten direkt und veranlasst). Gemäss den Auswertungen seien diese Kosten vor allem auf Pilznachweise, Rachenabstriche und Analysen für Auge/Ohr/Nasenpharynx pos. und neg. zurückzuführen (Aufzählung nicht abschliessend). Auch hier seien der Klägerschaft keine Gründe ersichtlich, weshalb die Morbidität des Patientenkollektivs der von Dr. med. Y.____

betriebenen Praxis eine derart häufigere Anwendung von Laboranalysen verlange (Urk. 1 S. 11).

E. 3.4

Dr. med. Y.____

soll seit dem Jahr 2014 auf keine der Kontaktversuche seitens der Klägerschaft eingegangen sein, weshalb bis dato keine Aussagen zu etwaigen Praxisbesonderheiten gemacht werden könnten. Bereits für das Statistikjahr 2016 sei eine Klage auf Rückforderung anhängig gemacht worden (vgl. das Verfahren SR.2018.00008). Da sich der Arzt beziehungsweise die Beklagte aber weder im Verfahren betreffend das Statistikjahr 2016 noch im vorliegenden Verfahren habe vernehmen lassen, sei davon auszugehen, dass die Praxis auch im Statistikjahr 2017 nach wie vor über ein vergleichbares Patientenkollektiv verfüge und keine Praxisbesonderheiten vorlägen (Urk. 1 S. 9). Es trifft zu, dass sich die Beklagte nicht vernehmen liess, weder in diesem Verfahren noch im Verfahren betreffend das Statistikjahr 2016 (SR.2018.00008). Sie verzichtete damit darauf, darzulegen, inwieweit bei ihr beziehungsweise bei der Tätigkeit des einzigen praktizierenden Arztes oder beim Patientengut besondere Umstände oder spezielle Verhältnisse vorlägen. Praxisbesonderheiten oder andere spezielle Verhältnisse, welche das Überschreiten des Toleranzwertes von 120 Indexpunkten gemäss der Regressions-Methode zu erklären vermöchten, sind denn auch nicht ersichtlich. Damit lässt sich die Überschreitung nicht begründen.

E. 3.5

In Anwendung der Formel der Regressions -M ethode errechneten die Klägerinnen eine Rückforderungssumme von Fr. 48'928.-- (Fr. 182'369.-- [Totale direkte Kosten]

/ 164 [Regressions-Index] x [164 {Regressions-Index}

-

120 {Toleranz bereich}]), welche in diesem Umfang ausgewiesen ist.

E. 3.6

Abschliessend 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.

E. 4

Damit ist die Klage gutzuheissen und die Beklagte ist zu verpflichten, den Klägerinnen für das Statistikjahr 2017 einen Betrag von Fr. 48'928.-- zurückzu bezahlen.

E. 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, zuzu stellen.

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 VogelMuraro

E. 5.1

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). 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. 48'928.-- auf gerundet Fr. 5'400.-- (Fr. 3'150.-- zuzüglich 8 % des Fr. 2'0'000 übersteigenden Streitwerts) festzusetzen und der unterliegenden Beklagten aufzuerlegen.

E. 5.2

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 nicht berufsmässig vertreten. Krankenkassen und anderen mit öffentlichrechtlichen Aufgaben betrauten Organisationen ist praxisgemäss in der Regel keine Parteientschädigung zuzusprechen (vgl. BGE 112 V 356 E. 6 mit Hinweisen). Das Schiedsgericht erkennt: 1.

In Gutheissung der Klage wird die Beklagte verpflichtet, den Klägerinnen für das Statistikkjahr 2017 einen Betrag von insgesamt Fr. 48'928.-- zurückzubezahlen. 2.

Die Gerichtskosten von Fr. 5'400.-- werden der Beklagten auferlegt.

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

Es werden keine Parteientschädigungen zugesprochen. 4.

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

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