

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT SR.2020.00002

vom 20. Januar 2025

ZH Sozialversicherungsgericht, 2025-01-20, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_SR.2020.00002

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT SR.2020.00002 du 20 janvier 2025

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT SR.2020.00002 del 20 gennaio 2025

Erwägungen

E. 1

Mit Eingabe vom 9. April 2020 (Urk. 1) erhoben die Progrès Versicherungen AG (am 3. Januar 2022: Übernahme der Aktiven und Passiven infolge Fusion durch die Helsana Versicherungen AG und

Löschung im Handelsregister; SHAB vom 6. Januar 2022) und die Helsana Versicherungen AG (nachfolgend: Helsana) Klage beim hiesigen Schiedsgericht in Sozialversicherungsstreitigkeiten

gegen die

X.____ AG, Zürich, und beantragten, dass die X.____ AG zu verpflichten sei, ihnen für die Abrechnungsperiode vom 17. Juni 2015 bis 19. Februar 2020 zu Unrecht ausgerichtete Leistungen im Betrag von Fr. 49'958.49 (Progrès Versicherungen AG) und von Fr. 111'104.75 (Helsana Versicherungen AG), insgesamt Fr. 161'063.28 zurückzuerstatten (Urk. 1 S. 2, Urk. 5).

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. Gemäss § 35 des Gesetzes über das Sozialversicherungsgericht (GSVGer) beurteilt das hiesige Schiedsgericht als einzige kantonale Instanz unter anderem Streitigkeiten nach Art. 89 KVG.

E. 1.2

Im vorliegenden Verfahren ist eine Streitigkeit zwischen einem Leistungserbringer und einem Versicherer zu beurteilen, weshalb die sachliche Zuständigkeit des Schiedsgerichts gegeben ist. Da sich die ständige Einrichtung der Beklagten im Kanton Zürich befindet, ist das hiesige Schiedsgericht örtlich zuständig (Art. 89 Abs. 2 KVG), weshalb unbestrittenemassen auf die Klage einzutreten ist.

E. 1.3

Bei Fusionen von Krankenversicherern gehen die Ansprüche der rückforderungsberechtigten Versicherungsträger auf den Rechtsnachfolger über. Im Rahmen der zulässigen und von Amtes wegen vorzunehmenden Berichtigung der Parteibezeichnung ist das Rubrum entsprechend anzupassen. In Anbetracht der Fusion zwischen den zwei ursprünglichen Klägerinnen

wird

im Folgenden nurmehr

die Helsana Versicherungen AG als Rechtsnachfolgerin der Progrès Versicherungen AG als alleinige Klägerin aufgeführt (Urteil des Bundesgerichts 9C_784/2023 vom 4. September 2024 E. 1

m.w.H.).

E. 1.4

Die Bestimmungen des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSG) finden gemäss Art. 1 Abs. 2 lit. e KVG beim Verfahren vor dem kantonalen Schiedsgericht (Art. 89 KVG) keine Anwendung. Das KVG schreibt vor, dass das Verfahren einfach und rasch zu sein und das Schiedsgericht die für den Entscheid erheblichen Tatsachen unter Mitwirkung der Parteien festzustellen hat, wobei es die notwendigen Beweise erhebt und in der Beweiswürdigung frei ist (Art. 89 Abs. 5 KVG). Im Übrigen richtet sich das Verfahren nach dem GSVGer (§ 35 - § 52) und ergänzend nach der Schweizerischen Zivilprozessordnung (ZPO; § 37 in Verbindung mit § 28 GSVGer). 2.

E. 2

Mit der freiwilligen schriftlichen Stellungnahme vom 2. Juni 2020 (Urk. 8) beantragte die Beklagte die Abweisung der Klage, soweit darauf einzutreten sei (S. 2).

E. 2.1

m.w.H.; Urteil des Bundesgerichts 9C_201/2023 vom 3. April 2024 E. 9.1, nicht veröffentlicht in BGE 150 V 178).

E. 2.2

Im Rahmen der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (Art. 1a Abs. 1 KVG) haben die anerkannten Krankenkassen (Art. 2 des Bundesgesetzes betreffend die Aufsicht über die soziale Krankenversicherung, KVAG) und die zugelassenen

privaten Versicherungseinrichtungen (Art. 3 KVAG) als obligatorische Krankenpflegeversicherer (Art. 4 KVAG) unter anderem im Falle der Krankheit (Art. 1a Abs. 2 lit. a KVG) nach Art. 24 KVG die Kosten für die Leistungen gemäss den Art. 25-31 KVG nach Massgabe der in den Art. 32-34 KVG festgelegten Voraussetzungen zu übernehmen. Die Leistungen nach Art. 25-31 KVG müssen wirksam, zweckmässig und wirtschaftlich sein. Die Wirksamkeit muss nach wissenschaftlichen Methoden nachgewiesen sein (Art. 32 Abs. 1 KVG). Die Wirksamkeit, Zweckmässigkeit und Wirtschaftlichkeit der Leistungen werden periodisch überprüft (Art. 32 Abs. 2 KVG). Rechtstechnisch sieht das KVG zur Verwirklichung der für das Leistungsrecht der obligatorischen Krankenpflegeversicherung fundamentalen Prinzipien der wissenschaftlich nachgewiesenen Wirksamkeit, Zweckmässigkeit und Wirtschaftlichkeit ein Listensystem mit Positiv- und Negativlisten vor.

E. 2.3

Gemäss Art. 25 Abs. 1 KVG übernimmt die obligatorische Krankenpflegeversicherung die Kosten für jene Leistungen, die der Diagnose oder Behandlung einer Krankheit und ihrer Folgen dienen. Darunter fallen nach Art. 25 Abs. 2 lit. a KVG die von Ärzten

durchgeführten Untersuchungen, Behandlungen und Pflegemassnahmen ; sie gelten vermutungsweise als wirksam, zweckmässig und wirtschaftlich (Art. 32 Abs. 1 KVG) und sind kostenvergütungspflichtig, sofern sie nicht in der vom Bundesrat respektive vom Eidgenössischen Departement des Innern (EDI) erstellten, abschliessenden Negativliste von der Leistungspflicht ausgenommen sind (Art. 33 Abs. 1 und 5 KVG in Verbindung mit Art. 33 lit . a der Verordnung über die Krankenversicherung [KVV] und Art. 1 der Verordnung des EDI über Leistungen in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung [KLV] sowie Anhang 1 zur KLV; BGE 136 V 84 E. 2.1 und 129 V 167 E. 3.2; Urteil des Bundesgerichts 9C_216/2012 vom 18. Dezember 2012 E. 2.1).

E. 2.4

Gemäss Art. 35 Abs. 1 und Abs. 2 lit . a in Verbindung mit Art. 36 Abs. 1 KVG sind Ärzte zur Tätigkeit zu Lasten der obligatorischen Krankenpflegeversicherung zugelassen, wenn sie das eidgenössische Diplom besitzen und über eine vom Bundesrat anerkannte Weiterbildung verfügen. Die Leistungserbringer erstellen ihre Rechnungen nach Tarifen oder Preisen, die in Verträgen zwischen Versicherern und Leistungserbringern (Tarifvertrag) vereinbart oder in den vom Gesetz bestimmten Fällen von der zuständigen Behörde festgesetzt werden (vgl. Art. 43 Abs. 1 und 4 KVG). Leitgedanke für die Tarifgestaltung ist eine qualitativ hochstehende und zweckmässige gesundheitliche Versorgung zu möglichst günstigen Kosten (Art. 43 Abs. 6 KVG; BGE 131 V 133 E. 4). Einzelleistungstarife müssen auf einer gesamtschweizerisch vereinbarten einheitlichen Tarifstruktur beruhen. Können sich die Tarifpartner nicht einigen, so legt der Bundesrat diese Tarifstruktur fest (Art. 43 Abs. 5 KVG). Gemäss Art. 43 Abs. 5 bis KVG kann der Bundesrat auch Anpassungen an der Tarifstruktur vornehmen, wenn sie sich als nicht mehr sachgerecht erweist und die Parteien sich nicht auf eine Revision einigen können. Parteien eines Tarifvertrags sind einzelne oder mehrere Leistungserbringer oder deren Verbände einerseits sowie einzelne oder mehrere Versicherer oder deren Verbände andererseits (Art. 46 Abs. 1 KVG). 2. 5

Für ambulant erbrachte ärztliche Leistungen der frei praktizierenden Ärzte und Ärztinnen in der Arztpraxis besteht eine gesamtschweizerische, einheitliche Tarifstruktur im Sinne von Art. 43 Abs. 5 KVG. Dabei handelt es sich um den von der *santésuisse*, der FMH (Foederatio

Medicorum

Helveticorum, Verbindung der Schweizer Ärztinnen und Ärzte), der H+ (Vereinigung schweizerischer Krankenhäuser) und der MTK (Medizinaltarifkommission UVG) vereinbarten Rahmenvertrag TARMED. TARMED ist der gesamtschweizerische Einzelleistungstarif für ambulant erbrachte ärztliche Leistungen im Spitalambulatorium und in der Arztpraxis. Seit dem 1. Januar 2004 werden alle ambulanten Arztleistungen der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) über ihn abgerechnet (vgl. Urteil des Bundesgerichts 9C_251/2011 vom 16. August 2011 E. 3.2).

Der Rahmenvertrag TARMED ist kein eigentlicher Tarifvertrag, sondern eine Tarifstruktur im Sinne des Art. 43 Abs. 5 KVG. Die Parteien haben denn auch die Preise und Tarife im Rahmenvertrag nicht in Franken und Rappen festgelegt; die Bestimmung der Taxpunktweite wird vielmehr gemäss Art. 9 Abs. 2 des Rahmenvertrages TARMED auf kantonaler Ebene vereinbart. Diese Festsetzung der Tarife wird gemäss Art. 43 Abs. 4 KVG in Verträgen zwischen Versicherern und Leistungserbringern vereinbart oder in den

vom Gesetz bestimmten Fällen von der zuständigen Behörde festgesetzt. Weil sich die Tarifpartner nicht auf eine Erneuerung der Tarifstruktur einigen konnten, passte sie der Bundesrat mit Wirkung ab 1. Januar 2018 an und legte sie als gesamtschweizerische Tarifstruktur für ambulante ärztliche Leistungen fest (Verordnung über die Festlegung und die Anpassung von Tarifstrukturen in der Krankenversicherung, SR 832.102.5, Änderung vom 18. Oktober 2017 [AS 2017 6023]).

E. 2.6

Mit Wirkung ab 1. Januar 2014, befristet bis 31. Dezember 2015, vereinbarten die Einkaufsgemeinschaft HSK (Helsana Versicherungen AG, Sanitas Grundversicherungen AG und KPT Krankenkasse AG) und die Ärztesgesellschaft des Kantons Zürich (AGZ) einen separaten, kantonalen Tarifvertrag betreffend die Vergütung ambulanter Leistungen in der Arztpraxis nach TARMED, der auf der gesamtschweizerisch einheitlichen Einzelleistungstarifstruktur TARMED aufbaut. Die Parteien einigten sich auf einen Taxpunktwert von Fr. 0.89. Der Regierungsrat des Kantons Zürich hat den Tarifvertrag vom 10. Februar 2014 zwischen der AGZ und der Einkaufsgemeinschaft HSK mit Beschluss Nr. 558/2014 genehmigt.

In der Folge haben die Vertragsparteien auch für die Behandlungen ab dem 1.

Januar 2016 einen Taxpunktwert von Fr. 0.89 vereinbart. Mit Beschluss Nr. 837/2017 vom 20. September 2017 hat der Regierungsrat des Kantons Zürich die Vereinbarung zwischen der AGZ und der HSK betreffend die Abgeltung ambulanter Leistungen nach TARMED in den Arztpraxen des Kantons Zürich – samt Taxpunktwert von Fr. 0.89 und den weiteren Modalitäten – bis 31. Dezember 2017 verlängert.

Mit Beschluss Nr. 1227/2017 vom 20. Dezember 2017 hat der Regierungsrat des Kantons Zürich für die Dauer der Genehmigungs- oder Festsetzungsverfahren betreffend die Abgeltung ambulanter Leistungen nach TARMED zwischen der AGZ und den Krankenversicherern für die Zeit ab 1. Januar 2018 vorsorglich einen provisorischen Taxpunktwert von Fr. 0.89 festgesetzt. Mit Beschluss Nr.

