

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT SR.2019.00013

vom 20. November 2023

ZH Sozialversicherungsgericht, 2023-11-20, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_SR.2019.00013

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT SR.2019.00013 du 20 novembre 2023

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT SR.2019.00013 del 20 novembre 2023

Erwägungen

E. 1

Die Klägerinnen, vertreten durch *santés uisse*, erhoben mit Eingabe vom 5. Juli 2019 (Urk. 1 samt Beilagen [Urk. 2/ 5-7+9-13+16]), Klage gegen *med . prakt. X.____* und beantragten, die Beklagte sei für das Jahr 2017 gemäss *Regressions -Index* zur Rückzahlung von Fr. 93'282.--, eventuell gemäss *ANOVA - Index* zur Rückzahlung von Fr. 67'463.--, an die Klägerinnen zu verpflichten.

Es sei davon Vormerk zu nehmen, dass sich die Klägerinnen das Recht vorbehalten, 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. Weiter beantragten sie die Vereinigung des vorliegenden Verfahrens mit demjenigen betreffend das Abrechnungsjahr 2016 (Urk. 1 S. 3). Mit Verfügung vom 10. September 2019 wurde der Beklagten Frist angesetzt zur Erstattung einer freiwilligen schriftlichen Stellungnahme (Urk. 4). Die Beklagte erstattete die freiwillige schriftliche Stellungnahme mit Eingabe vom 2. Oktober 2019 (Urk. 6), woraufhin die Parteien für eine Sühnverhandlung auf den 26. November 2019 vorgeladen wurden (Urk. 10).

Mit Eingabe vom 4. Oktober 2019 zeigte Rechtsanwalt Felix Weber an, dass ihn *santésuisse* mit der Interessenwahrung der Klägerinnen beauftragt habe (Urk. 8)

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

Vorweg bleibt anzumerken, dass in diesem Verfahren wie im Verfahren SR. 2018.00017 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. 2.

E. 2

Anlässlich der Verhandlung am 26. November 2019 (Protokoll S. 2) schlossen die Parteien einen Vergleich mit Widerrufsvorbehalt (Urk. 13). Mit Eingabe vom 3. Dezember 2019 (Urk. 15) widersprach die Beklagte dem am 26. November 2019 geschlossenen Vergleich. In der Folge wurde den Klägerinnen Frist angesetzt, um ihr Rechtsbegehren zu präzisieren, die Klagebegründung zu ergänzen und allfällige weitere Beweismittel einzureichen (Urk. 16). Nach mehrmaliger Fristerweiterung (Urk. 18, Urk. 19) reichten die Klägerinnen am 2. April 2020 die Klageergänzung (Urk. 20) sowie diverse Beilagen (Urk. 21/1-4) ein und beantragten, die Beklagte sei für das Statistikjahr 2017 gemäss Regressions-Index zur Rückzahlung von Fr. 93'282.--, eventuell gemäss ANOVA-Index zur Rückzahlung von Fr. 67'463.--, jeweils nebst Zins zu 5 % seit wann rechtens, an die Klägerinnen zu verpflichten. In prozessualer Hinsicht beantragten sie erneut die Vereinigung des vorliegenden Verfahrens mit demjenigen betreffend das Abrechnungsjahr 2016 (Urk. 20 S. 4).

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 (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. 2.3

). 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 näher substantiiert, dass die Klägerinnen bereits vor dem 17. Juli 2018 (vgl. hierzu die Bestätigung der SASIS AG vom 17. Juli 2018 [Urk. 2/7]) Kenntnis der notwendigen (konsolidierten) Daten gehabt hätten. Die konsolidierten Daten der SASIS AG stehen erst mit deren Aufbereitung zur Verfügung. So lange keine Vorschrift (oder vertragliche Vereinbarung) besteht, wonach die Datenaufbereitung mittels vom System generiertem Protokoll nachgewiesen werden müsste, hat die schriftliche Bestätigung der SASIS AG über den Zeitpunkt der Aufbereitung der konsolidierten Daten als Nachweis für die früheste Kenntnisnahme dieser Daten durch die Klägerinnen zu genügen. Es liegt von Seiten der Klägerinnen keine unbewiesene Parteibehauptung vor (vgl. Urteil des Bundesgerichts 9C_649/2007 vom 23. Mai 2008 E. 5).

