

# **ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT SR.2020.00011**

## **vom 26. März 2021**

ZH Sozialversicherungsgericht, 2021-03-26, DE

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh\\_sozialversicherungsgericht\\_SR.2020.00011](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_SR.2020.00011)

FR: ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT SR.2020.00011 du 26 mars 2021

IT: ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT SR.2020.00011 del 26 marzo 2021

### **Erwägungen**

#### **E. 1**

Die Klägerinnen, vertreten durch *santésuisse*, erhoben mit Eingabe vom 3. Juli 2020 (Urk. 1 samt Beilagen [Urk. 2/5-7, Urk. 2/9 und Urk. 2/14]) Klage gegen die A. \_\_\_ AG (heute X. \_\_\_) und beantragten, die Beklagte sei für das Jahr 2018 gemäss Regressions-Index zur Rückzahlung von Fr. 84'428.-, eventuell gemäss ANOVA-Index zur Rückzahlung von Fr. 68'016.- an die Klägerinnen zu verpflichten. Es sei davon Vormerk zu nehmen, dass sich die Klägerinnen das Recht vorbehalten, die Klageanträge, namentlich den Rückforderungsbetrag, nach Abschluss des Beweisverfahrens anzupassen. In prozessualer Hinsicht wurde beantragt, das Verfahren mit dem bereits rechtshängigen Klageverfahren gegen die Beklagte betreffend das Statistikjahr 2017 (SR.2019.00011) zu vereinigen (Urk. 1 S. 3). Mit Verfügung vom 7. Juli 2020 (Urk. 3) wurde der Beklagten Frist angesetzt zur Erstattung einer freiwilligen schriftlichen Stellungnahme. Sodann wurde eine Vereinigung des vorliegenden Verfahrens mit dem Verfahren SR.2019.00011 abgelehnt. Die Verfügung vom 7. Juli 2020 wurde der Beklagten mit Hilfe des Gemeindeammannamts zugestellt, da sie in den Verfahren SR.2018.00008 und SR.2019.00011 eingeschriebene Sendungen nie abgeholt hatte. Zugleich wurde der Beklagten mitgeteilt, dass ihr in Zukunft prozessleitende Verfügungen und der Endentscheid als eingeschriebene Gerichtsurkunde zugestellt würden (Urk. 3-6). Die Beklagte liess sich innert der ihr angesetzten Frist zur Erstattung einer freiwilligen schriftlichen Stellungnahme nicht vernehmen.

#### **E. 1.1**

Am 1. März 2021 wurde ein aktueller Internetauszug des Handelsregisteramts des Kantons Zürich über die Beklagte beigezogen (Urk. 23). Aus diesem ergibt sich, dass der Konkursrichter des Bezirksgerichts Horgen über die A. \_\_\_ AG mit Urteil vom 6. Oktober 2020 den Konkurs über die Gesellschaft eröffnet hatte, dass das Obergericht des Kantons Zürich der dagegen gerichteten Beschwerde zunächst die aufschiebende Wirkung zuerkannte (Verfügung vom 21. Oktober 2020) und hernach in Gutheissung der Beschwerde das Urteil des Konkursrichters des Bezirksgerichts Horgen vom 6. Oktober 2020 aufhob (Urteil vom 16. November 2020). Demgemäss wurde die A. \_\_\_ AG nicht aufgelöst. Mit Statutenänderung vom 8. Februar 2021 (SHAB Meldung vom 17. Februar 2021, Tagesregister-Nr. 6827 vom 12. Februar 2021; Urk. 23 Anhang) erfolgte nebst einer Sitzverlegung der Gesellschaft nach C. \_\_\_ (c/o Dr. med. Y. \_\_\_) auch eine Änderung der Firma der Gesellschaft (neu: X. \_\_\_), weshalb das Rubrum entsprechend anzupassen ist.

