

200 15 600 SCHG und
200 15 934 SCHG und
200 17 629 SCHG (3)
SCP/BOC/SEE

Schiedsgericht in Sozialversicherungsstreitigkeiten des Kantons Bern

Urteil vom 2. Dezember 2017

Vorsitzender Verwaltungsrichter Schütz
Fachrichter Dr. med. Gubler und Fürsprecher Cadotsch
Gerichtsschreiberin Bossert

1. **CSS Kranken-Versicherung AG (BAG Nr. 8)**
Tribtschenstrasse 21, 6005 Luzern
2. **Aquilana Versicherungen (BAG Nr. 32)**
Bruggerstrasse 46, 5400 Baden
3. **Moove Sympany AG (BAG Nr. 57)**
Peter Merian-Weg 4, 4052 Basel
4. **SUPRA-1846 SA (BAG Nr. 62)**
Avenue de la Rasude 8, 1006 Lausanne
5. **Sumiswalder Krankenkasse (BAG Nr. 194)**
Spitalstrasse 47, 3454 Sumiswald
6. **Genossenschaft Krankenkasse Steffisburg (BAG Nr. 246)**
Unterdorfstrasse 37, 3612 Steffisburg
7. **CONCORDIA**
Schweiz. Kranken- und Unfallversicherung AG (BAG Nr. 290)
Bundesplatz 15, 6002 Luzern
8. **Atupri Gesundheitsversicherung, vormals Atupri Krankenkasse (BAG Nr. 312)**
Zieglerstrasse 29, 3000 Bern
9. **Avenir Krankenversicherung AG (BAG Nr. 343)**
Rue des Cèdres 5, 1920 Martigny
10. **Krankenkasse Luzerner Hinterland (BAG Nr. 360)**
Luzernerstrasse 19, 6144 Zell
11. **KPT Krankenkasse AG (BAG Nr. 376)**
Wankdorfallee 3, 3014 Bern
12. **ÖKK Kranken- und Unfallversicherungen AG (BAG Nr. 455)**
Bahnhofstrasse 13, 7302 Landquart
13. **Vivao Sympany AG (BAG Nr. 509)**
Peter Merian-Weg 4, 4052 Basel



- 14. Kolping Krankenkasse AG (BAG Nr. 762)**
Wallisellenstrasse 55, 8600 Dübendorf
- 15. Easy Sana Krankenversicherung AG (BAG Nr. 774)**
Rue des Cèdres 5, 1920 Martigny
- 16. KLuG Krankenversicherung (BAG Nr. 829)**
Gubelstrasse 22, 6300 Zug
- 17. EGK Grundversicherungen AG (BAG Nr. 881)**
Brislachstrasse 2, 4242 Laufen
- 18. sodalis gesundheitsgruppe (BAG Nr. 941)**
Balfrinstrasse 15, 3930 Visp
- 19. Progrès Versicherungen AG (BAG Nr. 994) in eigener Sache und als Rechtsnachfolgerin der sansan Versicherungen AG (BAG Nr. 1566)**
Zürichstrasse 130, 8600 Dübendorf
- 20. SWICA Krankenversicherung AG (BAG Nr. 1384)**
Römerstrasse 38, 8400 Winterthur
- 21. GALENOS Kranken- und Unfallversicherung (BAG Nr. 1386)**
Militärstrasse 36, 8004 Zürich
- 22. Mutuel Krankenversicherung AG (BAG Nr. 1479)**
Rue des Cèdres 5, 1920 Martigny
- 23. Sanitas Grundversicherungen AG (BAG Nr. 1509) in eigener Sache und als Rechtsnachfolgerin der Wincare Versicherungen AG (BAG Nr. 1060)**
Jägerstrasse 3, 8004 Zürich
- 24. Intras Kranken-Versicherung AG (BAG-Nr. 1529)**
Avenue de Valmont 41, 1000 Lausanne 10
- 25. Philos Krankenversicherung AG (BAG Nr. 1535)**
Rue des Cèdres 5, 1920 Martigny
- 26. Assura Basis SA (BAG Nr. 1542)**
Avenue Charles-Ferdinand-Ramuz 70, 1009 Pully
- 27. Visana AG (BAG Nr. 1555)**
Weltpoststrasse 19, 3015 Bern
- 28. Agrisano Krankenkasse AG (BAG Nr. 1560)**
Laurstrasse 10, 5200 Brugg
- 29. Helsana Versicherungen AG (BAG Nr. 1562) in eigener Sache und als Rechtsnachfolgerin der avanex Versicherungen AG (BAG Nr. 1565)**
Zürichstrasse 130, 8600 Dübendorf
- 30. sana24 AG (BAG Nr. 1568)**
Weltpoststrasse 19, 3015 Bern
- 31. Arcosana AG (BAG Nr. 1569)**
Tribtschenstrasse 21, 6005 Luzern
- 32. Vivacare AG (BAG Nr. 1570) in eigener Sache und als Rechtsnachfolgerin der innova Krankenversicherung AG (BAG Nr. 1563)**
Weltpoststrasse 19, 3015 Bern