444/2022 vom 16. März 2022 hat der Regierungsrat des Kantons Zürich für die ambulanten Leistungen der obligatorischen Krankenpflegeversicherung, die nach TARMED abgerechnet werden, für die freipraktizierenden Ärztinnen und Ärzte im Kanton Zürich einerseits und die von der CSS Kranken-Versicherung AG, der Einkaufsgemeinschaft HSK AG und der tarifsuisse

ag vertretenen Versicherer andererseits mit Wirkung ab 1. Januar 2018 einen TARMED-Taxpunkt wert von Fr. 0.91 festgesetzt.

E. 2.7

Der TARMED ist der Einzelleistungstarif zur Rechnungstellung von ambulanten, ärztlichen Leistungen in der Schweiz, nach dem KVG. Die Leistungsbewertung und Beschreibung der einzelnen Tarifpositionen umfasst pro Position verschiedene Parameter, zu denen auch die qualitative Dignität zählt. Diese beschreibt die notwendige fachliche Qualifikation, damit die Tarifposition verrechnet werden darf. Zur Beschreibung der qualitativen Dignität werden Facharzttitel, Schwerpunkte oder Fähigkeitsausweise verwendet. Die Vereinbarung von Dignitäten erfolgt gestützt auf die Ausnahmebestimmung gemäss Art. 43 Abs. 2 lit. d KVG (Urteil des Bundesgerichts 2C_39/2018 vom 18. Juni 2019 E. 5.2 ; Kuhn/

Rusca / Stettler , Rechtsfragen der Arztpraxis, in: Kuhn/ Poledna [Hrsg.], *Arztrecht in der Praxis*, 2. Aufl. 2007, S. 282). Gemäss dieser Bestimmung, kann der Tarif zur Sicherung der Qualität die Vergütung bestimmter Leistungen ausnahmsweise von Bedingungen abhängig machen, welche über die Voraussetzungen nach den Art. 36–40 KVG hinausgehen, wie namentlich vom Vorliegen der notwendigen Infrastruktur und der notwendigen Aus ? , Weiter- oder Fortbildung eines Leistungserbringers (Tarifausschluss).

E. 2.8

), g emäss Ziff. 10 GI Leistungen nur durch diejenigen Fachärzte abgerechnet werden können , welche die in den einzelnen Leistungen des TARM E D festgehaltenen qualitativen Dignitätsanforderungen erfülle n, können die Leistungen

gemäss der Tarifposition 08.2760

daher nur dann abgerechnet werden, wenn sie von Fachärztinnen oder Fachärzten für Ophthalmologie erbracht wurden, welche über die qualitative Dignität

Ophthalmologie verfügten. 5. 3

Mit Verfügung vom 31. August 2018 hat das EDI den Weiterbildungsgang Ophthalmologie des SIWF akkreditiert (vgl. vorstehend E.

E. 2.9

Das Medizinalberufegesetz (MedBG) umschreibt gemäss Art. 1 Abs. 3 lit . b unter anderem die Voraussetzungen für das Erlangen eines eidgenössischen Diploms und eines eidgenössischen Weiterbildungstitels in den universitären Medizinalberufen . Gemäss Art. 36 Abs. 1 lit . a MedBG wird die Bewilligung zur privat wirtschaftlichen Berufsausübung in eigener fachlicher Verantwortung erteilt, wenn der Gesuchsteller ein entsprechendes eidgenössisches Diplom besitzt. Wer den Arztberuf privatwirtschaftlich in eigener fachlicher Verantwortung ausüben will, braucht zusätzlich einen eidgenössischen Weiterbildungstitel (Art. 36 Abs. 2 MedBG).

Gemäss Art. 5 Abs. 2 MedBG bestimmt der Bundesrat die eidgenössischen Weiterbildungstitel für die universitären Medizinalberufe , für deren privatwirtschaft liche Berufsausübung in eigener fachlicher Verantwortung eine Weiterbildung nach dem MedBG erforderlich ist. Die eidgenössischen Weiterbildungstitel im Bereich der Humanmedizin werden gemäss Art. 2 der Verordnung vom 27. Juni 2007 über Diplome, Ausbildung, Weiterbildung und Berufsausübung in den universitären Medizinalberufen (Medizinalberufeverordnung , MedBV) abschlies send im Anhang 1 zur MedBV aufgeführt. Die Weiterbildungsgänge, die zu einem eidgenössischen Weiterbildungstitel führen, müssen akkreditiert werden (Art. 23 Abs. 2 MedBG). Zuständig für die Akkreditierung von Weiterbildungsgängen, die zu einem eidgenössischen Weiterbildungstitel führen, ist das Departement (Art.

47 Abs. 2 MedBG). Der entsprechende eidgenössische Weiterbildungstitel wird durch die für den akkreditierten Weiterbildungsgang verantwortliche Organi sation erteilt (Art. 20 MedBG). Gemäss Art. 2 Abs. 1 MedBV werden insbesondere die folgenden eidgenössischen Weiterbildungstitel erteilt: Prak tische Ärztin oder Praktischer Arzt (lit . a) und Fachärztin oder Facharzt (lit . b). 2. 10

Demgegenüber wird die ärztliche Weiterbildung für die eidgenössisch aner kannten Weiterbildungstitel von der FMH getragen und ist in der Weiter bildungsordnung des SIWF

(Schweizerisches Institut für ärztliche Weiter- und Fortbildung) und der FMH vom 21. Juni 2000, in der revidierten Fassung vom 19. Dezember 2019 (WBO-FMH), geregelt.

Gemäss Art. 1 regelt die WBO-FMH im Rahmen und in Ergänzung zum MedBG und der dazugehörigen Verordnung die Grundsätze der ärztlichen Weiterbildung und die Voraussetzungen für den Erwerb von Weiterbildungstiteln. Die Weiterbildung wird als die Tätigkeit des Arztes nach erfolgreich beendetem Medizin studium definiert, mit dem Ziel, einen Facharztstitel als Ausweis für die Befähigung zur kompetenten ärztlichen Tätigkeit auf einem Fachgebiet zu erwerben (Art. 2 WBO-FMH). Der Facharztstitel ist die Bestätigung für eine abgeschlossene, strukturierte und kontrollierte Weiterbildung in einem Fach gebiet der klinischen oder nicht klinischen Medizin. Sein Inhaber hat die im entsprechenden Weiterbildungs programm geforderte Weiterbildung absolviert und besondere Kenntnisse und Fertigkeiten im gewählten Fachgebiet erworben (Art. 12 Abs. 1 WBO-FMH).

Nach der Rechtsprechung (Urteil des Bundesgerichts 2C_39/2018 vom 18. Juni 2019 E. 3.7) regelt das MedBG nur Weiterbildungen, die zu einem eidgenössischen Weiterbildungstitel führen. Diese werden abschliessend durch den Bundesrat festgelegt (Art. 5 Abs. 2 MedBG und Art. 2 MedBV in Verbindung mit Anhang 1 zur MedBV) und unterliegen einer Akkreditierungspflicht. Schwerpunkte und andere Fähigkeitsausweise, die von der FMH gestützt auf die WBO-FMH angeboten werden, werden im MedBG nicht geregelt und auch nicht akkreditiert. Mangels Akkreditierung oder einer spezifischen gesetzlichen Grundlage unter liegen sie daher nicht der Aufsicht des Bundes und können von der FMH jederzeit geändert oder aufgehoben werden (Urteil des Bundesgerichts 2C_39/2018 vom 18. Juni 2019 E. 7).

E. 2.12

) . Gemäss

diese s

Weiterbildungs programms für Fachärztinnen und Fachärzte der Ophthalmologie (vgl. vorstehend E. 2.12) kann zum Facharztstitel Ophthalmologie ein privat rechtlicher Schwerpunkt Ophthalmochirurgie erworben werden. Als privatrecht liche Weiterbildung beziehungsweise qualitative Dignität kann sie nicht akkreditiert werden.

Die Voraussetzungen für den Erwerb des Schwerpunkt es

Ophthalmochirurgie sind in Anhang 1 des Weiterbildungsgang es Ophthalmologie des SIWF geregelt , wobei, wie bereits erwähnt (vorstehend E. 2.11), ge mäss

Art. 33 Abs. 3 in Verbindung mit Art. 7 Abs. 1 lit . b WBO-FMH die Titelkommission de s SIWF

den Schwerpunkt Ophthalmochirurgie

auch bei Vorliegen eines gleichwertigen ausländischen Diploms und bei einer vollständig im Ausland absolvierten Weiterbildung zu m Schwerpunkt erteilen kann. 5. 4

Gemäss dem Auszug aus dem Medizinalberuferegister des Bundes (www.medregom.admin.ch ; abgerufen am 4. Oktober 2024) verfügt Dr. med. Y.____ über einen Titel als Facharzt für Ophthalmologie, welcher ihm am 6.

November 2013 in Deutschland erteilt wurde und welcher von der MEBEKO am 11. März 2014 für die Schweiz anerkannt wurde. Zudem verfügt Dr. Y.____ über eine privatrechtliche

Weiterbildung im Sinne eines Fähigkeitsausweises (SIWF) für Laserbehandlungen der Haut und der hautnahen Schleimhäute (FMCH), welcher ihm am 15. März 2020 erteilt wurde. Eine weitere private Weiterbildung und insbesondere ein Schwerpunkt in Ophthalmochirurgie ist dem Auszug aus dem Medizinalberuferegister

für Dr. Y.____ indes nicht zu entnehmen.

Gemäss Art. 5 Abs. 2 lit. a der Registerverordnung MedBG wäre indes die SIWF als die für die Weiterbildung der Ärztinnen und Ärzte verantwortliche Organisation verpflichtet gewesen, den Schwerpunkt Ophthalmochirurgie

im Medizinalberuferegister einzutragen, da es sich um eine private Weiterbildungsqualifikation im Sinne einer qualitativen Dignität handelt, die für die Abrechnung von Leistungen nach dem KVG benötigt wird. Auf Grund des Umstandes, dass für Dr. Y.____

kein solcher Eintrag aufgeführt ist, hat ohne Weiteres als erstellt zu gelten, dass Dr. Y.____ im fraglichen Zeitraum nicht über eine qualitative Dignität Ophthalmochirurgie verfügte, welche für die Abrechnung von Leistungen gemäss der TARMED-Tarifposition 08.2760 im Rahmen der obligatorischen Krankenpflegeversicherung erforderlich gewesen wäre.

E. 2.15

).

Die Daten

sind gemäss Art. 10 Abs. 1 in Verbindung mit Anhang 1 der Registerverordnung MedBG öffentlich zugänglich und über das Internet oder auf Anfrage hin zugänglich. Im Anhang 1 der Registerverordnung MedBG gekennzeichnete Daten sind auf Anfrage hin öffentlich zugänglich (Art. 10 Abs. 2 der Registerverordnung MedBG).

E. 3

.

Am 8. Dezember 2020 fand eine Sühnverhandlung in Anwesenheit der Parteien statt, die zu keiner Einigung der Parteien führte (Protokoll S. 4).

E. 3.1

Die Klägerin erhob gegen die Beklagte eine Leistungsklage auf Rückerstattung eines Betrags von insgesamt Fr. 161'063.28 für im Zeitraum vom 11. März 2015 bis 19. Juni 2019 erbrachte und vom

E. 3.2

). 9.

E. 4

.

Mit Verfügung vom 9. Dezember 2020 (Urk. 19) wurde den Klägerinnen

Frist angesetzt, um die Klagebegründung zu ergänzen und weitere Beweismittel einzureichen oder zu benennen.

E. 4.1

In de n

von de r Klägerin ins Recht gelegte n Ausz ü g en aus ihrem Abrech nungssystem vom 3. April 2020 (Urk. 2/5 und Urk. 26/12) sind sämtliche der Beklagten vergüteten ophthalmochirurgische n

Behandlungen im Sinne der TARMED-Tarifposition 08.2760 (Extractio

lentis / Phakoemulsifikation , inklusive Implantation eine r künstlichen Linse und Einsetzen eines Kapselspannrings), welche in der Zeit vom 11. März 2015 bis 19. Juni 2019 von Dr. Y.____

durchgeführt wurden (vgl. Urk. 1 S. 9) , aufgeführt, wobei für die einzelnen Leistungen jeweils sowohl die Behandlungsda ten, die Name n der versicherten Person en und die in Rechnung gestellten und vergüteten Beträge aufgelistet sind .

E. 4.2

), ausschliesslich um Leistungen

gemäss

der TARMED-Tarifposition 08.2760 handelt , welche in der Zeit vom 11. März 2015 bis 19. Juni 2019 von Dr. Y.____ als behandelndem Arzt erbracht wurden .