#### **E. 1.2**

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. 1.3**

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

### **E. 1.4**

Vorliegend ist zu prüfen, ob die Beklagte den Klägerinnen für das Statistikjahr 2018 erhaltene Vergütungen wegen unwirtschaftlicher Behandlungsweise zu rückbezahlen muss und gegebenenfalls wie hoch der entsprechende Betrag ist. Da sich die Beklagte trotz begründetem Prozessrechtsverhältnis (vgl. Urk. 3 und Urk. 13) und trotz Androhung der Säumnisfolgen zur Sache nicht äusserte, ist der Beurteilung der vorliegenden Streitigkeit diejenige Tatsachendarstellung zu Grunde zu legen, welche von den Klägerinnen präsentiert wurde.

### **E. 2**

0 Tagen

ab Erhalt der Verfügung Einwände erhoben würden. Die Parteien liessen die angesetzte Frist unbenutzt verstreichen, weshalb die in Aussicht genommenen Schiedsrichter mit Verfügung vom 10. Februar 2021 ernannt wurden (Urk. 20). Das Schiedsgericht zieht in Erwägung: 1.

### **E. 2.1**

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

Versicherer legen vertraglich eine Methode zur Kontrolle der Wirtschaftlichkeit fest (Art. 56 Abs. 6 KVG).

### **E. 2.2**

Gemäss Art. 59 Abs. 1 KVG werden gegen Leistungserbringer, welche gegen die im Gesetz vorgesehenen Wirtschaftlichkeits- und Qualitätsanforderungen (Art. 56 und 58 KVG) oder gegen vertragliche Abmachungen verstossen, Sanktionen ergriffen, unter anderem umfassen diese die gänzliche oder teilweise Rückerstattung der Honorare, welche für nicht angemessene Leistungen bezogen wurden (lit. b). Über Sanktionen entscheidet das Schiedsgericht nach Art. 89 KVG auf Antrag eines Versicherers oder eines Verbandes der Versicherer (Art. 59 Abs. 2 KVG). Obschon die Rückerstattung der Honorare (Art. 59 Abs. 1 lit. b KVG) neu unter dem Begriff «Sanktionen» (Art. 59 Abs. 1 Satz 1 KVG) steht, bleibt die zu Art. 56 Abs. 2 KVG ergangene Rechtsprechung anwendbar, wonach kein Verschulden des Leistungserbringers vorausgesetzt wird (BGE 141 V 25 E. 8.4).

### **E. 2.3**

Die Daten, welche der Kontrolle der Wirtschaftlichkeit ambulant tätiger Leistungserbringer zugrundeliegen, wurden am 17. Juli 2019 aufbereitet (Urk. 2/5), und die Klage an das hiesige Gericht wurde am 3. Juli 2020 zur Post gegeben (Urk. 1). Damit ist eine Verwirkung der Rückforderung rechtsprechungs gemäss noch nicht eingetreten.

### **E. 3.1**

Die Klägerinnen stellten den Hauptantrag, die Beklagte sei für das Statistikjahr 2018 gemäss Regressions-Index zur Rückzahlung von Fr. 84'428.-- zu verpflichten (Urk. 1 S. 3).

#### **E. 3.2.1**

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

#### **E. 3.2.2**

Die Vereinigung der Schweizer Ärztinnen und Ärzte (FMH) auf der einen Seite, santésuisse (Die Schweizer Krankenversicherer) und curafutura (Die innovativen Krankenversicherer) auf der anderen Seite haben sich in einem am 27. Dezember 2013/16. Januar 2014, gestützt auf Art. 56 Abs. 6 KVG geschlossenen Vertrag auf die Varianzanalyse (ANOVA) als statistische Methode zur Kontrolle der Wirtschaftlichkeit verständigt. Dies wurde vom Bundesgericht als zulässig erachtet. Art. 56 Abs. 6 KVG enthalte keine Spezifizierung oder exemplarische Aufzählung von Kriterien, die bei der Durchführung der Kontrolle zu berücksichtigen seien. Die Kriterien seien partnerschaftlich zu erarbeiten und festzulegen; dies liege allein in der Kompetenz der Leistungserbringer und der Versicherer (BGE 144 V 79 E. 5.3.1 mit Verweis auf BBl 2011 2524 und 2529 ff.). Die Vertragsparteien vereinbarten damals sodann, dass das Varianzanalysenmodell künftig von Leistungserbringern und Versicherern gemeinsam weiterentwickelt und unter anderem durch Morbiditätsvariablen ergänzt werden solle (vgl. BGE 144 V 79 E. 5.1). Diese Weiterentwicklung wurde durch die Vereinbarung und die Implementierung der Regressions- Methode (oder Screening-Methode) verwirklicht (vgl. den Vertrag betreffend die Screening-Methode im Rahmen der Kontrolle der Wirtschaftlichkeit gemäss Art. 56 Abs. 6 KVG vom 10. Juli 2018 beziehungsweise 15./23. August 2018 [Version vom 20. März 2018; Urk. 2/9] sowie die Urteile