33. Compact Grundversicherungen AG (BAG Nr. 1575)

Jägerstrasse 3, 8004 Zürich

alle vertreten durch den Verein santésuisse, Römerstrasse 20, Postfach,
4502 Solothurn

und dieser vertreten durch Rechtsanwalt Dr. iur. A. _____

Klägerinnen

gegen

B. _____, Dr. med.

vertreten durch Rechtsanwalt C. _____

Beklagter

betreffend Klagen vom

- 29. Juni 2015 (RSS-Jahr 2013; Verfahren SCHG/2015/600),
- 23. Oktober 2015 (RSS-Jahr 2014; Verfahren SCHG/2015/934) und
- 3. Juli 2017 (RSS-Jahr 2015; Verfahren SCHG/2017/629)

Sachverhalt:

A.

Am 29. Juni 2015 reichten 34 Krankenversicherer (nachfolgend: Klägerinnen [Nrn. 1, 4 - 29, 31 - 33]), vertreten durch den Verein santésuisse (nachfolgend: santésuisse), dieser wiederum vertreten durch Rechtsanwalt Dr. iur. A._____, gegen Dr. med. B._____, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin (nachfolgend: Beklagter), Klage ein (Verfahren SCHG/2015/600). Sie stellen die folgenden Rechtsbegehren:

1. Der Beklagte sei durch das Schiedsgericht zu verpflichten, jene Beträge den Klägerinnen zurückzuerstatten, die er für das Rechnungssteller-Statistikjahr 2013 (RSS 2013) wegen unwirtschaftlicher bzw. gegebenenfalls nicht gesetzlicher Behandlungsweise den Klägerinnen gegenüber zu Unrecht vereinnahmt hat.
Gegebenenfalls seien weitere Sanktionsmassnahmen nach Ermessen des Schiedsgerichts zu treffen.
Die Konkretisierung des Forderungsbetrages bleibt ausdrücklich vorbehalten.
2. Unter Kosten- und Entschädigungsfolgen zu Lasten des Beklagten.

Mit prozessleitender Verfügung vom 10. Juli 2015 orientierte der Instruktionsrichter unter anderem über die Edition der Detailauswertung für alle Leistungserbringer des Facharztgebietes „Allgemeine Innere Medizin“ und die Durchführung einer Google-Recherche über die Praxistätigkeit des Beklagten. Gleichzeitig forderte er die Klägerinnen (bzw. santésuisse) auf, eine rechtsgültig unterzeichnete Anwaltsvollmacht sowie in Bezug auf einzelne Klägerinnen rechtsgültig unterzeichnete Prozessvollmachten und die RSS der Jahre 2009 bis 2013 betreffend Dr. med. D._____, der Ehefrau des Beklagten, einzureichen. Der Beklagte wurde aufgefordert, eine schriftliche Stellungnahme samt allfälliger Beweismittel einzureichen, wobei er diverse Fragen zum Kostenanstieg und zur Praxistätigkeit zu beantworten hatte. Schliesslich wurden die Parteien auf den 17. September 2015 zu einer Einigungsverhandlung vorgeladen.

Am 17. Juli 2015 leisteten die Klägerinnen einen Vorschuss an die Gerichtskosten von Fr. 3'000.--.

Mit Eingabe vom 30. Juli 2015 reichten die Klägerinnen die verlangten Vollmachten ein und informierten über das Ergebnis getätigter Recherchen zur Tätigkeit von Dr. med. D._____, insbesondere darüber, dass die Ehefrau des Beklagten im Zahlstellenregister (ZSR) weder mit eigener Nummer noch mit einer K-Nummer (Kontrollnummer für Angestellte) registriert sei.

Mit Stellungnahme vom 4. September 2015 stellte der Beklagte, vertreten durch Rechtsanwalt C._____, die folgenden Rechtsbegehren:

1. Die Rückforderungsklage bzw. Beschwerde sei vollumfänglich abzuweisen, sofern überhaupt darauf eingetreten werden kann.
2. Eventualiter sei in vorliegendem Fall zur Überprüfung der Zahlen des Beklagten die analytische Methode, systematische Einzelfallprüfung oder repräsentative Einzelfallprüfung mit Hochrechnung, anzuwenden.
3. Unter Kosten- und Entschädigungsfolge zulasten der Klägerinnen.