E. 5

.

Mit Eingabe vom 23. Februar 2021 (Urk. 25) hielten die Klägerinnen an ihrem klageweise gestellten Rechtsbegehren vom 9. Dezember 2020 fest, ergänzten ihre Klageschrift (S. 2 f.) und reichten verschiedene Unterlagen ein (Urk. 26/8-17), darunter eine Aufstellung der Rechnungsangaben in Tabellenform (Urk. 26/12), welche den Rechnungsangaben entspreche, die sie von der Beklagten erhalten habe, womit die klageweise gel tende gemachte Rückerstattungsforderung genü gend substantiiert werde (Urk. 25 S. 5).

E. 5.1

Den eingereichten Auszügen aus dem Abrechnungssystem der Klägerin vom 3.

April 2020 (Urk. 2/5) ist - entgegen der Auffassung der Beklagten (Urk. 32 S. 4 f.) - hinreichend substantiiert zu entnehmen, dass es sich bei den streitgegen ständlichen Leistungen, wie bereits erwähnt (vorstehend E.

E. 5.2

Gemäss der Tarifstruktur TARMED (gültig ab 1. Januar 2018; einsehbar unter www.bag.admin.ch

unter dem entsprechenden Suchbegriff) handelt es sich bei der Tarifposition 08.2760 um Extractio

lentis / Phakoemu l sifikation , inklusive Implantation einer künstlichen Linse und Einsetzung eines Kapselspannrings. Dafür wird die qualitative Dignität Ophthalmochirurgie vorausgesetzt. Da, wie bereits erwähnt (vorstehend E.

E. 5.2.1

und 5.2.2). In einem solchen Fall muss der gute Glaube des Versicherten geschützt werden, und es muss ihm die erforderliche Zeit eingeräumt werden, um seine Dispositionen

anzupassen und zu ändern. Dies bedeutet, dass der Krankenversicherer in einem solchen Fall seine Leistungspraxis so lange nicht ändern darf, als die versicherte Person, welche den Fehler nicht kannte und ihn auch nicht kennen musste, ihre Dispositionen nicht entsprechend anpassen konnte (Urteil des Bundesgerichts K 141/01 vom 18. Juni 2003 E. 6.1). Eine Praxisänderung durch den Krankenversicherer darf in diesem Fall daher nur pro futuro (ex nunc) und nicht rückwirkend erfolgen (Urteil des Bundesversicherungsgerichts

9C_918/2007 vom 14.

Januar 2009 E. 3.3 und K

107/05 vom 25.

Oktober 2005 E. 3.4.1). Der Grundsatz von Treu und Glauben im Sinne des öffentlichrechtlichen Vertrauensschutzes bei unrichtigen behördlichen Auskünften kann sodann gebieten, dass ein Arzt vor der Geltendmachung einer Rückforderung wegen Überarztung auf die Unwirtschaftlichkeit seiner Behandlungsweise aufmerksam gemacht wird (Urteil des Bundesgerichts 9C_67/2018 vom 20. Dezember 2018 E. 9 mit Hinweis). 12.4

Keinen Vertrauensschutz kann beanspruchen, wer nicht selber die zur Wahrung seiner Rechte notwendigen Schritte unverzüglich unternommen hat, die ihm Treu und Glauben geboten hätten. Das Mass der pflichtgemässen Sorgfalt bestimmt sich nach den Umständen des Einzelfalles, wobei dem Bürger umso eher eine Rückfrage zuzumuten ist, je unklarer Sinn und Bedeutung einer behördlichen Auskunft sind. Wer trotz sich aufdrängender Zweifel ohne Rückfrage eine ihm erteilte Auskunft in dem für ihn günstigen Sinne auslegt, ist nicht gutgläubig und kann sich deshalb nicht auf den aus dem Grundsatz von Treu und Glauben fliessenden Vertrauensschutz berufen (Urteil des Bundesgerichts 8C_804/2010 vom 7. Februar 2011 E. 6.1). 12.5

Die Beklagte machte im Wesentlichen geltend, sie habe während Jahren von der Klägerin keine Beanstandungen erhalten, weshalb sie sich auf deren Verhalten verlassen habe. Es sei eine Art Vertrauensverhältnis entstanden

(Urk. 32 S. 6). Dr. Y. ___ sei es zudem nicht bewusst

gewesen, dass er nicht über die erforderliche qualitative Dignität verfügt habe und er deshalb (Leistungen gemäss der Tarifposition 08.2760) nicht hätte abrechnen dürfen (Urk. 8 S. 4). Die Klägerin nahm zur Frage nach dem Vertrauensschutz nicht Stellung (Urk. 5, Urk.

25). 12.6

Vorliegend hat die Klägerin Leistungen zu Unrecht vergütet, welche in der Zeit

vom 18. Mai 2018 bis 19. Juni 2019 und somit über einen mehr als dreimonatigen Zeitraum hinaus erbracht wurden (Urk. 2/5, Urk. 26/12). Dieses Verhalten

kann

als vorbehaltlose Auskunft einer Behörde in einer konkreten Situation mit Bezug auf bestimmte Personen gesehen werden. Die Klägerin war zudem auch die zuständige Instanz

zur Ausrichtung der streitigen Vergütungen.

E. 5.3

) erst ab dem 1. Januar 2018 verpflichtet, privatrechtlichen Weiterbildungsqualifikationen, die für die Abrechnung von Leistungen nach dem KVG benötigt werden, und damit auch den privatrechtlichen Schwerpunkt

Ophthalmochirurgie im Medizinalberuferegister einzutragen (vorstehend E.

E. 5.4

).

E. 5.5

Der Beklagten ist daher nicht zu folgen, wenn sie gestützt auf die eingereichten Unterlagen zu der von Dr. Y.____

seit Erwerb des Facharztstitels bis im Dezember 2018 ausgeführten

Behandlungen

als Ophthalmologe (Urk. 9/2) geltend machen will, dass Dr. Y.____

über eine qualitative Dignität für Ophthalmochirurgie verfügt habe, weil er im Ausland gleichwertige Schwerpunkttätigkeiten absolviert habe. Obwohl den Eingaben der Beklagten nicht zu entnehmen ist, ob Dr. Y.____ bei der Titelkommission des

SIWF

jemals

einen - allenfalls ergebnislos verlaufenen - Antrag auf Erteilung des Schwerpunktes

Ophthalmochirurgie

und auf Anerkennung einer im Ausland absolvierten Weiterbildung gestellt hat, ändert dies nichts daran, dass Dr. Y.____ im streitigen Zeitraum nicht über einen Schwerpunkt beziehungsweise

eine qualitative Dignität in Ophthalmochirurgie verfügte. Daher bestand für die von Dr. Y.____ ausgeführten Leistungen gemäss der TARMED-Tarifposition 08.2760 für die Zeit vom 11. März 2015 bis

E. 6

.

Mit Klageantwort vom 25. Juni 2021 (Urk. 32) hielt die Beklagte an ihrem Antrag auf Abweisung der Klage

fest, soweit darauf einzutreten sei (S. 2).

E. 6.1

Obwohl das ATSG gemäss Art. 1 Abs. 2 lit. e KVG auf die Verfahren vor dem kantonalen Schiedsgericht grundsätzlich nicht anwendbar ist (vorstehend E. 1.3), ist Art. 25 Abs. 1 ATSG gemäss der Rechtsprechung auf den Rückforderungsanspruch eines Krankenversicherers gegenüber einem Leistungserbringer heranzuziehen.

Insbesondere sind gemäss der Rechtsprechung sowohl die Regelung zur Rückerstattung unrechtmässig bezogener Leistungen nach Art.

25 Abs. 1 ATSG, wonach eine verfahrensrechtliche Revision (vgl. Art. 53 Abs. 1 ATSG) oder eine Wiedererwägung (vgl. Art. 53 Abs. 2 ATSG) der Ausrichtung der fraglichen Leistungen vorausgesetzt werden (BGE 130 V 318 E.

5.2), als auch die Regelung beziehungsweise die Bemessung der Verwirkungsfrist gemäss Art. 25 Abs. 1 ATSG anzuwenden (BGE 133 V 579 E. 4.2 f. und 138 V 426 E. 5.2.1 ; Urteil des Bundesgerichts 9C_201/2023 vom 3. April 2024 E. 9.1, nicht veröffentlicht in BGE 150 V 178).

Gemäss der Rechtsprechung (Urteil des Bundesgerichts 9C_258/2010 vom 30. November 2011 E. 5.4) gilt die Bestimmung von Art. 56 Abs. 2 Satz 2 KVG , wonach eine dem Leistungserbringer zu Unrecht bezahlte Vergütung zurückgefordert werden kann , nicht nur für Rückforderungen wegen unwirtschaftlicher Behandlung , sondern auch für andere Fälle, in denen Leistungen ungerechtfertigt bezogen wurden , und findet demnach auch für die vorliegenden Sachlage Anwendung . 6. 2

Gestützt auf Art. 25 ATSG ist daher zunächst die von der Beklagten geltend gemachte Verwirkung zu prüfen.

Nach Art. 25 Abs. 2 ATSG erlischt der Rückforderungsanspruch drei Jahre, nachdem die Versicherungseinrichtung davon Kenntnis erhalten hat, spätestens aber fünf Jahre seit der Auszahlung der einzelnen Leistung. Bei diesen Fristen handelt es sich um Verwirkungsfristen. Unter dem Ausdruck «nachdem die Versicherungseinrichtung davon Kenntnis erhalten hat» ist der Zeitpunkt zu verstehen, in dem die Verwaltung bei Beachtung der ihr zumutbaren Aufmerksamkeit hätte erkennen müssen, dass die Voraussetzungen für eine Rückerstattung bestehen, oder mit andern Worten, in welchem sich der Versicherungsträger hätte Rechenschaft geben müssen über Grundsatz, Ausmass und Adressat des Rückforderungsanspruchs. Ist für die Leistungs festsetzung (oder die Rückforderung) das Zusammenwirken mehrerer mit der Durchführung der Versicherung betrauter Behörden notwendig, genügt es für den Beginn des Fristenlaufs, dass die nach der Rechtsprechung erforderliche Kenntnis bei einer der zuständigen Verwaltungsstellen vorhanden ist (BGE 146 V 217 E.

E. 6.3

Art. 25 Abs. 2 Satz 1 aATSG , in der bis 31. Dezember 2020 gültig gewesen Fassung, lautete folgendermassen : «Der Rückforderungsanspruch erlischt mit dem Ablauf eines Jahres, nachdem die Versicherungseinrichtung davon Kenntnis erhalten hat, spätestens aber mit dem Ablauf von fünf Jahren nach der Entrichtung der einzelnen Leistung». Gemäss der Übergangsbestimmung zur Änderung des ATSG vom 21. Juni 2019 von Art. 82a ATSG, gilt für im Zeitpunkt des Inkrafttretens der Änderung beim erstinstanzlichen Gericht hängige Beschwerden das bisherige Recht. Eine mit Art. 49 des Schlusstitels des Schweizerischen Zivilgesetzbuches (SchlT ZGB) vergleichbare Übergangsbestimmung zur Revision der Verjährungsbestimmungen enthält das ATSG indes nicht. Fehlt im Gesetz eine Übergangsbestimmung, hat das Gericht zu prüfen, welche Übergangsordnung zu treffen ist, wobei es aufgrund allgemeiner Übergangsrechtlicher Grundsätze entscheidet (BGE 131 V 425 E. 5.1). Nach der Rechtsprechung sind die Verjährungs- oder Verwirkungsbestimmungen des neuen Rechts auf altrechtliche Ansprüche anwendbar,

sofern diese vor dem Inkrafttreten des neuen Rechts entstanden und fällig, aber vor diesem Zeitpunkt noch nicht verjährt oder verwirkt sind (BGE 131 V 425 E. 5.2). Damit übereinstimmend bestimmt Art. 49 Abs. 1 SchlT ZGB für die Verjährungsbestimmungen des Zivilrechts, dass, wenn das neue Recht eine längere Frist als das bisherige Recht vorsieht, das neue Recht gilt, sofern die Verjährung nach bisherigem Recht noch nicht eingetreten ist.

Demzufolge ist vorliegend davon auszugehen, dass Art. 25 Abs. 2 ATSG, in der ab 1. Januar 2021 geltenden Fassung, anzuwenden ist, wenn am 31. Dezember 2020 die Verwirkung in Anwendung von Art. 25 Abs. 2 ATSG, in der bis 31.