E. 3

Die Beklagte erstattete die Klageantwort mit Eingabe vom 8. Mai 2020 und beantragte, die Rückforderungsklage für das Jahr 2017 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. 24). Mit Replik vom 24. August 2020 hielten die Klägerinnen an ihren in der Klageergänzung vom 2. April 2020 formulierten Rechtsbegehren fest (Urk. 30). Mit Verfügung vom 3. September 2020 wurde der Beklagten Frist zur Duplik sowie zur Einreichung einer Dignitätsbestätigung angesetzt. Gleichzeitig wurde sie ersucht anzugeben, ob beziehungsweise in welchem Umfang sie TARMED-Positionen abgerechnet habe, für deren Abrechnung gemäss dem TARMED Tarifsystem im Rahmen der qualitativen Dignität ein Facharztstitel vorausgesetzt werde (Urk. 32). Mit Duplik vom 10. Dezember 2020 hielt die Beklagte an ihren bisherigen Anträgen fest (Urk. 38) und reichte diverse Beilagen zu den Akten (Urk. 39/3-18). Innert angesetzter Frist nahmen die Klägerinnen am 12. April 2021 nochmals Stellung (Urk. 41), worüber die Beklagte mit Verfügung vom 13. Juli 2021 in Kenntnis gesetzt wurde (Urk. 42).

E. 4

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. 42). Die Klägerinnen schlugen

jur. Reto Dietschi sowie Christof Schaerer aus der Untergruppe «Krankenversicherung» (Urk. 45) und die Beklagte Dr. med. Florian Buck aus der Untergruppe «ärztliche Leistungen» (Urk. 46) vor.

Angesichts dessen, dass im das Statistikjahr 2016 betreffenden Verfahren SR.2018.00017 gegen die in Aussicht genommenen Schiedsrichter keine Einwände erhoben wurden, wurden vorliegend mit Verfügung vom 31. Mai 2022 Prof. Dr.

med. Florian Buck aus der Untergruppe «ärztliche Leistungen» und lic.

iur. Reto Dietschi aus der Untergruppe «Krankenversicherung» als Schiedsrichter ernannt (Urk. 48). Das Schiedsgericht zieht in Erwägung: 1.

E. 4.1

Die Daten betreffend die Kontrolle der Wirtschaftlichkeit ambulant tätiger Leistungserbringer wurden am 1

E. 4.2

Die Beklagte macht geltend, massgeblich für die einjährige Verwirkungsfrist sei derjenige Zeitpunkt, in welchem die Klägerschaft von der SASIS-Statistik des Jahres 2018 Kenntnis erlangt habe. Die Klägerinnen hätten nicht dargetan, wann die einzelnen Krankenversicherer von ihrem Rückforderungsanspruch Kenntnis erlangt hätten (Urk. 6 S. 3, Urk. 24 S. 4).

E. 4.3

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

E. 4.4

Bei Kenntnisnahme der konsolidierten Daten der SASIS AG durch santésuisse am 17. Juli 2018 und bei Klageerhebung am 5. Juli 201

E. 7

Juli 2018 von der SASIS AG aufbereitet (Urk. 2/5). Die Klage vom 5. Juli 201

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. 93'282.-- auf gerundet Fr. 8'400.-- (Fr. 7'950.-- zuzüglich 4 % des Fr. 8'0'000 übersteigenden Streitwerts) festzusetzen und den Parteien im Verhältnis ihres Obsiegens/Unterliegens aufzuerlegen, d.h. zu fünf Sechsteln der Beklagten und zu einem Sechstel den Klägerinnen.

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. 93'282.-- eine der Grundgebühr entsprechende Gebühr von gerundet Fr. 10'500.-- (Fr. 9'700.-- zuzüglich 6 % des Fr. 80'000 übersteigenden Streitwerts) festzusetzen. Die zu fünf Sechsteln unterliegende Beklagte ist somit zu verpflichten, den Klägerinnen eine reduzierte Parteientschädigung von Fr. 7'000.-- zu bezahlen. 8.