Am 17. September 2015 fand vor dem Schiedsgericht eine Einigungsverhandlung statt, anlässlich welcher keine Einigung erzielt werden konnte.

Mit Klageergänzung vom 23. Oktober 2015 wiederholten die Klägerinnen das RSS-Jahr 2013 betreffend die mit Klage vom 29. Juni 2015 gestellten Rechtsbegehren.

B.

Gleichzeitig mit der Klageergänzung vom 23. Oktober 2015 reichten 32 Krankenversicherer (nachfolgend: Klägerinnen [Nrn. 1, 3 - 9, 11 - 14, 16 - 31, 32 {in eigener Sache}]), vertreten durch den Verein santésuisse, dieser wiederum vertreten durch Rechtsanwalt Dr. iur. A._____, gegen Dr. med. B._____, eine weitere Klage ein (Verfahren SCHG/2015/934). Sie stellen die folgenden Rechtsbegehren:

1. Der Beklagte sei durch das Schiedsgericht zu verpflichten, jene Beträge den Klägerinnen zurückzuerstatten, die er für das Rechnungsteller-Statistikjahr 2014 (RSS 2014) wegen unwirtschaftlicher bzw. gegebenenfalls nicht gesetzlicher Behandlungsweise den Klägerinnen gegenüber zu Unrecht vereinnahmt hat.

Gegebenenfalls seien weitere Sanktionsmassnahmen nach Ermessen des Schiedsgerichts zu treffen.

Die Konkretisierung des Forderungsbetrages bleibt ausdrücklich vorbehalten.

In verfahrensrechtlicher Hinsicht werden für die beiden Verfahren der Statistikjahre 2013 und 2014 die folgenden Anträge gestellt:

2. In beweisrechtlicher Hinsicht sei die Überarztung anhand der statistischen Methode zu prüfen. Der Eventualantrag des Beklagten, die analytische Methode, die systematische Einzelfallprüfung oder die repräsentative Einzelfallprüfung mit Hochrechnung anzuwenden, sei abzuweisen.
3. Auf die förmliche Durchführung einer Schlichtungsverhandlung für das Statistikjahr 2014 sei zu verzichten und die klägerischerseits geltend gemachte Überarztung pro 2014 im Rahmen des schon früher rechtshängig gemachten Verfahrens pro 2013 gemeinsam zu beurteilen, sohin eine Vereinigung der beiden Statistikjahre 2013/2014 vorzunehmen.
4. Unter Kosten- und Entschädigungsfolgen zu Lasten des Beklagten.

Mit prozessleitender Verfügung vom 27. Oktober 2015 verwies der Instruktionsrichter die Klage betreffend das RSS-Jahr 2014 ins Verfahren SCHG/2015/934 und ordnete die bis auf weiteres gemeinsame Instruktion der beiden Verfahren SCHG/2015/600 und 934 an; soweit weitergehend wurde der Verfahrensantrag der Klägerinnen abgewiesen. Weiter wurde verfügt, dass auf die in den beiden Verfahren bislang erlangten und noch zu erlangenden Erkenntnisse gegenseitig abgestellt werde; soweit die Beweismittel nicht ausschliesslich das RSS-Jahr 2014 betreffen, würden sie im Rahmen des Verfahrens SCHG/2015/600 gesammelt. Zudem wurde verfügt, dass im Verfahren SCHG/2015/934 in Gutheissung des Antrags der Klägerinnen keine Einigungsverhandlung im Sinne eines Vermittlungsverfahrens durchgeführt werde.

Am 23. Februar 2016 reichte der Beklagte, weiterhin vertreten durch Rechtsanwalt C._____, eine Stellungnahme zur Ergänzung der Klage bzw. zu den Klagen (bzw. eine Klageantwort) ein. Im Verfahren SCHG/2015/600 stellt er unverändert die Rechtsbegehren gemäss Stellungnahme vom 4. September 2015 und im Verfahren SCHG/2015/934 beantragt er Folgendes:

1. Die Rückforderungsklage bzw. Beschwerde sei vollumfänglich abzuweisen, sofern überhaupt darauf eingetreten werden kann.
2. In vorliegendem Fall sei zur Überprüfung der Zahlen des Beklagten die analytische Methode, systematische Einzelfallprüfung oder repräsentative Einzelfallprüfung mit Hochrechnung, anzuwenden.
3. Unter Kosten- und Entschädigungsfolge zulasten der Klägerinnen.