Dezember 2020 gültig gewesen Fassung, noch nicht eingetreten war .

E. 6.4

Art. 25 Abs. 1 ATSG knüpft die Rückerstattungspflicht an einen unrechtmässigen Leistungsbezug an. Eine Rückforderung rechtsbeständig zugesprochener Leistungen unterliegt den üblichen Rückkommensvoraussetzungen der prozessualen Revision (Art. 53 Abs. 1 ATSG) oder der Wiedererwägung wegen zweifelloser Unrichtigkeit und erheblicher Bedeutung der Berichtigung (Art. 53 Abs. 2 ATSG) unabhängig davon, ob die zur Rückforderung Anlass gebenden Leistungen förmlich oder formlos verfügt worden sind (BGE 142 V 259 E. 3.2, 129 V 110 E. 1.1; vgl. Urteil des Bundesgerichts 9C_790/2018 vom 9. April 2019 E. 4.1). 6. 5

Die der Beklagten von der Klägerin im streitigen Zeitraum vom 17. Juni 2015 bis

E. 6.6

Gemäss der Rechtsprechung ist unter dem Ausdruck «nachdem die Versicherungseinrichtung davon Kenntnis erhalten hat» in Art. 25 Abs. 2 Satz 1 ATSG der Zeitpunkt zu verstehen, in dem die Verwaltung bei Beachtung der ihr zumutbaren Aufmerksamkeit hätte erkennen müssen, dass die Voraussetzungen für eine Rückerstattung bestehen, oder mit andern Worten, in welchem sich der Versicherungsträger hätte Rechenschaft geben müssen über Grundsatz, Ausmass und Adressat des Rückforderungsanspruchs. Ist für die Leistungsfestsetzung (oder die Rückforderung) das Zusammenwirken mehrerer mit der Durchführung der Versicherung betrauter Behörden notwendig, genügt es für den Beginn des Fristenlaufs, dass die nach der Rechtsprechung erforderliche Kenntnis bei einer der zuständigen Verwaltungsstellen vorhanden ist (BGE 146 V 217 E. 2.1). Entscheidend für die Frage, in welchem Zeitpunkt die Verwaltung Kenntnis über Bestand und Umfang des Rückforderungsanspruchs haben muss, sind gemäss der Rechtsprechung die jeweiligen Umstände im Einzelfall. Von einem Beginn der einjährigen Verwirkungsfrist gemäss Art. 25 Abs. 2 a ATSG ist frühestens zu dem Zeitpunkt auszugehen, zu dem die Verwaltung um das definitive Ergebnis der Abklärungen betreffend die Rückforderung weiss (Urteil des Bundesgerichts 9C_195/2014 vom 3. September 2014 E. 4.2). Die Verwaltung muss über alle Elemente verfügen, die im konkreten Fall entscheidend sind und deren Kenntnis den Rückforderungsanspruch gegen die rückerstattungspflichtige Person dem Grunde und dem Umfang nach begründet (BGE 146 V 217 E. 2.1). Verfügt die Verwaltung über Anhaltspunkte, die auf das Bestehen eines Rückerstattungsanspruchs hindeuten, reichen die verfügbaren Elemente aber noch nicht aus, um diesen zu begründen, muss sie indes innerhalb einer angemessenen Frist die notwendigen Abklärungen vornehmen (Urteile des Bundesgerichts 9C_252/2022 vom 15. Mai 2023 E. 6.2 und 9C_454/2012 vom 18. März 2013 E. 4, nicht veröffentlicht in BGE 139 V 106).

E. 6.7

Beruhet die unrechtmässige Leistungsausrichtung auf einem Fehler der Verwaltung, wird die einjährige relative Verwirkungsfrist gemäss Art. 25 Abs. 2 erster Satz ATSG nicht durch das erstmalige unrichtige Handeln der Amtsstelle ausgelöst, sondern erst beim sogenannten «zweiten Anlass». Es ist auf jenen Tag abzustellen, an dem die Verwaltung später - beispielsweise anlässlich einer Rechnungskontrolle oder aufgrund eines zusätzlichen Indizes - unter Anwendung der ihr zumutbaren Aufmerksamkeit ihren Fehler hätte erkennen müssen und hätte erkennen müssen, dass die Voraussetzungen für eine Rückerstattung bestehen (BGE 148 V 217 E. 5.1.2, 146 V 217 E. 2.2, 139 V 570 E. 3.1 und 124 V 380 E. 1).

E. 6.8

Gemäss der Rechtsprechung ist indes bereits die zumutbare Kenntnisnahme fristauslösend, wenn sich die Unrechtmässigkeit der Leistungserbringung direkt aus den Akten ergibt, mithin hinsichtlich des Rückforderungstatbestandes kein Abklärungsbedarf (mehr) besteht (Urteil des Bundesgerichts 9C_201/2023 vom 3.

April 2024 E. 2.2.2, nicht veröffentlicht in BGE 150 V 178). Demzufolge ist es der Verwaltung praxisgemäss

gestützt auf die Publizitätswirkung des Handelsregisters (Art. 932 f. des Obligationenrechts [OR]) verwehrt, einzuwenden, eine Dritten gegenüber wirksam gewordene Eintragung im Handelsregister nicht gekannt zu haben. Die Verwaltung muss sich vielmehr die Publizitätswirkung des Handelsregisters und die Bekanntmachungen daraus im Schweizerischen Handelsamtsblatt von Anfang an entgegenhalten lassen. Diesbezüglich beginnt die Verwirkungsfrist daher von Anfang an zu laufen und es bedarf

keines späteren, zweiten Anlasses für den Beginn der einjährigen relativen Verwirkungsfrist gemäss Art. 25 Abs. 2 Satz 1 ATSG (BGE 122 V 270 E. 5b/aa; Urteile des Bundesgerichts 8C_6/2021 vom 14. April 2021 E. 4.3, 8C_652/2012 vom 6.

Dezember 2012 E. 6, 8C_719/2009 vom 10. Februar 2010 E. 4, 8C_527/2007 vom 5. März 2008 E. 3.1 und C 238/03 vom 15. März 2004 E. 2.1). 7.

E. 7

Mit Replik vom 6. September 2021 (Urk. 35) hielten die Klägerinnen an ihrem gestellten Rechtsbegehren fest (S. 2) und machten unter anderem geltend, dass sie den Rückforderungsanspruch mit der Einreichung einer Aufstellung der Rechnungsangaben in Tabellenform genügend substantiiert hätten (S. 3).

E. 7.1

Die Klägerin machte geltend, dass anhand der von der Beklagten ausgestellten Rechnungen nicht zu erkennen gewesen sei, dass die in Rechnung gestellten Tarmed Tarifpositionen 08.2760 von Dr. Y.____ als behandelndem Arzt erbracht worden seien. Denn die Abrechnungen seien stets unter Angabe der ZSR-Nummer der Beklagten erfolgt. Die Beklagte habe auf den Rechnungen lediglich die GLN-Nummer des behandelnden beziehungsweise ausführenden Arztes Dr. Y.____ aufgeführt, nicht jedoch dessen ZSR-Nummer. Sodann habe sie stets die GLN-Nummer der Beklagten unter der Rubrik des verantwortlichen Arztes angegeben. Auf Grund lediglich der Angabe der GLN-Nummer

des behandelnden Arztes auf der Rechnung sei es bei der Rechnungsprüfung nicht möglich gewesen, die qualitative Dignität von Dr. Y.____ zu prüfen (Urk. 1 S. 5 f.). Sie, die Klägerin, habe

im Rahmen einer zufälligen stichprobenartigen Überprüfung der Leistungsabrechnungen, welche erst unmittelbar vor dem Verfassen des Schreibens vom 10. April 2019 an die Beklagte, durchgeführt worden sei, Kenntnis von der fehlenden qualitativen Dignität in Ophthalmochirurgie von Dr. Y.____

erhalten (Urk. 1 S. 5 und Urk. 25 S. 7). Obwohl die GLN-Nummer von Dr. Y.____ grundsätzlich auf sämtlichen streitigen Rechnungen aufgeführt gewesen sei, sei dessen GLN-Nummer, soweit die Rechnungen in Papierform

eingereicht worden seien, bei der Digitalisierung beziehungsweise dem Einscannen der Rechnungen nicht in ihr Abrechnungssystem überführt worden (Urk. 25 S. 9 mit Hinweis auf Urk. 26/15).

E. 7.2

Die Beklagte brachte hiegegen vor, dass die GLN-Nummer von Dr. Y.____ auf sämtlichen Rechnungen aufgeführt gewesen sei, weshalb es der Klägerin im Rahmen der Rechnungsprüfung möglich und zuzumuten gewesen sei, dabei die qualitative Dignität von Dr. Y.____

zu überprüfen (Urk. 8 S. 6 f.). Die Klägerin

hätte insbesondere mittels der GLN-Nummer von Dr. Y.____

eine Anfrage an die Paritätische Kommission Dignität und Spartenanerkennung der FMH (PaKoDig)

stellen können. Auf diese Weise hätte sie Kenntnis erhalten können, ob Dr. Y.____ über die erforderliche qualitative Dignität verfügt hat oder nicht (Urk. 32 S. 8).

E. 7.3

Der Regierungsrat hat mit Beschluss Nr. 139/2016 vom 17. Februar 2016 den Regionalen Anschlussvertrag (AV ; am 1. Januar 2016 in Kraft getreten) zum nationalen Rahmenvertrag TARMED vom 14. November 2015 zwischen der AGZ und unter anderem der Helsana Versicherungen AG (HSK -Versicherer) betreffend «Vergütung ambulanter Leistungen

in der Arztpraxis (TARMED)» genehmigt.

E. 7.4

Gemäss Art. 13 Abs. 5 AV hat die Rechnung die folgenden Angaben zu enthalten: a)

Name und Adresse des Arztes bzw. der Einrichtung, die ZSR-Nr. und die GLN-Nr. b)

Name, Adresse , Geburtsdatum und - soweit vorhanden - die Versicherten-Nummer des Patienten c)

Grund der Behandlung (Krankheit, Unfall, Mutterschaft und Geburtsgebrechen) d)

Kalendarium der Leistungen e)

Tarif, Tarifziffer und Tarifbezeichnung f)

Taxpunkte, Taxpunktwerte, Gesamtbetrag pro Tarifposition g)

Diagnosen nach dem vereinbarten Diagnose-Code entsprechend den gesetzlichen Vorgaben h)

Bezeichnung von Nichtpflichtleistungen gemäss KVG i)

Rechnungsdatum und Rechnungsnummer j)

GLN-Nr. des behandelnden Arztes .

Art. 13 Abs. 5 lit . a AV setzt daher voraus, dass gemeinsame ZSR- und GLN- Nummern für eine Einrichtung beziehungsweise für mehrere Ärzte grundsätzlich möglich sind . Indes sind gemäss

Art. 13 Abs. 5 lit . a und j AV in der Rechnung nicht nur die ZSR- und GLN-Nummer der Einrichtung, sondern zusätzlich auch die GLN-Nummer des behandelnden Arztes anzugeben (vgl. auch BGE 135 V 237 E. 4.6.5) . 7. 5

Nach Gesagtem bestritt die Beklagte nicht , wie bereits erwähnt (vorstehend E.

E. 7.5

), hätte die Klägerin jedenfalls für die Zeit ab 1. Januar 2018 jederzeit die von Dr. Y.____ absolvierten Weiterbildungen im Medizinalberuferegister abfragen können. Dabei hätte sie ohne Weiteres erkennen können, dass Dr. Y.____ nicht einen Weiterbildungs-Schwerpunkt Ophthalmochirurgie absolviert hatte und demzufolge nicht über eine entsprechende qualitative Dignität verfügte. 8. 6

Da sich die Klägerin auf Grund der Publizitätswirkung des

Medizinalberuferegisters die Einträge entgegenhalten lassen muss , ist von einem Beginn der einjährigen relativen Verwirkungsfrist gemäss Art. 25 Abs . 1 a ATSG

am 1. Januar 2018 auszugehen. 8. 7

Demgegenüber handelt es sich bei dem von der PaKoDig der FMH geführten Datenbank zu den absolvierten Weiterbildungen von Ärztinnen und Ärzten um eine privat geführte Datenbank und nicht um ein öffentliches Register mit Publizitätswirkung. Selbst wenn davon auszugehen wäre, dass die Klägerin bereits im Rahmen der Rechnungskontrolle die fehlende qualitative Dignität Ophthalmochirurgie bei der PaKoDig hätte in Erfahrung bringen können, was vorliegend offen gelassen werden kann, hätte es sich bei den nach unterlassener Anfrage bei der PaKoDig zu Unrecht ausgerichteten Vergütungen allenfalls lediglich um ein erstes Fehlverhalten der Klägerin gehandelt , welches recht sprechungsgemäss noch nicht fristauslösend war (vgl. vorstehend E. 6.6 6.7) . Insbesondere hatte die Klägerin keinen Anlass, daran zu zweifeln, dass Dr. Y.____ über die erforderliche qualitative Dignität verfügte

(Urteil des Bundesgerichts 9C_663/2023 vom 24. Juni 2024 E. 5.2.4, BGE 135 V 237 E. 2, 132 V 303 E.