Anzufügen bleibt zum Schluss, dass bei Namensänderungen und Fusionen der Krankenversicherer die Ansprüche der rückforderungsberechtigten Versicherungsträger 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 2017 bezogenen Honorare im Betrag von Fr. 75'670.-- zurückzuerstatten. 2.

Die Gerichtskosten von Fr. 8'400.-- werden zu fünf Sechsteln der Beklagten und zu einem Sechstel den Klägerinnen auferlegt.

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

Die Beklagte wird verpflichtet, den Klägerinnen eine Parteientschädigung von Fr. 7'000.-- 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, 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
Der Vorsitzende
Die
Gerichtsschreiberin
Vogelstadler

E. 9

ist eine Verwirkung der Rückforderung rechtsprechungsgemäss noch nicht eingetreten. 5.1

Die Klägerinnen stellten den Hauptantrag, die Beklagte sei für das Statistikjahr 2017 wegen unwirtschaftlicher Behandlungsweise gemäss Regressions-Index zur Rückzahlung von Fr. 93'282.-- zu verpflichten (Urk. 1 S. 3 ff.). 5.2

5.2.1

Gemäss Art. 56 Abs. 6 KVG legen Leistungserbringer und Versicherer vertraglich eine Methode zur Kontrolle der Wirtschaftlichkeit fest. 5.2.2

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. 2/12] sowie Urteil des Bundesgerichts 9C_558/2018, 9C_559/2018 vom 12. April 2019 E. 7.1 mit Hinweis). 5.2.3

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. 2/12] sowie den Artikel «Neue Screening-Methode im Rahmen der Wirtschaftlichkeitskontrolle» in der Schweizerischen Ärztezeitung, 2018; 99[41], S. 1390-1391 [Urk. 2/13]), 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 Unsicherheitsfaktor gering. Weichen hingegen beispielsweise die Kosten einiger Patientengruppen sehr stark positiv ab, andere jedoch kaum oder stark negativ, ist der Unsicherheitsfaktor 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. 5.2.4

Gemäss Darstellung der *santésuisse* in der Klage vom 5. Juli 2019 erfolgt das zweistufige Verfahren der Regressionsanalyse zusammengefasst wie folgt: Die erste Stufe der Regressionsanalyse habe zum Ziel, den nicht durch die Morbiditätskriterien erklärbaren Teil der totalen Kosten pro Erkrankten im Vergleich zu den Durchschnittskosten eines Arztes aus derselben Facharztgruppe in der Schweiz zu quantifizieren. Auf einer zweiten Stufe werde das Residuum nicht erklärbarer Arztkosten pro Erkrankten um zwei weitere Faktoren korrigiert. Dies seien einerseits der Praxisstandort-Kanton, welcher bereits unter der ANOVA-Methode berücksichtigt worden sei, und andererseits fachspezifische Kriterien der Ärztespezialität. Mit letzteren werde gemäss der Regressionsmethode der Tatsache Rechnung getragen, dass bestimmte Facharztgruppen komplexere und so mit typischerweise teurere Leistungen erbrächten als andere. Es handle sich um Faktoren, die pro Arzt konstant seien und damit innerhalb des Patientenkollektivs nicht variierten. Nach erfolgter Korrektur verbleibe der potentiell unwirtschaftliche Teil der Kosten pro Erkrankten des Arztes. Im Zusammenhang mit diesem zweistufigen Verfahren werde der sogenannte Regressionsindex berechnet. Dieser zeige an, um wie viele Prozentpunkte die Kosten pro Erkrankten eines Arztes über oder unter den Durchschnittskosten der Vergleichsgruppe lägen. Ärzte, die den mittleren Indexwert von 100 Punkten deutlich überschritten, gälten als statistisch auffällig. Für sämtliche Kostenarten (totale Kosten, direkte Arztkosten, direkte sowie veranlasste Medikamenten-, Labor- und MiGeL-Kosten sowie veranlasste Physiotherapiekosten) erfolge eine eigene Regressionsanalyse mit separat ausgewiesenen Indizes. Für die Beurteilung der (Un-)Wirtschaftlichkeit massgebend sei der Index totale Kosten. Vor dem Hintergrund der optimierten Spezifität der Methode rechtfertige es sich, 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. 6 f.). 5.2.5