Mit prozessleitender Verfügung vom 25. Februar 2016 forderte der Instruktionsrichter die Klägerinnen auf, eine Replik einzureichen und sich zu den vom Beklagten geltend gemachten statistischen Ungereimtheiten, zur geltend gemachten Praxisbesonderheit „Behandlungskompetenz verhindere Zuweisungen an Spezialisten und Spitäler“ sowie zur geltend gemachten „Rund-um-die-Uhr-Verfügbarkeit“ mit entsprechender höherer Notfallquote zu äussern.

Mit Replik vom 24. Mai 2016 halten die Klägerinnen grundsätzlich unverändert an den bisher gestellten Rechtsbegehren fest und beantragen zusätzlich, dass die vom Beklagten das Verfahren SCHG/2015/934 betreffend gestellten Rechtsbegehren abzuweisen seien.

Mit Duplik vom 3. März 2017 bestätigt der Beklagte für die beiden Verfahren SCHG/2015/600 und 934 unverändert die gemäss den Stellungnahmen vom 4. September 2015 und 23. Februar 2016 gestellten Rechtsbegehren.

Ebenfalls mit Schreiben vom 3. März 2017 machte der Beklagte das Gericht darauf aufmerksam, dass beim wiederholten Versuch mit seinem persönlichen Passwort bei der SASIS AG seine RSS 2015 herunterzuladen, eine fremde Statistik von einem Arzt aus ... gezeigt worden sei.

Mit prozessleitender Verfügung vom 31. März 2017 forderte der Instruktionsrichter die Klägerinnen auf, für die RSS-Jahre 2013 und 2014 gesonderte Listen, auf welchen sämtliche dem Beklagten als „Erkrankte“ zugeordneten Versicherten mit Namen und Vornamen sowie (soweit möglich) mit dem Geburtsdatum aufgeführt seien, sowie eine Stellungnahme zu dem im Schreiben des Beklagten vom 3. März 2017 dargelegten Sachverhalt, beschränkt auf die in den vorliegenden Verfahren streitigen Belange, einzureichen. Gleichzeitig stellte der Instruktionsrichter fest, dass das angerufene Gericht zur Behandlung von Eingaben betreffend allfälliger Verstösse gegen das Datenschutzgesetz sachlich nicht zuständig sei.

Mit Eingabe vom 4. Mai 2017 führten die Klägerinnen hinsichtlich der verlangten Patientenlisten 2013/2014 aus, diese könnten von der SASIS AG nicht erstellt werden und müssten bei den Versicherern angefordert werden. Da die Einholung dieser Daten bei sämtlichen Versicherern fürs erste nicht verhältnismässig erscheine, würden lediglich die Daten der drei grössten Versicherer (Helsana, KPT und Visana), welche für beide Jahre rund 60 % der ärztlicherseits erbrachten Leistungen abdeckten, geliefert. Zusätzlich äusserten sich die Klägerinnen zum Schreiben des Beklagten vom 3. März 2017 und zu der am gleichen Tag verfassten Duplik.

Der Instruktionsrichter stellte mit prozessleitender Verfügung vom 9. Mai 2017 fest, die von den Klägerinnen vorgetragene Begründung zur Beschränkung der Beweisanordnung vermöge solange zu überzeugen, als sich aufgrund des Abgleichs mit der Patientenkartei des Beklagten nicht Unzulänglichkeiten von wesentlicher Bedeutung ergäben. Gleichzeitig forderte er den Beklagten auf schriftlich mitzuteilen, ob auf den Listen Personen aufgeführt seien, welche in den fraglichen Abrechnungsjahren nicht von ihm behandelt worden seien. Gegebenenfalls seien die Personen namentlich und unter Angabe des Geburtsdatums aufzulisten.

C.

Am 3. Juli 2017 reichten 35 Krankenversicherer (nachfolgend: Klägerinnen [Nrn. 1 - 29, 31, 32 {in eigener Sache}, 33]), vertreten durch den Verein santésuisse, dieser wiederum vertreten durch Rechtsanwalt Dr. iur. A._____, gegen Dr. med. B._____, eine weitere Klage ein (Verfahren SCHG/2017/629). Sie stellen die folgenden Rechtsbegehren:

1. Der Beklagte Dr. med. B._____ (bzw. alternativ die ihm gehörende und zuzurechnende „...“) seien zu verpflichten, den klagenden Versicherern unter dem Titel unwirtschaftliche Behandlung pro 2015 jene Beträge zurückzuzahlen, die aus unwirtschaftlicher Behandlung resultieren.
Die Präzisierung und Konkretisierung des Forderungsbetrages bleibt vorbehalten.
2. Unter Kosten- und Entschädigungsfolgen zu Lasten des Beklagten.