9C\_558/2018 und 9C\_559/2018 des Bundesgerichts vom 12. April 2019 E. 7.1 mit Hinweis ).

### **E. 3.2.3**

Die Rechnungssteller-Statistik (RSS) bildet die Datenbasis sowohl für die Methode des Durchschnittskostenvergleichs (DKV) als auch des Varianzanalysenmodells (ANOVA-Methode) zur Bemessung der Wirtschaftlichkeit der Leistungen von praktizierenden Ärztinnen und Ärzten im Hinblick auf die Rückerstattung der Honorare wegen nicht wirtschaftlicher ambulanter Tätigkeit. Vergleichsgruppe bilden die Ärzte und Ärztinnen einer Facharztgruppe (gemäss Einteilung der FMH) in der Schweiz. Im Unterschied zum Durchschnittskostenvergleich werden bei der ANOVA-Methode die Kosten der einzelnen Leistungserbringer in Bezug auf die statistisch signifikanten, d.h. nicht zufälligen Merkmale «Alter und Geschlecht» der Patienten sowie «Kanton», in dem die ambulante ärztliche Tätigkeit ausgeübt wird, standardisiert. Damit werden die Kosten so ausgewiesen, als hätte der betreffende Arzt die gleiche Alters- und Geschlechterverteilung wie die Vergleichsgruppe als Ganzes und wie wenn alle Leistungserbringer im selben Kanton tätig wären. Die ANOVA-Methode ergibt Indizes betreffend die direkten Kosten (ohne Medikamente), die Medikamentenkosten (direkt und veranlasst) sowie die totalen Kosten (jeweils pro Erkrankten; vgl. die Urteile 9C\_558/2018 und 9C\_559/2018 des Bundesgerichts vom 12. April 2019 E. 7.1 mit Hinweis).

### **E. 3.2.4**

Die neue statistische Regressionsanalyse (oder Screening-Methode), welche ab dem Statistikjahr 2017 zur Anwendung kommt (vgl. den Vertrag betreffend die Screening-Methode im Rahmen der Kontrolle der Wirtschaftlichkeit gemäss Art. 56 Abs. 6 KVG vom 10. Juli 2018 beziehungsweise 15./23. August 2018 [Version vom 20. März 2018; Urk. 2/9] sowie den Artikel «Neue Screening-Methode im Rahmen der Wirtschaftlichkeitskontrolle» in der Schweizerischen Ärztezeitung, 2018; 99[41], S. 1390-1391), 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 Therapie) 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.

### **E. 3.2.5**

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

### **E. 3.3.1**

Die A.\_\_\_\_ AG, bei welcher es sich um eine Praxis für Hals-, Nasen- und Ohrenkrankheiten (beziehungsweise ORL) handelt, wurde im hier fraglichen Statistikjahr 2018 von Dr. med. Y.\_\_\_\_, Spezialarzt für Hals-, Nasen-, Ohrenheilkunde, betrieben. Daran hat sich auch seit der Namensänderung und der Sitzverlegung der Gesellschaft nichts geändert. Dr. med. Y.\_\_\_\_

war beziehungsweise ist der einzige behandelnde Arzt in der Praxis (vgl. [https://www.B.\\_\\_\\_\\_](https://www.B.____), Urk. 1 S. 4 und [https://www.C.\\_\\_\\_\\_](https://www.C.____)).