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. 2/12]). Nicht zu beanstanden ist auch, dass zur Bemessung der Rückforderung auf den Regressions-Index totale Kosten abgestellt wird, zumal nach wie vor lediglich die direkten Kosten als Basis für die Berechnung der Rückforderungssumme dienen. Entgegen den Vorbringen der Beklagten (vgl. Urk. 6 S. 6, Urk. 24 S. 10) ist es sodann gerechtfertigt, bei der Screening-Methode, welche im Vergleich zur ANOVA-Methode zusätzliche Variablen berücksichtigt, die Obergrenze des Toleranzbereichs bei maximal 120 Indexpunkten festzusetzen.

5.3

5.3.1

Die Beklagte, welche als praktische Ärztin zur Selbstdispensation berechtigt ist und über die Fähigkeits-/Fertigkeitsausweise Praxislabor (KHM) verfügt sowie zu sämtlich Fortbildungsbestätigungen in den Bereichen Allgemeine Innere Medizin, Gynäkologie und Geburtshilfe sowie Dermatologie und Venerologie für die Jahre 2016 bis 2018 vorlegen kann, praktizierte im Jahr 2017 im Kanton Zürich unter der Zahlstellenummer Gemäss Rechnungssteller-Statistik vom 17. Juli 2018 betragen die totalen direkten Kosten (Bruttoleistung) im Jahr 2017 Fr. 321'727.-- (Urk. 2/5 S. 1), bei einem Regressions-Index totale Kosten von 169 Punkten und einem Regressions-Index direkte Arztkosten von 166 Punkten (Urk. 2/6 S. 2). Damit überschreitet die Beklagte bei einem Vergleichskollektiv von 1301 Ärztinnen und Ärzten derselben Facharztgruppe (Urk. 20) den Toleranzbereich von 120 Punkten (Urk. 1 S. 8 f.). Auch die früher herangezogenen Indizes der Rechnungssteller-Statistik sowie der ANOVA-Methode weisen eine deutliche Kostenüberschreitung aus (RSS-Index direkte Kosten 174, RSS-Index totale Kosten 152; ANOVA-Index direkte Kosten ohne Medikamente 170, ANOVA-Index totale Kosten 150). Die Krankenversicherer haben daher den Anscheinsbeweis erbracht, dass die Wirtschaftlichkeit nicht gegeben ist.

Obwohl die Heranziehung des ANOVA-Indexes zu einem deutlich tieferen Rück erstattungsbetrag führen würde (vgl. Urk. 1 S. 10 f. und Urk. 2/5), ist die Anwendung der Screening-Methode, welche zusätzliche Morbiditätskriterien berücksichtigt und damit spezifischer ist, nicht zu beanstanden, da dies vertraglich vereinbart wurde. Im Folgenden ist daher zu prüfen, ob Praxisbesonderheiten vorliegen, die ausserhalb der von der neuen Methode erfassten Faktoren liegen und es allenfalls rechtfertigen, den Referenzindex zu erhöhen. Entgegen der Auffassung der Beklagten sieht die neuentwickelte zweistufige Regressionsanalyse hingegen nicht vor, bei statistisch auffälligen Ärzten in einem zweiten Schritt systematisch die analytische Methode anzuwenden (vgl. Urk. 6 S. 5). Die vertraglich vorgesehene Einzelfallprüfung (vgl. E. 5.2.3-5.2.4 hiervor) verlangt vielmehr nur, dass nach allfälligen Praxisbesonderheiten zu suchen ist, die mit der verfeinerten zweistufigen Regressionsanalyse nicht bereits erfasst wurden.