Mit prozessleitender Verfügung vom 6. Juli 2017 hielt der Instruktionsrichter fest, die Klage betreffend das RSS-Jahr 2015 werde als gesondertes Verfahren unter der Nummer SCHG/2017/629 geführt. Soweit die Beweismittel nicht ausschliesslich das RSS-Jahr 2015 betreffen, würden sie im Rahmen des Verfahrens SCHG/2015/600 gesammelt. Weiter wurden die Klägerinnen aufgefordert klarzustellen, ob sie mit der Eingabe vom 3. Juli 2017 auch Klage gegen die „...“ erheben würden; gegebenenfalls hätten sie sich auch zur Passivlegitimation zu äussern.

Am 25. Juli 2017 leisteten die Klägerinnen an die Gerichtskosten der drei Verfahren einen weiteren Vorschuss von Fr. 6'000.--.

Am 28. Juli 2017 beantragten die Klägerinnen, das Verfahren SCHG/2017/629 sei nur in Bezug auf den Arzt Dr. med. B. _____ weiterzuführen.

In den Verfahren SCHG/2015/600 und 934 reichte der Beklagte am 10. August 2017 eine Stellungnahme ein, unter anderem mit Ausführungen zu den von den Klägerinnen beigebrachten Patientenlisten 2013 und 2014. Daraufhin forderte der Instruktionsrichter den Beklagten mit prozessleitender Verfügung vom 11. August 2017 auf mitzuteilen, welche der von ihm erwähnten 22 Patienten nicht zu seinem Patientenstamm gehörend zu betrachten seien bzw. von ihm noch nie eine Leistungsabrechnung erhalten hätten. Die entsprechende Stellungnahme des Beklagten ging am 28. August 2017 beim Gericht ein. In der Folge forderte der Instruktionsrichter die Klägerinnen mit prozessleitender Verfügung vom 28. August 2017 auf, unter Bekanntgabe des jeweiligen Abrechnungsvolumens nachzuweisen, dass die vom Beklagten aufgelisteten Versicherten um Kostenvergütung von Leistungen ersucht hätten, welche der Beklagte erbracht habe. Für diejenigen Versicherten, für welche ihnen der Nachweis nicht gelingen sollte, hätten sie insbesondere das in der jeweiligen RSS berücksichtigte Abrechnungsvolumen pro Patient und die daraus resultierenden direkten Arztkosten pro Erkrankten bekanntzugeben. Die entsprechende Stellungnahme der Klägerinnen ging am 11. Oktober 2017 beim Gericht ein.

Im Verfahren SCHG/2017/629 stellt der Beklagte, weiterhin vertreten durch Rechtsanwalt C._____, mit Klageantwort vom 29. September 2017 die folgenden Rechtsbegehren:

1. Die Rückforderungsklage sei vollumfänglich abzuweisen, sofern überhaupt darauf eingetreten werden kann.
2. Eventualiter sei in vorliegendem Fall zur Überprüfung der Zahlen des Beklagten die analytische Methode, systematische Einzelfallprüfung oder repräsentative Einzelfallprüfung mit Hochrechnung, anzuwenden.
3. Unter Kosten- und Entschädigungsfolge zulasten der Klägerinnen.

Mit Schlussbemerkungen vom 6. November 2017 hielten die Klägerinnen in allen drei Verfahren SCHG/2015/600 und 934 sowie SCHG/2017/629 mit Hinweis auf das bisher Ausgeführte an den bisherigen Ausführungen fest, insbesondere hätten die Ausführungen pro 2013/2014 auch für das später rechtshängig gemachte Verfahren pro 2015 Gültigkeit.

Der Beklagte hielt mit Schlussbemerkungen vom 6. November 2017 an den Ausführungen in den Rechtsschriften zu den einzelnen Verfahren vollumfänglich fest.

Mit prozessleitender Verfügung vom 7. November 2017 gab der Instrukti-
onsrichter den Parteien in den Verfahren SCHG/2015/600 und 934 sowie
SCHG/2017/629 die Zusammensetzung des Spruchkörpers bekannt.

Erwägungen:

1.

1.1 Gemäss Art. 17 Abs. 1 des kantonalen Gesetzes vom 23. Mai 1989 über die Verwaltungsrechtspflege (VRPG; BSG 155.21) kann die instruierende Behörde Verfahren vereinigen, wenn getrennt eingereichte Eingaben den gleichen Gegenstand betreffen. Vorliegend beziehen sich die Klagen vom 29. Juni 2015 (Verfahren SCHG/2015/600), vom 23. Oktober 2015

(Verfahren SCHG/2015/934) und vom 3. Juli 2017 (Verfahren SCHG/2017/629) auf die gleiche Sache, nämlich die Wirtschaftlichkeit der Praxisführung des Beklagten. Folglich sind die drei erwähnten Verfahren zu vereinigen.