### **E. 3.3.2**

Gemäss Darstellung der Klägerinnen (Urk. 1 S. 7 f.) liegt bei der Beklagten für das Statistikjahr 2018 im Vergleich zur Facharztgruppe ORL (374 ZSR-Nummern/Praxen, wobei in dieser Vergleichsgruppe lediglich diejenigen ZRS-Nummern/Praxen erfasst sind, welche im betreffenden Statistikjahr mindestens 50 Erkrankte oder direkte Kosten von mehr als Fr. 100'000.-- aufwiesen)

eine Kostenüberschreitung von 59 Indexpunkten vor (Differenz zwischen dem Regressions-Index [Totale Kosten {direkt und veranlasst, TPW-korrigiert}] der Beklagten von 179 Punkten und dem Toleranzbereich von 120 Punkten [vgl. Urk. 1 S. 8 und Urk. 2/6]). Bei einer Abweichung von 59 Punkten (Regressions-Index totale Kosten) über dem Toleranzbereich haben die Krankenversicherer den Anscheinsbeweis erbracht, dass die Wirtschaftlichkeit nicht gegeben ist. Dies gilt auch bei Anwendung der ANOVA-Methode mit einem ANOVA-Index direkte Kosten (ohne Medikamente) der Beklagten von 177 Punkten beziehungsweise einer Überschreitung des Toleranzbereichs von 130 Punkten um 47 Punkte (Urk. 1 S. 9 und Urk. 2/5 S. 3). Obwohl die Anwendung des ANOVA-Indexes zu einem tieferen Rückerstattungsbetrag führen würde (vgl. Urk. 1 S. 8 f. und Urk. 2/5), ist die Anwendung der Screening-Methode, welche zusätzliche Morbiditätskriterien berücksichtigt und damit spezifischer ist, nicht zu beanstanden. Deren Anwendung wurde vertraglich vereinbart.

### **E. 3.4**

Die Beklagte

soll seit dem Jahr 2014 auf keine der Kontaktversuche seitens der Klägerinnen eingegangen sein, weshalb bis dato keine Aussagen zu etwaigen Praxisbesonderheiten gemacht werden könnten. Bereits betreffend die Statistikjahre 2016 und 2017 (vgl. die Verfahren SR.2018.00008 und SR.2019.00011) habe sich die Beklagte nie geäußert. Es sei daher davon auszugehen, dass die Beklagte auch im Statistikjahr 2018 nach wie vor über ein vergleichbares Patientenkollektiv verfüge und keine Praxisbesonderheiten vorlägen (Urk. 1 S. 8 f.). Es trifft zu, dass sich die Beklagte nicht vernehmen liess, weder in diesem Verfahren noch in den Verfahren betreffend die Statistikjahre 2016 und 2017. Sie verzichtete damit darauf, darzulegen, inwieweit bei ihr beziehungsweise bei der Tätigkeit des einzigen praktizierenden Arztes oder beim Patientengut besondere Umstände oder spezielle Verhältnisse vorlägen. Praxisbesonderheiten oder andere spezielle Verhältnisse, welche das Überschreiten des Toleranzwertes von 120 Indexpunkten gemäss der Regressions-Methode zu erklären vermöchten, sind denn auch aus der Rechnungssteller-Statistik (Urk. 2/5) und dem Regressionsbericht (Urk. 2/6) nicht ersichtlich. Damit lässt sich die Überschreitung nicht begründen.

### **E. 3.5**

Die Berechnung der Rückforderungssumme erfolgt entsprechend der Gerichtspraxis zur ANOVA-Methode auf Basis der direkten Kosten und nicht der veranlassten Kosten (vgl. BGE 137 V 43 E. 2.5.5). Unter Berücksichtigung dieser Rechtsprechung und in Anwendung der Regressions-Methode errechneten die Klägerinnen eine Rückforderungssumme von Fr. 84'428.-- (Fr. 256'145.-- [Totale direkte Kosten] / 179 [Regressions-Index Totale Kosten] x [179 {Regressions-Index Totale Kosten} - 120 {Toleranzbereich}]; vgl. Urk. 1 S. 8), welche in diesem Umfang ausgewiesen ist.