Soweit sich die Klägerinnen für die Wirtschaftlichkeitsprüfung eventualiter auf die ANOVA-Methode berufen (Urk. 1 S. 3), kann ihnen nicht gefolgt werden, da diese ab dem vorliegend strittigen Statistikjahr 2017 durch die neue Screening-Methode der zweistufigen Regressionsanalyse ersetzt wurde (vgl. E. 5.2.4 hiervor). Damit erübrigen sich Weiterungen hierzu. 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 00.0 5

E. 10

[Spezifische Beratung durch den Facharzt für Grundversorgung, pro 5 Min.] und 00. 001 0 [Konsultation, erste 5 Min. (Grundkonsultation)]. Es erschlies se sich der Klägerschaft nicht, weshalb es trotz des Einschlusses und der Berücksichtigung der Morbiditätskriterien zu einer statistischen Auffälligkeit mit einer überdurchschnittlich langen Konsultationsdauer und der damit verbundenen Überschreitung von 6 9 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.).

Eine Praxisbesonderheit sei nicht ersichtlich. Aus den Daten des Tarifpools der SASIS ergebe sich, dass die Beklagte in den Fachbereichen der Gynäkologie und Geburtshilfe sowie der Dermatologie und Venerologie jeweils nur geringe Umsätze verrechne. 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. 3'019.-- abgerechnet, was 1.82 % des gesamthaft erbrachten Volumens (Fr. 166'250.--) entspreche. 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. 2'123.-- verrechnet worden, was 1.28 % des gesamten Volumens entspreche. Mit diesen vernachlässigbaren Abrechnungspositionen lasse sich keine Praxisbesonderheit begründen. Ebensowenig vermöge die Teilzeittätigkeit eine Praxisbesonderheit begründen. Vielmehr könne eine tiefe Auslastung einen spezifischen Anreiz zur Überarztung darstellen (Urk. 1 S. 9 f.). 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 SGDV, 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. 24 S. 7).

Darüber hinaus würden verschiedene Praxisbesonderheiten vorliegen. 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. 24 S. 10 f.). Weiter verfüge sie über besondere Ausrüstungen in ihrer Praxis, um die gynäkologischen und dermatologischen Leistungen zu erbringen. 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. 24 S. 12 f.). Massgeblich sei nicht, in welchem Umfang sie

Leistungen in den Bereichen Gynäkologie und Geburtshilfe respektive Dermatologie und Venerologie abgerechnet habe, sondern dass sie Leistungen in diesen Bereichen abgerechnet habe (Urk. 38 S. 17 f.). Darüber hinaus sei ihr Patientenkollektiv älter als der Durchschnitt. Insofern sei eine Korrektur von 3 % zu berücksichtigen (Urk. 24 S. 11). Sie betreue ausserdem Patientinnen und Patienten in Heimen und habe deshalb im Jahr 2017 66 Hausbesuche getätigt. Die Hausbesuche würden deutlich höhere Kosten verursachen und seien ebenfalls als Praxisbesonderheit zu berücksichtigen (Urk. 24 S. 13 f.). Die erhöhte Anzahl der abgerechneten Position 00.0510 ergebe sich aus den Praxisbesonderheiten und der Tatsache, dass sie mit dieser Position Beratungen in drei Fachgebieten abdecke. Dies erkläre auch die längeren Behandlungszeiten (Urk. 24 S. 14). Die Kosten im Bereich Gynäkologie und Geburtshilfe sowie Dermatologie und Venerologie sowie Allgemeine Innere Medizin würden für die Praktische Ärztin und den praktischen Arzt Praxisbesonderheiten darstellen, die bei der Berechnung des Regressionsindex zu berücksichtigen seien (Urk. 38 S. 24). Im Übrigen hätten die Klägerinnen die von ihr zu Unrecht abgerechneten TARMED-Positionen im Rahmen der Rechnungskontrolle beanstanden müssen und nicht erst im Zuge der Wirtschaftlichkeitskontrolle (Urk. 38 S. 8 f.). 5.5

5.5.1

Hinsichtlich des Vergleichskollektivs ist zunächst festzuhalten, dass die Klägerinnen 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). 5.5.2