4.3.2). Der Beklagten kann daher nicht gefolgt werden, wenn sie die Ansicht vertreten sollte, dass von einem Beginn der relativen Verwirkungsfrist bereits nach Eingang der streitigen Rechnungen beziehungsweise im Zeitpunkt der anschliessenden ersten Rechnungskontrolle auszugehen sei (vorstehend E.

E. 8

Mit Duplik vom 22. November 2021 (Urk. 39) hielt die Beklagte an ihrem Antrag auf Abweisung der Klage fest, soweit darauf einzutreten sei (S. 2), und machte geltend, dass die Klägerinnen die behaupteten Tatsachen nicht genügend substantiiert hätten, weil sie lediglich eine Aufstellung der Rechnungsangaben in Tabellenform und keine Leistungsabrechnungen eingereicht hätten (S. 3).

E. 8.1

Gemäss

Art. 1 des Anhangs 3 zum nationalen Rahmenvertrag TARMED « Vereinbarung betreffend Eröffnung Dignitätsdaten und Rechnungsstellung » führt die FMH die Dignitätsdatenbank gemäss dem Konzept Dignität TARMED 9.0 (Abs. 1).

Die für die Prüfung der Abrechnungsberechtigung benötigten Dignitätsdaten der Ärzte (qualitative Dignitäten, Abrechnungszertifikat, Zuerkennung überhöhter Leistungen, Besitzstandsgarantie) werden den Versicherern elektronisch zugänglich gemacht (Abs. 2).

Grundsätzlich erfolgt der Zugriff online über ein Web-Interface (...) (Abs. 3). Die Dignitätsprüfung wird durch eine zu Bürozeiten betriebene Hot-Line ergänzt und abgestützt (Abs. 4).

E. 8.2

Gemäss Art. 22 der Registerverordnung MedBG trat diese Verordnung am 1.

Januar 2018 in Kraft. Demzufolge war die MEBEKO ab 1. Januar 2018 verpflichtet, gemäss Art. 3 Abs. 1 der Registerverordnung MedBG

unter anderem die folgenden Daten zu den Medizinalpersonen in das Medizinalberuferegister einzutragen: - Name, Vornamen, frühere Namen (lit . a) - eidgenössische Diplome mit Ausstellungsdatum (lit . g) - anerkannte ausländische Diplome nach Artikel 15 Absatz 1 MedBG und anerkannte ausländische Weiterbildungstitel nach Artikel 21 Absatz 1 MedBG mit Ausstellungsdatum, Land der Erteilung sowie Datum der Anerkennung durch die MEBEKO (lit . h) - Gleichwertigkeitsbescheinigungen für Diplome und Weiterbildungstitel nach Artikel 36 Absatz 3 MedBG mit Ausstellungsdatum, Land der Erteilung sowie Datum der Gleichwertigkeitsbescheinigung durch die MEBEKO (lit . i) - nachgeprüfte ausländische Diplome und Weiterbildungstitel nach Artikel 35 Absatz 1 MedBG mit Ausstellungsdatum, Land der Erteilung sowie Datum der Nachprüfung (lit . j) - Diplome nach Artikel 33a Abs . 2 lit . a MedBG mit Ausstellungsdatum, Land der Diplomerteilung sowie Datum des Registereintrags (lit . k) - Personen-Identifikationsnummer (Global Location Number ; GLN ; lit . l).

Gemäss Art. 5 Abs. 2 und Anhang 1 der Registerverordnung MedBG

hat die für die Weiterbildung der Ärztinnen und Ärzte verantwortliche Organisation sodann die privatrechtlichen Weiterbildungsqualifikationen, die für die Abrechnung von Leistungen nach dem KVG benötigt werden, mithin privatrechtliche Fähigkeitsausweise

nach Anhang 2

der Registerverordnung MedBG, private rechtliche Weiterbildungstitel oder ? ausweise nach der Weiterbildungsordnung mit Datum der Erteilung sowie private rechtliche Schwerpunkte nach der Weiterbildungsordnung mit Datum der Erteilung

einzutragen (vgl. vorstehend E).

E. 8.3

In Anbetracht der Öffentlichkeit des Medizinalberuferegisters kommt den gemäss

Art. 10 Abs. 2 in Verbindung mit Anhang 1 der Registerverordnung MedBG öffentlich zugänglich und gemäss Art. 10 Abs. 1 der Registerverordnung MedBG

im Internet zugänglich gemachten Daten eine im Vergleich zu den gemäss Art. 936 Abs. 1 OR öffentlichen Einträgen im Handelsregister, welche gemäss Art. 936 Abs. 2 OR im Internet zugänglich zu machen sind, eine übereinstimmende beziehungsweise vergleichbare Publizitätswirkung zu. Demzufolge ist die erwähnte Rechtsprechung

zur Publizitätswirkung des Handelsregisters beim Beginn der relativen Verwirkungsfrist, wonach sich die Verwaltung die Publizitätswirkung des Handelsregisters und die Bekanntmachungen daraus im Schweizerischen Handelsamtsblatt von Anfang an entgegenhalten lassen muss, und wonach es bei den Eintragungen im Handelsregister für den Beginn der einjährigen relativen Verwirkungsfrist gemäss Art. 25 Abs. 2 Satz 1 ATSG keines späteren, zweiten Anlasses bedarf (vorstehend E. 6.8), auch für die erwähnten öffentlichen Einträge im Medizinalberuferegister analog anzuwenden.

E. 8.4

Demzufolge ist es der Verwaltung beziehungsweise dem Krankenversicherer auf Grund der Publizitätswirkung des Medizinalberuferegisters für die darin eingetragenen öffentlich zugänglichen Daten verwehrt, einzuwenden, eine öffentlich zugängliche, Dritten gegenüber wirksam gewordene Eintragung im Medizinalberuferegister

nicht gekannt zu haben. Der Krankenversicherer muss sich vielmehr die Publizitätswirkung des Medizinalberuferegisters

von Anfang an entgegenhalten lassen. Diesbezüglich beginnt die Verwirkungsfrist daher von Anfang an zu laufen und es bedarf keines zweiten Anlasses für den Beginn der einjährigen relativen Verwirkungsfrist gemäss Art. 25 Abs. 2 Satz 1 ATSG (vgl. vorstehend E. 6.8).

Dies gilt indes erst für die Zeit ab 1. Januar 2018. Denn die Registerverordnung MedBG ist am 1. Januar 2018 in Kraft getreten, weshalb die MEBEKO erst ab diesem Zeitpunkt verpflichtet war, die eidgenössischen Diplome, die anerkannten ausländischen Diplome und Weiterbildungstitel und Gleichwertigkeitsbescheinigungen im

Medizinalberuferegister einzutragen. Des Gleichen war das SIWF als die für die Weiterbildung der Ärztinnen und Ärzte verantwortliche Organisation (vorstehend E).

E. 8.5

Nach Gesagtem ist davon auszugehen, dass es ab 1. Januar 2018 möglich gewesen wäre, nicht nur die von Dr. Y.____

erlangten Diplome und Weiterbildungstitel , sondern auch dessen
privatrechtliche Weiterbildungsqualifikationen, die für die Abrechnung von Leistungen
nach dem KVG benötigt werden, wozu der Schwerpunkt Ophthalmochirurgie
gehört, im Medizinalberuferegister
im Rahmen einer Anfrage über das Internet
einzusehen .

Auf Grund des Umstandes , dass die GLN-Nummer von Dr. Y.____ auf sämtlichen
Rechnungen aufgeführt war (vorstehend E.

E. 9

Mit Verfügung vom 25. Juli 2023 (Urk. 40) wurde - infolge der zwischen zeit lichen Fusion
der beiden ursprünglichen Klägerinnen (vgl. vorstehend Ziff. 1) - der Helsana
Versicherungen AG als alleinige Klägerin von der Duplik der Beklagten (Urk. 39) Kenntnis
gegeben. Gleichzeitig wurde den Parteien die Gelegenheit eingeräumt, je eine Schieds
richterin oder einen Schiedsrichter dem leitenden Mitglied vorzuschlagen .

E. 9.1

Gemäss der Rechtsprechung genügt zur Fristwahrung der relativen Verwir kungsfrist von
Art. 25 Abs. 2 Satz 1 ATSG in Verbindung mit Art. 56 Abs. 2 KVG die Einreichung eines
Antrag s

bei der nach kantonalem Recht vorgesehenen gesetzliche n Vermittlungsbehörde oder bei
der tarifvertraglich vorgesehene n

vertraglichen Schlichtungsinstanz oder die Klageerhebung beim kantonale n Schiedsgericht
nach Art. 89 Abs. 1 KVG. Wenn kein obligatorisches Schlich tungsverfahren bei einer
gesetzlichen Vermittlungsbehörde oder einer tarifver traglich vorgesehenen vertraglichen
Schlichtungsinstanz vorgesehen ist, sodass direkt Klage beim Schiedsgericht erhoben
werden muss, wird die Verwirkungsfrist gemäss der Rechtsprechung indes auch durch eine
vorgängige Handlung gewahrt, mit welcher der Krankenversicherer seinen
Leistungsrückforderungsanspruch gegen den Leistungserbringer in geeigneter Weise
geltend macht . Dies kann insbesondere eine betreibungsrechtliche Handlung oder ein
einfaches Schreiben sein (BGE 133 V 579 E. 4.3.4 und 4.3.5; Urteil des Bundesgerichts
9C_778/2016 vom 12. Dezember 2017 E. 5.1). Wurde die fristwahrende Handlung vorge
nommen, ist die Verwirkungsfrist ein für alle Mal gewahrt (Urteile des Bundes gerichts
9C_778/2016 vom 12. Dezember 2017 E. 5.1 und 9C_821/2012 vom 12.

April 2013 E. 4.2).

E. 9.2

Im zürcherischen Recht beziehungsweise im GSVGer ist ein obligatorisches
Schlichtungsverfahren bei einer gesetzlichen Vermittlungsbehörde nicht vorge sehen. Ein
obligatorisches vertragliches Schlichtungsverfahren bei einer tarif vertraglichen
Schlichtungsinstanz wurde von den Vertragsparteien im AV nicht vorgesehen. Demzufolge
konnte die Frist vorliegend bereits mit einem der Klageerhebung beim hiesigen
Schiedsgericht vorangehenden Akt, mit welchem die Klägerin ihre Forderung gegenüber

dem Beklagten in geeigneter Form geltend machte, gewahrt werden.

E. 9.3

Die Klägerin wies die Beklagte erstmals mit Schreiben vom 10. April 2019 darauf hin, dass Dr. Y.____ nicht über eine für eine Vergütung im Rahmen der obligatorischen Krankenpflegeversicherung erforderliche Qualifikation

Ophthalmologie verfügt habe (Urk. 2/6). Mithin hat die Klägerin die Beklagte erstmals mit Schreiben vom 10. April 2019

darauf hingewiesen, dass für die von Dr. Y.____ durchgeführten Behandlungen, für welche eine qualitative Dignität Ophthalmologie

des behandelnden Ophthalmologen vorausgesetzt werde, ein Anspruch auf Vergütung zu verneinen sei. Demzufolge hat die Klägerin gegenüber der Beklagten erstmals am 10. April 2019 ihre Forderung in geeigneter Form geltend gemacht, weshalb dem Schreiben vom 10. April 2019 fristwahrender Charakter zukommt.

E. 9.4

), ohnehin bereits verwirkt.

E. 9.5

Fristwahrende Wirkung kommt dem Schreiben vom 10. April 2019 indes für die in der Zeit ab 16. Mai 2018 erbrachten und zu Unrecht vergüteten Leistungen zu. Demzufolge waren die Rückerstattungsforderungen betreffend diejenigen streitigen, zu Unrecht vergüteten Leistungen, welche in der Zeit 16. Mai 2018 bis 19. Juni 2019 erbracht wurden, noch nicht verwirkt. Es handelte sich hierbei um die folgenden Leistungen (vgl. Urk. 2/5 und Urk. 26/12) :

Datum: Betrag: 16.05.2018 Fr.