### **E. 3.6**

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

### **E. 4**

Damit ist die Klage gutzuheissen und die Beklagte ist zu verpflichten, den Klägerinnen für das Statistikjahr 2018 einen Betrag von Fr. 84'428.-- zurückzubezahlen.

### **E. 5.1**

Gemäss § 52 GSVGer richtet sich die Bemessung der Kosten- und Entschädigungsfolgen nach den Bestimmungen der ZPO. Demgemäss werden die Prozesskosten der unterliegenden Partei auferlegt (Art. 106 Abs. 1 ZPO). In Anwendung von Art. 96 ZPO sowie von § 4 Abs. 1 der Gebührenverordnung des Obergerichts (GebV OG) ist die Gerichtsgebühr bei einem Streitwert von Fr. 84'428.-- auf gerundet Fr. 8'100.-- (Fr. 7'950.-- zuzüglich 4 % des Fr. 8'000 übersteigenden Streitwerts) festzusetzen und der unterliegenden Beklagten aufzuerlegen.

### **E. 5.2**

Gemäss Art. 95 Abs. 3 in Verbindung mit Art. 106 Abs. 1 ZPO hat das Gericht zu Lasten der unterliegenden Parteien eine Parteientschädigung festzusetzen. Eine Partei hat in der Regel nur Anspruch auf eine Prozessentschädigung, wenn sie berufsmässig (anwaltlich) vertreten ist. In begründeten Fällen wird eine angemessene Umtriebsentschädigung

zugesprochen, wenn eine Partei nicht berufsmässig vertreten ist (Art. 95 Abs. 3 lit. b und c ZPO). Die Klägerinnen sind nicht berufsmässig vertreten. Krankenkassen und anderen mit öffentlichrechtlichen Aufgaben betrauten Organisationen ist praxisgemäss in der Regel keine Parteientschädigung zuzu sprechen (vgl. BGE 112 V 356 E).

## **E. 6**

mit Hinweisen). Das Schiedsgericht erkennt: 1.

In Gutheissung der Klage wird die Beklagte verpflichtet, den Klägerinnen für das Statistikkjahr 2018 einen Betrag von insgesamt Fr. 84'428.-- zurückzubezahlen. 2.

Die Gerichtskosten von Fr. 8'100.-- werden der Beklagten auferlegt.

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

Es werden keine Parteientschädigungen zugesprochen. 4.

Zustellung gegen Empfangsschein an: - santésuisse - X.\_\_\_\_ - Bundesamt für Gesundheit - Gesundheitsdirektion des Kantons Zürich sowie an: - Gerichtskasse (im Dispositiv nach Eintritt der Rechtskraft) 5.

Gegen diesen Entscheid kann innert 30 Tagen seit der Zustellung beim Bundesgericht Beschwerde eingereicht werden (Art. 82 ff. in Verbindung mit Art. 90 ff. des Bundesgesetzes über das Bundesgericht, BGG). Die Frist steht während folgender Zeiten still: vom siebten Tag vor Ostern bis und mit dem siebten Tag nach Ostern, vom 15. Juli bis und mit 15. August sowie vom 18. Dezember bis und mit dem 2. Januar (Art. 46 BGG).

Die Beschwerdeschrift ist dem Bundesgericht, Schweizerhofquai 6, 6004 Luzern, zuzustellen.

Die Beschwerdeschrift hat die Begehren, deren Begründung mit Angabe der Beweismittel und die Unterschrift des Beschwerdeführers oder seines Vertreters zu enthalten; der angefochtene Entscheid sowie die als Beweismittel angerufenen Urkunden sind beizulegen, soweit die Partei sie in Händen hat (Art. 42 BGG). Schiedsgericht in Sozialversicherungsstreitigkeiten des Kantons Zürich Das leitende Mitglied Die Gerichtsschreiberin Vogel Muraro

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