Die Klägerinnen legten auf Ersuchen der Beklagten eine Liste mit den Namen der Ärztinnen und Ärzte, welche die Vergleichsgruppe bilden (Urk. 14), sowie den grafischen Vergleichsbericht (L60) der SASIS AG (Urk. 21/3, Urk. 31/2-3) offen. Dass diese Listen ungenügend wären, 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. Mit den Eingaben vom 5. Juli 2019 (Urk. 1), 2. April 2020 (Urk. 20) sowie 24. August 2020 (Urk. 30) sind die mit der Klage eingereichten Regressionsberichte (Urk. 2/5-6, Urk. 21/3, Urk. 31/2-3) rechtsgenügend dokumentiert. Von einer Verletzung des Gehörsanspruchs der Beklagten kann folglich nicht gesprochen werden. 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. 24 S. 5 f. und S. 15, Urk. 38 S. 4), 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 Praxisapothekes ein Praxismerkmal darstellen soll, welches bei der Bildung der Vergleichsgruppe zu berücksichtigen wäre, ist indes nicht ein sichtig. Ob und welche Medikamente vom Arzt verordnet werden, darf nicht da von 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 resul tierenden Kosten haben. Folgerichtig haben die Tarifpartner denn auch nicht vor gesehen, Ärztinnen und Ärzte mit Selbstdispensation bloss untereinander zu ver gleichen. Zutreffend ist zwar, dass die Kosten der abgegebenen Medikamente Ein fluss 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 ärzt licher 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 veranlass ten Medikamentenkosten zu korrigieren; falls der Regressions-Index der Medika mentenkosten inner- oder unterhalb der Bandbreite liegen sollte, wäre der Leis tungssektor Medikamente sodann ganz von den direkten Arztkosten auszuneh men. 5.5.4

Dass die Beklagte Leistungen sowohl im Bereich der Gynäkologie und Geburts hilfe sowie Dermatologie und Venerologie erbringt, ändert nichts an ihrer statis tischen Auffälligkeit. Es ist aufgrund der Akten zwar ausgewiesen, dass die Be klagte TARMED-Leistungen im Bereich der Gynäkologie und Geburtshilfe sowie Dermatologie und Venerologie häufiger verrechnete als das Vergleichskollektiv (vgl. Urk. 21/3 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 Derma tologie und Venerologie abrechnete, selbst wenn die bildgebenden Verfahren mit berücksichtigt werden, nämlich 2.74 % im Bereich der Gynäkologie und Geburts hilfe und 1.28 % im Bereich Dermatologie (vgl. Urk. 1 S. 9, Urk. 30 S. 9 f., Urk. 21/3). 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 Jah ren (Pos. 001.00.0510; vgl. Urk. 21/3 S. 2/12), was dem Bereich der Allgemei nen und Inneren Medizin zugeordnet wird. Aus dieser TARMED-Position, die von der Beklagten überdurchschnittlich verrechnet wurde, ergibt sich keine Speziali sie rung 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 Ärzte daher nicht in Frage. Der Einwand der Beklagten, es würde sich dabei nicht um die Wirtschaft lichkeitskontrolle, sondern vielmehr um die Rechnungskontrolle handeln (Urk. 38 S. 8 f.), geht fehl. Im Rahmen der Rechnungskontrolle geht es darum, die Über einstimmung der einzelnen Positionen der Honorarrechnungen mit den tarif vertraglichen Vereinbarungen sowie den für bestimmte Therapien gesetzlich um schriebenen Vorgaben zu prüfen. Darüber hinaus kann sich die Frage stellen, ob in Rechnung gestellte Leistungen überhaupt erbracht worden sind, und ob allen falls 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. 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. 5.6 5.6.1

Es bleibt nachfolgend zu prüfen, ob bei der vorliegend anwendbaren Regressions-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 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).

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. 6 S. 7). Soweit der geltend gemachte Umstand überhaupt eine Praxisbesonderheit darstellen kann, rechtfertigt sich jedenfalls keine Ausweitung des Toleranzbereichs über den Wert von 120 hinaus. 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 2017 66 Hausbesuche getätigt (Urk. 2/5 S. 1), 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 kosten treibend gewesen wären, lässt sich aus dem Grafischen Vergleichsbericht der SASIS AG aber nicht schliessen. Vielmehr ergibt sich daraus, dass betreffend die Positionen 001.00.0060 «Besuch, erste 5 Min. (Grundbesuch)» sowie 001.00.0080 «+ Besuch, letzte 5 Min. (Besuchszuschlag)» keine Abweichung vom Vergleichskollektiv vorliegt. Bei der Beklagten umfassen diese 1.25 % resp. 0.33 % der Grundleistungen gegenüber 1.29 % resp. 0.32 % beim Vergleichskollektiv (Urk. 21/3 S. 2-3/12). 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 2017 gegenüber den Jahren 2013 - 2015