1 ' 713.83 30.05.2018 Fr.

1 ' 713.83 06.06.2018 Fr.

1 ' 713.83 20.06.2018 Fr.

1 ' 713.83 15.08.2018 Fr.

1 ' 713.83 22.08.2018 Fr.

1 ' 638.35 22.08.2018 Fr.

1 ' 554.35 22.08.2018 Fr.

1 ' 638.35 22.08.2018 Fr.

1 ' 554.35 05.09.2018 Fr.

1 ' 632.35 05.09.2018 Fr.

1 ' 632.35 05.09.2018 Fr.

1 ' 632.35 05.09.2018 Fr.

1 ' 632.35 03.10.2018 Fr.

1 ' 710.99 17.10.2018 Fr.

1 ' 711.99 06.11.2018 Fr.
1 ' 632.35 07.11.2018 Fr.
1 ' 632.35 14.11.2018 Fr.
1 ' 632.35 27.11.2018 Fr.
1 ' 636.75 27.11.2018 Fr.
1 ' 798.75 28.11.2018 Fr.
1 ' 653.32 28.11.2018 Fr.
2 ' 006.35 05.02.2019 Fr.
1 ' 636.72 06.02.2019 Fr.
1 ' 636.72 18.06.2019 Fr.
1 ' 584.42 18.06.2019 Fr.
1 ' 604.42 18.06.2019 Fr.
1 ' 604.42 19.06.2019 Fr.
1 ' 604.42 19.06.2019 Fr.
1 ' 701.37 Total: Fr. 48 ' 271.64

E. 9.6

In Bezug auf die im Zeitraum 16. Mai 2018 bis 19. Juni 2019 erbrachten Leistungen im Betrag von insgesamt Fr. 48'271.60 (bei einer Rundung auf zehn Rappen genau; vgl. Urteil des Bundesgerichts 9C_625/2020 vom 10. September 2021 E. 4.2) war die relative, einjährige Verwirkungsfrist daher noch nicht abgelaufen. Auch die absolute fünfjährige Verwirkungsfrist, welche bei der Entrichtung der einzelnen Leistungen zu laufen begonnen hat, war daher für die ab 16. Mai 2018 entrichteten Leistungen zum Zeitpunkt der Klageerhebung

vom 9. April 2020 jedenfalls noch nicht abgelaufen. 10.10.1

Art. 42 KVG regelt die Modalitäten der Rechnungsstellung und definiert den Schuldner der Leistung. Sofern zwischen den Versicherern und den Leistungserbringern nichts anderes vereinbart wurde, ist der Versicherte der Schuldner der Vergütung gegenüber dem Leistungserbringer. Der Versicherte hat in diesem Fall das Recht, die Kosten von seinem Versicherer erstattet zu bekommen (System des Tiers garant). In Abweichung von Art. 22 Abs. 1 ATSG kann dieser Anspruch an den Leistungserbringer abgetreten werden (Art. 42 Abs. 1 KVG). Versicherer und Leistungserbringer können vereinbaren, dass der Versicherer der Schuldner der Vergütung ist (System des Tiers payant; BGE 141 V 546 E. 4.2). 10.2

Im System des Tiers garant ist die versicherte Person gegenüber dem Leistungserbringer der Schuldner der Vergütung (Art. 42 Abs. 1 KVG). Hat der Leistungserbringer zu viel verrechnet, kann die versicherte Person die zu Unrecht erhaltenen Beträge von ihm zurückfordern (Art. 56 Abs. 2 lit. a KVG). Gemäss der Rechtsprechung (BGE 127 V 281) verleiht Art. 56 KVG den Versicherern ein eigenes Recht, von einem Leistungserbringer die Rückerstattung aller Beträge zu verlangen, die er zu Unrecht erhalten hat, selbst wenn der Versicherte der Schuldner der Vergütung ist. Im System des Tiers garant sind folglich

sowohl die versicherte Person als auch der Versicherer Gläubiger der vom Leistungserbringer zu viel erhobenen Beträge

(Urteil des Bundesgerichts 9C_256/2010 vom 30.

November 2011 E. 12.2 und 9C_258/2010 vom 30. November 2011 E. 5.4).

10.3

Gemäss der Rechtsprechung kann der Leistungserbringer zwar einredeweise die Tatsache einwenden, dass die Rechnung, die Gegenstand des Rückforderungsanspruchs ist, nicht beglichen wurde. Der Leistungserbringer darf sich jedoch nicht damit begnügen, zu behaupten, dass die versicherte Person ihre Schuld nicht beglichen habe, sondern muss nachweisen, dass er alle notwendigen Schritte unternommen hat, um die Forderung des Versicherten auf legalem Weg einzutreiben (laufende Betreibungen oder Verlustscheine; Urteil des Bundesgerichts 9C_258/2010 vom 3. November 2011 E.

E. 10

.

Mit Eingabe vom 16. August 2023 (Urk. 43) schlug die Klägerin lic. iur. Reto Dietschi aus der Untergruppe «Krankenversicherung» der Liste der vom Kantonsrat gewählten Mitglieder des Schiedsgerichts als Schiedsrichter vor.

E. 10.2

) steht dem Krankenversicherung auch im System des Tiersgarant ein eigenes Recht zu, von einem Leistungserbringer eine Rückerstattung für den gesamten Umfang der diesem zu Unrecht entrichteten Vergütungen zu verlangen, ohne dass er von diesem Betrag die Franchisen und Selbstbehalte in Abzug zu bringen hätte. Die Beklagte machte vorliegend denn auch nicht geltend, dass die den versicherten Personen in Rechnung gestellten Franchisen und Selbstbehalte von der Rückerstattung auszunehmen seien. Die Beklagte machte zudem auch nicht geltend, dass die versicherten Personen der Klägerin die ihnen in Rechnung gestellten streitigen Leistungen nicht bezahlt hätten. 11.11.1

Hinsichtlich des Umfangs der streitigen Rückerstattungspflicht beziehungsweise der Höhe der Rückerstattung hat die Klägerin mit ihrer Klage vom 9. April 2020 (Urk. 1, Urk. 5) einen Auszug aus ihrem Abrechnungssystem vom 3. April 2020 eingereicht (Urk. 2/5). Dabei handelt es sich um eine Aufstellung sämtlicher von der Beklagten im Zeitraum vom 17. Juni 2015 bis 19. Februar 2020 für Versicherte der Klägerin erbrachte, von Dr. Y. ___ durchgeführte und von der Klägerin vergütete Leistungen gemäss der TARMED-Tarifposition 08.2760. In der Folge reichte die Klägerin mit der ergänzenden Klageschrift vom 23. Februar 2021 (Urk. 25) einen durch die GLN-Nummer der ausführenden und verantwortlichen Ärzte ergänzten Auszug aus dem Abrechnungssystem vom 3. April 2020 (Urk.

26/12) ein. Daraus ist ersichtlich, zu welchem Zeitpunkt und für welche versicherten Personen die Leistungen erbracht wurden und welche genauen Rechnungsbeträge der Beklagten vergütet wurden. Zudem ist dem Auszug zu entnehmen, dass bei praktisch allen einzelnen Rechnungen die GLN-Nummer von Dr. Y. ___ (...; vgl. www.medregom.admin.ch) als ausführender Arzt aufgeführt ist. Lediglich in Bezug auf sechs Rechnungen für Leistungen, welche in der Zeit vom 11. März bis 24. Juni 2015 erbracht wurden, ist nicht die GLN-Nummer von Dr. Y. ___ als ausführender Arzt, sondern

diejenige der Beklagten (... ; www.refdata.ch) aufgeführt . Wie es sich hierbei verhält kann vorliegend indes offen gelassen werden. Denn eine Rückforderung für diese im Zeitraum vom 11. März bis 24. Juni 2015 zu Unrecht erbrachten Leistungen ist, wie bereits erwähnt (vorstehend E.

E. 10.3

10.4). 10 .4

Der von der Klägerin eingereichten Aufstellung der streitigen Leistungen der Beklagten ist zu entnehmen, dass es sich dabei zumindest teilweise um Leistungen handelte, welche den versicherten Personen gemäss dem System Tiers garant

beziehungsweise gemäss dem « Selbstzahlermodus » (vgl. Urk. 2/5 S. 2) in Rechnung und von diesen bezahlt wurden. Dieser Umstand ändert indes am Umfang der Rückerstattung nichts. Denn gemäss der erwähnten Rechtsprechung (vorstehend E.

E. 11

Die Beklagte schlug am 13. September 2023 Prof. Dr. med. Florian Buck als Schiedsrichter aus der Untergruppe «ärztliche Leistungen» der Liste der vom Kantonsrat gewählten Mitglieder des Schiedsgerichts vor (Urk. 44).

E. 11.2

Mit den Auszügen aus dem Abrechnungssystem vom 3. April 2020 (Urk. 2/5 und Urk. 26/12)

hat

die Klägerin in tatsächlicher Hinsicht den Umfang der im massgebenden Zeitraum vom 16. Mai 2018 bis 19. Juni 2019

von der Beklagten gegenüber versicherten Personen erbrachten und mangels einer fehlenden qualitativen Dignität in Ophthalmochirurgie von Dr. Y.____

zu Unrecht vergüteten Leistungen im Sinne eines vollständigen und schlüssigen Tatsachenvortrags im Detail plausibel dargelegt. Es sind keine Anhaltspunkte ersichtlich oder geltend gemacht, dass die Übersichten in masslicher Hinsicht fehlerhaft sein könnten. Die Beklagte, welche diesen schlüssigen Tatsachenvortrag der Klägerin bestritt, traf für ihre Behauptungen daher eine Substanziierungslast. Dabei oblag es ihr, die gegen die Rückerstattungspflicht sprechenden Beweismittel vorzulegen beziehungsweise entsprechende Umstände vorzubringen. In Bezug auf die für versicherte Personen der Klägerin ausgestellten Rechnungen für die im streitigen Zeitraum erbrachten Leistungen betreffend die TARMED-Tarifposition 08.2760

kommt der Beklagten zudem eine Mitwirkungspflicht zu, weil sie diese Rechnungen selbst ausgestellt beziehungsweise verfasst hat und deswegen in besonderer Weise in der Lage war, diesbezüglich zur Feststellung des Sachverhalts beizutragen. 11 . 3

In ihrer Eingabe vom 2. Juni 2020 (Urk. 8 S. 7), in der Klageantwort vom 25. Juni 2021 (Urk. 32 S. 4) und in der Duplik vom

E. 11.7

) gilt bei einem nicht hinreichend substantiierten Sachvortrag einer Partei der Tatsachenvortrag der Gegenseite als anerkannt, ohne dass ein Beweisverfahren durchzuführen wäre. Daran vermöchten selbst prozesskonform gestellte Beweisanträge nichts zu ändern. Denn fehlende tatsächliche Darlegungen lassen sich nicht im Rahmen des Beweisverfahrens ersetzen. 11. 10

Nach Gesagtem erweisen sich die aktenkundigen Unterlagen - mangels einer hinreichend substantiierten Bestreitung des Umfangs der streitigen Rückerstattungspflicht beziehungsweise der Höhe der streitigen Rückerstattungsforderung durch die Beklagte - und der Umfang der noch nicht verwirkten Rück erstattungsforderung für die im Zeitraum vom 16. Mai 2018 bis 19. Juni 2019 erbrachten Leistungen

im Betrag von insgesamt Fr.

48'271.60 als schlüssig. Die entsprechende

Rückerstattungspflicht der Beklagten ist ausgewiesen

(vgl. Urteil des Bundesgerichts 9C_16/2022 vom 21. März 2022 E. 4. 5). 12 . 12 .1

Zu prüfen bleibt im Folgenden, ob sich die Beklagte auf den Vertrauensgrundsatz berufen und daraus etwas zu ihren Gunsten ableiten kann. 12 .2

Nach dem in Art. 9 der Bundesverfassung (BV) verankerten Grundsatz von Treu und Glauben kann eine unrichtige Auskunft, welche eine Behörde dem Bürger erteilt, unter gewissen Umständen Rechtswirkungen entfalten. Voraussetzung dafür ist, dass: a)

es sich um eine vorbehaltlose Auskunft der Behörden handelt; b)

die Auskunft sich auf eine konkrete, den Bürger berührende Angelegenheit bezieht; c)

die Amtsstelle, welche die Auskunft gegeben hat, dafür zuständig war oder der Bürger sie aus zureichenden Gründen als zuständig betrachten durfte; d)

der Bürger die Unrichtigkeit der Auskunft nicht ohne Weiteres hat erkennen können; e)

der Bürger im Vertrauen hierauf nicht ohne Nachteil rückgängig zu machende Dispositionen getroffen hat; f)

die Rechtslage zur Zeit der Verwirklichung noch die gleiche ist wie im Zeitpunkt der Auskunftserteilung; g)

das Interesse an der richtigen Durchsetzung des objektiven Rechts dasjenige am Vertrauensschutz nicht überwiegt (BGE 143 V 95 E. 3.6.2 , 137 II 182 E.