1.2 Gemäss Art. 89 Abs. 1 des Bundesgesetzes vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung (KVG; SR 832.10) sind Streitigkeiten zwischen Versicherern und Leistungserbringern durch ein Schiedsgericht zu entscheiden. Die Kantone können die Aufgaben des Schiedsgerichts dem kantonalen Versicherungsgericht übertragen (Art. 89 Abs. 4 Satz 3 Halbsatz 1 KVG), was der Kanton Bern getan hat (Art. 40 des kantonalen Gesetzes vom 6. Juni 2000 betreffend die Einführung der Bundesgesetze über die Kranken-, die Unfall- und die Militärversicherung [EG KUMV; BSG 842.11]).

1.3 In den vorliegenden Verfahren ist je eine Streitigkeit zwischen Versicherern und einem Leistungserbringer zu beurteilen, weshalb die sachliche Zuständigkeit des Schiedsgerichts gegeben ist. Der Beklagte hat seine Praxis im Kanton Bern (...), womit das Schiedsgericht in Sozialversicherungsstreitigkeiten des Kantons Bern auch örtlich zuständig ist (Art. 89 Abs. 2 KVG).

1.4 Die Vertretungsverhältnisse auf der klägerischen Seite wurden im Rahmen der Prozessinstruktion geklärt (vgl. dazu insbesondere SCHG/2015/600: prozessleitende Verfügungen vom 10. Juli 2015 [Ziff. 1 lit. b und c und Ziff. 3] und vom 16. Juli 2015 sowie Eingabe der Klägerinnen vom 30. Juli 2015; vgl. dazu auch SCHG/2017/629: Klage vom 3. Juli 2017 S. 5 II./A./Ziff. 10 sowie SCHG/2015/600 und 934: Eingabe des Beklagten vom 23. Februar 2016 S. 3 f. II./A./Ziff. 4 und 5 und Replik vom 24. Mai 2016 S. 2 f. II./A./Ziff. 7 und 8). Dabei ergibt sich die Vertretungsvollmacht von *santésuisse* für die vorliegenden Verfahren für diejenigen Krankenversicherer, die *santésuisse*-Mitglieder sind, aus Art. 16 der *santésuisse*-Statuten (Akten der Klägerinnen im Verfahren SCHG/2015/600 [SCHG/2015/600 act. I] 1). Bezüglich der klagenden Nicht-*santésuisse*-Mitglieder wurden entsprechende die Jahre 2013 bis 2015 umfassende Prozessvollmachten vorgelegt (SCHG/2015/600 act. I 2; Akten der Klägerinnen im Verfahren SCHG/2015/600 [SCHG/2015/600 act. Ia] 2 - 4). So-

dann ist der Rechtsvertreter von santésuisse ordnungsgemäss bevollmächtigt (SCHG/2015/600 act. Ia 1; Art. 15 VRPG).

1.5

1.5.1 Soweit der Beklagte hinsichtlich der Formvorschriften vortragen lässt (SCHG/2015/600: Eingabe vom 4. September 2015 S. 2 f. II./A./Ziff. 3; SCHG/2015/934: Stellungnahme vom 23. Januar 2016 S. 2 f. II./A./Ziff. 2 a.E.; SCHG/2017/629: Klageantwort vom 29. September 2017 S. 3 II./A./Ziff. 4; vgl. auch die Schlussbemerkungen vom 6. November 2017 in allen drei Verfahren S. 2 Ziff. 3), die Rechtsbegehren seien zu wenig bestimmt bzw. nicht beziffert worden, weshalb auf die Klagen nicht eingetreten werden könne, kann dem nicht gefolgt werden. Zum einen findet, entgegen der ursprünglichen Annahme des Beklagten (SCHG/2015/600: Stellungnahme vom 4. September 2015 S. 2 f. II./A./Ziff. 3), nicht die Schweizerische Zivilprozessordnung vom 19. Dezember 2008 (ZPO; SR 272), sondern das VRPG Anwendung (Art. 46 Abs. 2 EG KUMV; vgl. auch E. 1.7 hiernach). Nur für eine Änderung des Rechtsbegehrens oder des Klagegrundes wären die Vorschriften der ZPO über die Klageänderung sinngemäss anwendbar (Art. 26 VRPG).