erhöhte sich die statistische Auffälligkeit der Beklagten nicht konsequent (Index 168 im Jahr 2013, 142 im Jahr 2014, 170 im Jahr 2015, 175 im Jahr 2016

und 167 im Jahr 2017 [Urk. 2/5]). Eine Praxisbesonderheit diesbezüglich liegt somit nicht vor. 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. 24 S. 11), geht von vornherein fehl, da die nicht zufälligen Merkmale «Alter», «Geschlecht» sowie auch «Morbidity» bei der Bestimmung des Regressions-Index berücksichtigt worden sind; die Kosten des betroffenen Arztes werden mithin so ausgewiesen, wie wenn sein Patientengut dieselbe Alters- und Geschlechtsverteilung wie dasjenige der Vergleichsgruppe als Ganzes sowie eine vergleichbare Morbidity aufweisen würde (vgl. E. 5.2 hiervor). Angesichts dessen, dass die Regressionsanalyse als statistische Methode zur Kontrolle der Wirtschaftlichkeit von den Tarifpartnern vereinbart worden war 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 48.9 Jahren denn auch in etwa das gleiche Durchschnittsalter wie diejenigen des Vergleichskollektivs von 48.7 Jahren auf (vgl. Urk. 2/6 S. 2).

Irrelevant ist auch, dass die Beklagte nur in einem Teilzeitpensum als Ärztin tätig sein soll (Urk. 6 S. 7). Entscheidend sind die Kosten pro Erkrankten, welche nicht vom Arbeitspensum des Leistungserbringers abhängen. 5.6.5

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

Die Beklagte weist Regressionsindizes von 169 Punkten betreffend die totalen Kosten und von 166 Punkten im Bereich der direkten Arztkosten auf (Urk. 2/6). Mit einem Regressions-Index von 169 betreffend die totalen Kosten ist eine Überarztlage ausgewiesen (vgl. E. 5.2.5 hiervor). 6.2

Die Klägerinnen verwendeten in der Berechnungsformel für die Rückforderung jeweils den Regressions-Index «Totale Kosten» (169 Punkte; vgl. Urk. 1 S. 8) und haben damit auch Anteile der veranlassenden Kosten miteinbezogen. Die veranlassenden Kosten sind für die Rückforderung als solche jedoch unbeachtlich. Diese sind allein bei der Wirtschaftlichkeitsprüfung im Rahmen der Gesamtbetrachtung massgebend (in BGE 141 V 25 nicht publ. E. 5.4 [Entscheidung des Bundesgerichts vom 15. Januar 2015, 9C_535/2014]). Mithin kann in der Berechnungsformel für die Rückforderung nicht der Regressionsindex für die Gesamtkosten von 169 Punkten eingesetzt werden, sondern es ist der Regressions-Index «Arztkosten, Taxpunkte (direkt)» in der Höhe von 166 Punkten hinzuzuziehen. Sodann sind die direkten Arztkosten ebenfalls aufgrund unterdurchschnittlich veranlassender Medikamentenkosten zu korrigieren (vorne E. 5.3.3). Da kein Regressions-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. Bei

direkten Kosten ohne Medikamente von Fr. 212'970.-- und direkten Medikamentkosten (korrigiert aufgrund unterdurchschnittlicher veranlasster Medikamentenkosten) von Fr. 73'752.-- (Fr. 108'757.-- - [Fr. 3'462.-- x 100/9 - Fr. 3'462.--]) ergibt sich eine Rückforderungssumme von Fr. 75'670.-- ([Fr. 212'970.-- / 166 x {166 - 120}] + [Fr. 73'752.-- / 155 x {155 - 120}]); 166 = Regressions-Index Arztkosten; 155 = Regressions-Index Medikamente 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 2017 bezogenen Honorare von Fr. 75'670.-- 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 Rechtsempfinden 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. 7.

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