3.6.2 und 137 I 69 E. 2.5.1; Urteile des Bundesgerichts 8C_306/2015 vom 25. August 2015

E. 3.2 , 8D_2/2021 vom 15. März 2022 E. 6.2 und 9C_252/2022 vom 15. Mai 2023 E. 7.2).

Diese Bedingungen müssen kumulativ erfüllt sein. Vertrauensschutz setzt nicht zwingend eine unrichtige Auskunft oder Verfügung voraus; er lässt sich auch aus einer blossen behördlichen Zusicherung und sonstigem, bestimmte Erwartungen begründendem Verhalten der Behörden herleiten (BGE 111 Ib 116 E. 4; Urteil des Bundesgerichts 8C_914/2015 vom 9. Mai 2016 E. 5.3).

Selbst wenn diese Voraussetzungen erfüllt sind, bleibt eine Interessenabwägung im Einzelfall vorbehalten. Die Berufung auf Treu und Glauben scheitert insbesondere , wenn

ihr überwiegende öffentliche Interessen entgegenstehen (BGE 137 I 69 E. 2.5.1 , 131 II 627 E. 6.1 und 129 I 161 E. 4.1 ; Urteil des Bundesgerichts 1C_143/2015 vom 13. November 2015 E. 2.3.1). 12 .3

Nach der Rechtsprechung kann ein Krankenversicherer , welcher irrtümlich für einen bestimmten Zeitraum , wobei drei Monate bereits als ausreichend erachtet wurden, Leistungen vergütet , ohne dazu verpflichtet zu sein, bei der versicherten Person die Erwartung auslösen , dass ihr diese Leistungen auch in Zukunft gewährt werden. In diesem Fall darf der Krankenversicherer die Übernahme der irrtümlich bereits gewährten Leistungen nicht rückwirkend einstellen, wenn der Versicherungsnehmer, der den Irrtum weder kannte noch kennen musste, auf Grund des Verhaltens des Krankenversicherers Dispositionen getroffen hat, die nicht ohne weiteres rückgängig gemacht werden können (Urteil des Bundesgerichts K 107/05 vom 25. Oktober 2005 E. 3.4.1 und K 25/02 vom 23. September 2002 E.

E. 11.8

Der Krankenversicherer ist für die von ihm aufgrund einer Rechnungskontrolle geltend gemachte Rückforderung (nicht anders als im Rahmen einer Wirtschaftlichkeitsprüfung, vgl. dazu BGE 150 V 129

E. 5.3.2) beweisbelastet, zumal was die Folgen einer allfälligen Beweislosigkeit betrifft (sog. materielle Beweislast). Allerdings gilt dies mit der Einschränkung, dass der Leistungserbringer zur Mitwirkung verpflichtet ist, soweit er über die für die Überprüfung der Rechnungsstellung erforderlichen Daten verfügt (150 V 178

E.

6.2).

E. 11.9

Vorliegend gilt es zu beachten, dass die Klägerin in der ergänzenden Klageschrift vom 23. Februar 2021 ausführlich dargelegt hat , wie sich ihre Forderungen hinsichtlich der einzelnen zu Unrecht vergüteten Leistungen zusammensetzen (Urk.

E. 12

.

Mit Verfügung vom 20. September 2023 (Urk. 45) wurden für das vorliegende Verfahren lic . iur . Reto Dietschi und Prof. Florian Buck als Schiedsrichter in Aussicht genommen.

E. 12.2

lit . e), nicht erfüllt , was selbst die Beklagte nicht in Abrede stellte (Urk 8, Urk 32 und Urk 39) . Gemäss der Rechtsprechung kann insbesondere der blosse Verbrauch von unrechtmässig bezogenen Geldmitteln im Anschluss an eine fehlerhafte Zusicherung nicht als Disposition im Sinne der Voraussetzungen des Vertrauensschutzes gelten (Urteile des Bundesgerichts U

88/03 vom 12. Mai 2004 E. 6.2.2 und I 133/01

vom 9.

September 2002 E. 2.3.2). Beim blossen

Verbrauch von Geldmitteln handelt es sich nicht um schützenswerte Dispositionen, welche die gesetzliche Rückerstattungsverpflichtung unter dem Titel des Vertrauensschutzes aufzuheben vermöchten. Vorliegen der beiden weder die Ausführungen

der Beklagten auf rechtserhebliche Dispositionen hin, noch sind solche den Akten zu entnehmen, sodass die Beklagte die Voraussetzungen des Vertrauensschutzes nicht erfüllt.

Demzufolge hat es vorliegend bei der Pflicht der Beklagten zur Rückerstattung im Betrag von Fr. 48'271.60 sein Bewenden. 13.

Nach Gesagtem ist die Beklagte verpflichtet, der Klägerin den Betrag von insgesamt Fr. 48'271.60, welcher den von ihr im Zeitraum vom 16. Mai 2018 bis 19. Juni 2019 zu Unrecht vergüteten Leistungen entspricht und wofür die Verwirkung noch nicht eingetreten ist, zurückzuerstatten.

Die Klage

ist in diesem Sinne teilweise

gutzuheissen. 14.14.1

§ 52 GSVGer bestimmt, dass in Bezug auf die Kosten und Entschädigungen die Bestimmungen der ZPO über die Prozesskosten sinngemäss anwendbar sind. Gemäss Art. 96 ZPO in Verbindung mit § 199 des Gesetzes über die Gerichts- und Behördenorganisation im Zivil- und Strafprozess (GOG) ist der Tarif für Prozesskosten gemäss der Gebührenverordnung des Obergerichts (GebV OG) anzuwenden. Die Gerichts- und Anwaltsgebühren sind grundsätzlich streitwertabhängig (§ 199 Abs. 3 GOG, § 4 Abs. 1 GebV OG, § 4 Abs. 1 der Verordnung über die Anwaltsgebühren [AnwGebV]); unter Berücksichtigung des Zeitaufwandes des Gerichts und der Schwierigkeit des Falls kann die Grundgebühr ermässigt oder um bis zu einem Drittel beziehungsweise bis auf das Doppelte (§ 4 Abs. 2 GebV OG, § 4 Abs. 2 AnwGebV) erhöht werden. 14.2

In Anwendung von § 37 in Verbindung mit § 28 lit. b GSVGer, Art. 96 ZPO und § 199 GOG sowie § 4 GebV OG sind die Gerichtsgebühren beim Streitwert von Fr.

161'063.-- auf Fr. 11'193.--

festzusetzen; eine Erhöhung oder Ermässigung rechtfertigt sich nicht. Ausgangsgemäss sind die Gebühren der Beklagten

zu einem Drittel (Fr. 3'731.--) und der Klägerin zu zwei Dritteln (Fr. 7'462.--) aufzuerlegen. 14.3

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 darauf nur Anspruch, 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).

E. 12.7

.4

Die Beklagte hat demnach mangels Gutgläubigkeit die Voraussetzung des Vertrauensschutzes, wonach die Unrichtigkeit der Auskunft nicht ohne Weiteres zu erkennen gewesen sein müsste (lit . d), jedenfalls nicht erfüllt. Mangels Gutgläubigkeit kann sich die Beklagte von vornherein nicht auf den Grundsatz von Treu und Glauben beziehungsweise auf den daraus fliessenden Vertrauens schutz berufen.

E. 12.7.1

Bei der Prüfung der Voraussetzung des Vertrauensschutzes (vorstehend E.

E. 12.8

Zu bemerken bleibt des Weiteren, dass die Beklagte auch die Voraussetzung, wonach sie Dispositionen getroffen haben müsste, die nicht ohne Nachteil rückgängig gemacht werden könnten (vorstehend E.

E. 13

.

Mit Eingabe vom 16. Oktober 2023 (Urk. 48) machte die Klägerin geltend, dass sie gegenwärtig mit dem O.____ aussergerichtliche Gespräche betreffend eine durch sie gestützt auf Art. 56 Abs. 1 des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung (KVG) geltend gemachte Rückforderung führe, und dass aus diesem Grund bei Prof. Buck, welcher als Facharzt beim O.____ tätig sei, die Gefahr der Voreingenommenheit beziehungsweise der Anschein einer Befangenheit bestehe, weshalb Letzterer in vorliegendem Verfahren nicht als Schiedsrichter zu ernennen sei (S. 4).

E. 14

.

Am 5. Dezember 2023 hielt die Beklagte an ihrem Vorschlag von Prof. Buck fest (Urk. 52).

E. 14.4

Gemäss der Rechtsprechung (BGE 149 II 381

E. 7.3.1-7.3.4) stellt der Umstand alleine, dass ein Verfahren die unwirtschaftliche Praxistätigkeit eines Arztes oder einer Ärztin (« Überarztung ») zum Gegenstand hat, keinen Grund dar, die unterliegende Partei zur Übernahme der Anwaltskosten der obsiegenden Krankenversicherung zu verpflichten . Bund, Kantone und Gemeinden sowie mit öffentlich-rechtlichen

Aufgaben betrauten Organisationen wird in der Regel keine Parteientschädigung zugesprochen, wenn sie in ihrem amtlichen Wirkungsbereich obsiegen.

Versicherungen, welche die obligatorische Krankenpflegeversicherung gewährleisten, gelten als Organisationen, die mit öffentlich-rechtlichen Aufgaben betraut sind (vgl. Urteil des Bundesgerichts 9C_474/2022 vom 5. Juni 2023 E. 5, nicht veröffentlicht in: BGE 149 V 195). Die Versicherer können zudem zum Führen dieser Prozesse auf die Hilfe ihrer Verbände zählen. Der Umstand alleine, dass ein Verfahren die unwirtschaftliche Praxistätigkeit eines Arztes oder einer Ärztin zum Gegenstand hat, stellt keinen Grund dar, den unterliegenden Arzt zur Übernahme der Anwaltskosten der obsiegenden Krankenversicherung zu verpflichten. Davon unberührt bleiben Fälle, in denen sich aus anderen Gründen - etwa aufgrund treuwidrigen Prozessverhaltens einer Partei - einem Krankenversicherer ausnahmsweise eine Parteientschädigung zugesprochen werden kann (BGE

149 II 381 E. 7.3.3) .

E. 14.5

Da vorliegend keine Gründe für die ausnahmsweise Zusprache einer Parteientschädigung beziehungsweise einer Umtriebsentschädigung

an die

nicht berufsmässig vertretenen und

teilweise obsiegende Krankenversicherung ersichtlich sind, ist der entsprechende Antrag der Klägerin (Urk. 1 S. 2) abzuweisen. 14. 6

Der teilweise obsiegenden, vertretenen Beklagten ist ausgehend von besagtem Streitwert eine um einen Drittel gekürzte Parteientschädigung von Fr. 9'691.-- (inklusive Barauslagen und Mehrwertsteuer) zuzusprechen. Das Schiedsgericht erkennt: 1.

In teilweiser Gutheissung der Klage vom 9. April 2020

wird die Beklagte verpflichtet, der

Klägerin für vom 16. Mai 2018 bis 19. Juni 2019 zu Unrecht ausgerichtete Vergütungen

im Betrag von Fr. 48'271.60

zurückzuerstatten.

2.

Die Gerichtskosten von Fr. 11'193.-- werden der Klägerin zu zwei Dritteln

(Fr. 7'462.--) und

der Beklagten

zu einem Drittel (Fr. 3'731.--) auferlegt.

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

Die Klägerin wird verpflichtet, der Beklagten eine reduzierte Parteientschädigung von Fr. 9'691.-- (inklusive Barauslagen und Mehrwertsteuer) zu bezahlen. 4.

Der Klägerin wird keine Parteientschädigung zugesprochen. 5.

Zustellung gegen Empfangsschein an: - Helsana Versicherungen AG - Rechtsanwalt Peter Ruggle - Bundesamt für Gesundheit - Gesundheitsdirektion des Kantons Zürich sowie an: - Gerichtskasse (im Dispositiv nach Eintritt der Rechtskraft) 6.