Für die Frage, ob das Rechtsbegehren hinreichend bestimmt ist, ist das VRPG massgebend. Der Antrag bzw. das Rechtsbegehren gemäss Art. 32 Abs. 2 VRPG soll so präzise gefasst sein, dass er unverändert ins Entscheidungsdispositiv übernommen werden kann. Die Praxis ist jedoch nicht streng. Zum einen ist dem Antragserfordernis bereits Genüge getan, wenn sich aus dem Zusammenhang und unter Zuhilfenahme der Begründung sinngemäss ergibt, was anbegehrt wird (MERKLI/AESCHLIMANN/HERZOG, Kommentar zum bernischen VRPG, 1997, Art. 32 N. 13; vgl. auch BGE 137 III 617 E. 6.2 S. 622). Zum anderen sind im Sozialversicherungsprozess die Anforderungen an eine hinreichende Klage geringer als nach ZPO. Es gilt insbesondere der Untersuchungsgrundsatz (Art. 89 Abs. 5 KVG). Ausserdem kann das Gericht einer Partei mehr oder anderes zusprechen, als was sie verlangt hat (vgl. auch E. 1.6 hiernach). Insoweit liegen mit Blick auf die betragliche Festlegung in den Begründungen – die Klägerinnen machen für das Jahr 2013 eine Rückforderung von Fr. 931'438.-- (SCHG/2015/600: Klage vom 29. Juni 2015 S. 8 II./B./Ziff. 16), für das Jahr 2014 eine solche

von Fr. 766'177.-- (SCHG/2015/934: Klage vom 23. Oktober 2015 S. 12 f. II./B./Ziff. 14.2) und für das Jahr 2015 eine solche von Fr. 1'116'977.-- (SCHG/2017/629: Klage vom 3. Juli 2017 S. 4 II./A./Ziff. 7) geltend – hinreichend substantiierte Rechtsbegehren vor (vgl. auch Entscheid des Bundesgerichts [BGer] vom 5. Juli 2012, 9C_110/2012, E. 1.1), zumal im Verfahren vor dem Schiedsgericht auch nicht die Dispositionsmaxime gilt (vgl. dazu E. 1.6 hiernach).

Nicht einzutreten ist demgegenüber auf die in den Verfahren SCHG/2015/600 und 934 gestellten Anträge, weitere Sanktionsmassnahmen anzuordnen (vgl. Art. 59 KVG). In dieser Hinsicht sind weder die Anträge konkret noch erfolgt in der jeweiligen Klagebegründung eine hinreichende Spezifizierung. Im Übrigen entsprechen die Klagen den Formvorschriften (Art. 46 Abs. 2 EG KUMV i.V.m. Art. 32 Abs. 2 und 3 VR-PG), weshalb auf die Klagen ohne Weiterungen einzutreten ist.

1.5.2 Da – wie bereits erwähnt (vgl. E. 1.5.1 hiervor) – vorliegend nicht die ZPO zur Anwendung gelangt, können Weiterungen zum Argument des Beklagten, eine Klagenhäufung sei nicht statthaft (vgl. Art. 376 ZPO; vgl. insbesondere SCHG/2015/600 und 934: Stellungnahme vom 23. Februar 2016 S. 4 II./A./Ziff. 5) unterbleiben (vgl. auch E. 3.1.1 am Schluss hiernach). Vorliegend kommt das gesetzlich vorgesehene schiedsgerichtliche Verfahren gemäss Art. 89 KVG zur Anwendung.

1.6 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 S. 26). Das Gericht würdigt die Vorbringen der Parteien in tatsächlicher und rechtlicher Hinsicht nach pflichtgemäsem Ermessen. Es kann unter Wahrung des rechtlichen Gehörs zu Ungunsten der klagenden Partei entscheiden oder dieser mehr zusprechen, als sie verlangt hat (Art. 46 Abs. 2 EG KUMV i.V.m. Art. 92 Abs. 1 und 3 Satz 2 VR-PG). Vorliegend ist zu prüfen, ob der Beklagte den Klägerinnen für die Jahre 2013 bis 2015 zu Unrecht erhaltene Vergütungen zurückbezahlen muss und gegebenenfalls wie hoch der entsprechende Betrag ist.

1.7 Die Bestimmungen des Bundesgesetzes vom 6. Oktober 2000 über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSG; SR 830.1) 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). Der Kanton regelt das Weitere (Art. 89 Abs. 5 Halbsatz 1 KVG). Das Klageverfahren richtet sich vorbehältlich abweichender Regelungen des EG KUMV (Art. 46 Abs. 2 EG KUMV) nach dem VRPG.

1.8 Das Schiedsgericht in Sozialversicherungsstreitigkeiten urteilt in Dreierbesetzung. Es besteht aus einem Mitglied des Verwaltungsgerichts als neutralem Vorsitzenden und je einer Vertreterin oder einem Vertreter der betroffenen Versicherer und Leistungserbringer. Diese werden von der oder dem neutralen Vorsitzenden bezeichnet (Art. 89 Abs. 4 Sätze 2 und 3 KVG, Art. 56 Abs. 4 des kantonalen Gesetzes vom 11. Juni 2009 über die Organisation der Gerichtsbehörden und der Staatsanwaltschaft [GSOG; BSG 161.1]).