Gegen diesen Entscheid kann innert

E. 15

.

Mit

unangefochten in Rechtskraft erwachsener Verfügung vom 23. Januar 2024 (Urk. 53) wurden für das vorliegende Verfahren lic. iur. Reto Dietschi aus der Untergruppe «Krankenversicherung» und unter Verneinung seiner Befangenheit und Voreingenommenheit

Prof. Florian Buck aus der Untergruppe «ärztliche Leistungen» als Schiedsrichter ernannt .
Das Schiedsgericht zieht in Erwägung: 1.

E. 17

Juni 2015 bis 19. Februar 2020 (Urk.

2/5)

vergütete ophthalmochirurgische Leistungen gemäss
der TARMED -Tarif position 08.2760 (Extractio

lenticis / Phakoemulsifikation , inklusive Implantation einer künstlichen Linse und Einsetzen
eines Kapselspannrings) , weil der behandelnde Arzt der Beklagten , Dr. med. Y.____ ,
nicht über eine für eine Entschädigung durch die obligatorische Krankenpflegeversicherung
vorausgesetzte qualitative Dignität Ophthalmochirurgie

verfügt habe (Urk 1 S. 3 f.).

E. 19

Februar 2020

vergüteten Leistungen gemäss der TARMED-Tarifposition 08.2760 waren auf Grund des
Umstandes, dass der behandelnde Dr. Y.____ nicht über eine qualitative Dignität in
Ophthalmochirurgie verfügte - wie gesagt - zweifellos unrichtig. Die
Rückkommensvoraussetzung der Wiedererwägung ist daher erfüllt.

E. 22

November 2021 (Urk. 3 9 S. 3) machte die Beklagte geltend, dass die
von der Klägerin eingereichte n

Auszüge aus ihrem Abrechnungssystem vom 3. April 2020 (Urk. 2/5 und Urk. 26/12)
eine Rückerstattungspflicht nicht hinreichend zu begründen vermöchten (Urk. 32 S. 4, Urk.
39 S. 3) , und dass die Klägerin die behauptete Rückerstattungspflicht mit entsprechenden
Rechnungen der Beklagten hätten belegen müssen (Urk. 3 9 S. 3). 11 . 4

Art. 89 Abs. 5 KVG bestimmt, dass der Kanton das Verfahren vor dem Schiedsgericht
regelt und dass dieses einfach und rasch zu sein hat. Gemäss dieser Bestimmung stellt das
Schiedsgericht unter Mitwirkung der Parteien die für den Entscheid erheblichen Tatsachen
fest; es erhebt die notwendigen Beweise und ist in der Beweiswürdigung frei. Gemäss Art.
89 Abs. 5 Satz 2 KVG ist das Verfahren vor dem kantonalen Schiedsgericht daher im
Rahmen des Streitgegenstandes beziehungsweise des zu überprüfenden Rechtsverhältnisses
(vgl. BGE 144 I 11 E. 4.3 und 125 V 413 E. 1a und 1b) vom Untersuchungsgrundsatz
beherrscht (Urteile des Bundesgerichts 9C_16/2022 vom 21. März 2022 E. 4.1.2 und K
124/03 vom 16. Juni 2004 E. 6.2.2). Dabei gilt der Grundsatz der Rechtsanwendung von
Amtes wegen (« iura

novit

curia »; vgl. Urteil des Bundesgerichts 8C_285/2017 vom 21.

November 2017 E. 4.3, nicht veröffentlicht in BGE 143 V 451). Sodann kommt auch im
Verfahren nach Art. 89 KVG anlässlich der freien Beweiswürdigung grundsätzlich der im
gesamten Sozialversicherungsrecht übliche Beweisgrad der überwiegenden Wahr

scheinlichkeit zum Tragen (vgl. BGE 144 V 427 E. 3.2; Urteile des Bundesgerichts 9C_16/2022 vom 21. März 2022 E. 4.1.2 und 9C_656/2020 vom 22. September 2021 E. 4.5.1).

Die den Untersuchungsgrundsatz einschränkende Mitwirkungspflicht der Parteien erstreckt sich auf sämtliche für den Entscheid wesentlichen Tatsachen und umfasst auch die Pflicht der Parteien zur Edition von Urkunden, welche sich in ihren Händen befinden. Sie gilt insbesondere für Tatsachen, welche die Behörde ohne die Mitwirkung der Partei gar nicht oder nicht mit vernünftigem Aufwand erheben könnte. In dem als Klageverfahren ausgestalteten Verfahren vor dem kantonalen Schiedsgericht gemäss Art. 89 KVG kommt der Mitwirkungspflicht - nicht nur der Versicherer, sondern auch des Leistungserbringers - eine weitgehende Bedeutung zu, weil die Parteien am ehesten in der Lage sind, zur Feststellung des massgebenden Sachverhalts beizutragen (Urteile des Bundesgerichts 9C_16/2022 vom 21. März 2022 E. 4.1.2 ; K 150/03 vom 18. Mai 2004

E. 5.1, nicht veröffentlicht

in BGE 130 V 377 ; und 9C_567/2007 vom 25. September 2008 E. 1.3). Obwohl die Mitwirkungspflicht der Parteien im Verfahren nach Art. 89 KVG weniger weit geht als der in Art. 55 Abs. 1 ZPO statuierte Verhandlungsgrundsatz , obliegt es dem Leistungserbringer, wenn der eine Rückerstattungspflicht behauptende Krankenversicherer Unterlagen zur Untermauerung seiner Auffassung eingereicht hat, gegen die Rückerstattungspflicht sprechende Beweismittel vorzulegen beziehungsweise die entsprechenden Umstände vorzubringen (Urteile des Bundesgerichts 9C_201/2023 vom 3. April 2024 E. 6.2, zur Publikation vor gesehen, 9C_16/2022 vom 21. März 2022 E. 4.1.2 4.1.3) . 11 . 5

Der Mitwirkungspflicht kommt namentlich dann eine grössere Bedeutung zu, wenn die Parteien anwaltlich vertreten sind. Dazu gehört auch die Substanziierungspflicht , die besagt, dass die wesentlichen Tatsachenbehauptungen und bestreitungen in den Rechtsschriften enthalten sein müssen (Urteile des Bundesgerichts 9C_440/2017 vom 19. Juli 2017 E. 7.3.1 und 9C_473/2014 vom 22. Dezember 2014 E. 3.1). Die Bestreitungslast darf nicht zu einer Umkehr der Behauptungs- und Beweislast führen (BGE 138 V 86 E. 5.2.3). Im dargelegten Sinne tragen die Parteien lediglich insofern eine Beweislast, als sich Beweislosigkeit in der Regel zu Ungunsten jener Partei auswirkt, die aus dem unbewiesenen gebliebenen Sachverhalt Rechte ableiten wollte (Art. 8 ZGB ; BGE 139 V 176 E.

5.2). 11 . 6

Gemäss Art. 89 Abs. 5 Satz 1 KVG in Verbindung mit § 37 und § 28 GSVGer sowie Art. 221 Abs. 1 lit . d und e ZPO muss die Klage die Tatsachenbehauptungen und die Bezeichnung der einzelnen Beweismittel zu den behaupteten Tatsachen enthalten. Zweck dieses Erfordernisses ist, dass das Gericht erkennen kann, auf welche Tatsachen sich der Kläger stützt und womit er diese beweisen will, sowie die Gegenpartei weiss, gegen welche konkreten Behauptungen sie sich verteidigen muss (vgl. Art. 222 ZPO). Der blosse pauschale Verweis auf Beilagen genügt in aller Regel nicht (Urteil des Bundesgerichts 4A_443/2017 vom 30. April 2018 E. 2.2.1). Es geht darum, dass nicht das Gericht und die Gegenpartei aus den Beilagen die Sachdarstellung zusammensuchen müssen. Es ist nicht an ihnen, Beilagen danach zu durchforsten, ob sich daraus etwas zu Gunsten der behauptungsbelasteten Partei ableiten lässt (Urteile des Bundesgerichts 4A_19/2021 vom 6. April 2021 E. 5.1; 4A_281/2017 vom 22. Januar 2018 E. 5; 4A_195/2014, 4A_197/2014

vom 27. November 2014 E. 7.3.3, nicht veröffentlicht in: BGE 140 III 602).

E. 25

S. 5; Urk. 26/12). Sie hat mit der Einreichung der erwähnten Auszüge aus ihrem Abrechnungssystem vom 3. April 2020 (Urk. 2/5 , Urk. 26/12)

in tatsächlicher Hinsicht den Umfang der im massgebenden

Zeitraum vom 18. Mai 2018 bis 19. Juni 2019 vergüteten Leistungen gemäss der TARMED-Tarifposition 08.2760

im Detail spezifiziert und damit ihren substantiierten Tatsachenvortrag schlüssig untermauert. Dem Auszug ist insbesondere zu entnehmen, zu welchem Zeitpunkt und für welche versicherten Personen die einzelnen Leistungen erbracht und welche genauen Rechnungsbeträge der Beklagten vergütet wurden . Es handelte sich dabei insbesondere nicht um bloss eine Aufstellung blosser

Pauschalen beziehungsweise globaler Forderungen, sondern um eine spezifizierte Aufstellung der einzelnen vergüteten Leistungen . Damit ist die Klägerin der ihr obliegenden Behauptungslast in hinreichendem Umfang nachgekommen.

Die Beklagte traf daher für ihre Behauptungen zur Bestreitung der Forderung eine Substanziierungslast . Ihr

oblag es , die gegen die Rückerstattungspflicht sprechenden Beweismittel vorzulegen beziehungsweise entsprechende Umstände vorzubringen. In diesem Zusammenhang trifft sie zudem schon deshalb in besonderem Masse eine Mitwirkungspflicht, weil sie die aufgelisteten Rechnungen selbst erstellt hat und daher am besten in der Lage gewesen wäre , diesbezüglich zur Feststellung des Sachverhalts beizutragen, soweit sie beachtete, Zweifel am substantiierten Tatsachenvortrag der Klägerin beziehungsweise an der Korrektheit der

eingereichten Auszüge

und der darin enthaltenen Aufstellung der ausgerichteten Vergütungen zu erwecken.

Dabei hätte sie die behaupteten Tatsachen nicht nur im Allgemeinen, sondern in Einzeltatsachen gegliedert so umfassend und klar und mittels Beweisanträgen versehen darzulegen gehabt, dass darüber Beweis abgenommen oder dagegen der Gegenbeweis angetreten werden konnte. Dieser Obliegenheit ist die Beklagte indes nicht hinreichend substantiiert nachgekommen. Ihre Vorbringen , dass mit dem von der Klägerin eingereichten Auszug aus dem Abrechnungssystem die einzelnen Rechnungen nicht genügend substantiiert worden seien (Urk. 32 S. 4, Urk. 39 S. 3) , bleiben dafür zu allgemein und zu pauschal. Es fehlen sodann konkrete Bestreitungen

der

von der Klägerin eingereichten Auszüge

aus dem Abrechnungssystem beziehungsweise der darin enthaltenen Aufstellung der erbrachten Leistungen und der dafür entrichteten Vergütungen . Die Beklagte unterliess es zudem insbesondere, die von ihr für die streitigen Leistungen ausgestellten Rechnungen zur Untermauerung ihrer Auffassung einzureichen und darzulegen, inwiefern gestützt darauf eine Rückerstattungspflicht im klageweise geltend gemachten Umfang nicht bestehe. Im Rahmen der ihr obliegenden Mitwirkungspflicht sowie in Nachachtung der ihr obliegenden

Substanziierungspflicht wäre die Beklagte jedenfalls gehalten gewesen, die von ihr ausgestellten Rechnungen betreffend die streitigen Leistungen, welche sie ausgestellt hatte und über welche sie verfügte, zur Untermauerung ihrer Auffassung einzureichen oder allenfalls andere geeignete Beweismittel anzurufen.

Die Ausführungen der Beklagten (Urk. 8, Urk. 32 und Urk. 39) genügen den erhöhten Anforderungen an ihre Substanziierungspflicht daher nicht. Es sind demnach auch keine weiteren Beweise abzunehmen, denn gemäss der dargelegten Rechtsprechung (vorstehend E).

E. 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 siebenten Tag vor Ostern bis und mit dem siebenten Tag nach Ostern, vom 15. Juli bis und mit dem 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 der beschwerdeführenden Partei oder ihrer Rechtsvertretung 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 Der Gerichtsschreiber FehrVolz

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