Die Klägerinnen wurden im Verfahren SCHG/2015/600 bereits mit prozessleitender Verfügung vom 10. Juli 2015 (Ziff. 1 lit. d und e) auf Art. 48 Abs. 2 GSOG hingewiesen, wonach es sich beim Schiedsgericht um ein staatliches Gericht handelt, an welches auch die Fachrichter – auf Vorschlag der Fachverbände – vom Grossen Rat des Kantons Bern gewählt werden, mithin auf den Verfahrensantrag gemäss Ziff. 3 der Klage vom 29. Juni 2015 nicht einzutreten ist. In den Folgeverfahren wurde dieser Antrag denn auch nicht mehr gestellt.

1.9 Gemäss Art. 45 Abs. 1 EG KUMV kann durch die neutrale Vorsitzende oder den neutralen Vorsitzenden des Schiedsgerichts ein Vermittlungsverfahren durchgeführt werden, wenn nicht schon eine vertraglich eingesetzte Vermittlungsinstanz geamtet hat. Im Verfahren SCHG/2015/600 fand am 17. September 2015 eine erfolglose Einigungsverhandlung statt. Im Verfahren SCHG/2015/934 wurde mit prozessleitender Verfügung vom 27. Oktober 2015 entschieden, keine Einigungsver-

handlung im Sinne eines Vermittlungsverfahrens durchzuführen. Auch im Verfahren SCHG/2017/629 ist von der Durchführung eines Vermittlungsverfahrens abzusehen, da eine Einigung zwischen den Parteien offensichtlich nicht erzielt werden kann (vgl. SCHG/2017/629: Klage vom 3. Juli 2017 S. 6 II./A./Ziff. 13).

2.

2.1

2.1.1 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).

2.1.2 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. Diese umfassen die Verwarnung (lit. a), die gänzliche oder teilweise Rückerstattung der Honorare, welche für nicht angemessene Leistungen bezogen wurden (lit. b), eine Busse (lit. c) oder im Wiederholungsfall den vorübergehenden oder definitiven Ausschluss von der Tätigkeit zu Lasten der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (lit. d). 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

(namentlich) kein Verschulden des Leistungserbringers vorausgesetzt wird (BGE 141 V 25 E. 8.4 S. 30).

2.2 Zur Überprüfung der Wirtschaftlichkeit kann rechtsprechungsgemäss sowohl die statistische Methode (Durchschnittskostenvergleich) als auch die analytische Methode (Einzelfallprüfung) – oder eine Kombination beider Methoden – zur Anwendung gelangen (BGE 135 V 237 E. 4.6.1 S. 245; SVR 2015 KV Nr. 8 S. 31 E. 5.2). Voraussetzung für die Anwendbarkeit der statistischen Methode ist, dass sich das Vergleichsmaterial hinreichend ähnlich zusammensetzt und sich der Vergleich über einen genügend langen Zeitraum erstreckt, wodurch bloss zufällige Unterschiede mehr oder weniger ausgeglichen werden. Eine Überarztung liegt vor, wenn eine ins Gewicht fallende Zahl von Rechnungen desselben Arztes oder derselben Ärztin an eine Krankenkasse im Vergleich zur Zahl von Rechnungen von Ärzten des gleichen Fachbereichs in geographisch gleichem Tätigkeitsbereich und mit etwa gleichem Krankengut im Durchschnitt erheblich höher ist, ohne dass den Durchschnitt beeinflussende Besonderheiten geltend gemacht werden können. Falls die Wirtschaftlichkeit in Anwendung der statistischen Methode beurteilt wird, darf eine Unwirtschaftlichkeit nicht schon bei Überschreitung des statistischen Mittelwertes (100 Indexpunkte) vermutet werden. Vielmehr ist den Ärzten und Ärztinnen einerseits ein Toleranzbereich und zudem allenfalls ein Zuschlag zu diesem Toleranzwert (zu dem den Toleranzbereich begrenzenden Indexwert) zuzugestehen, um spezifischen Praxisbesonderheiten Rechnung zu tragen. Nach der Rechtsprechung liegt der Toleranzbereich zwischen 120 und 130 Indexpunkten (BGE 137 V 43 E. 2.2 S. 45; SVR 2015 KV Nr. 8 S. 31 E. 5.3).

2.3 In BGE 130 V 377 hat das Bundesgericht entschieden, dass bei der Wirtschaftlichkeitsprüfung grundsätzlich die Vergütungen sämtlicher verursachten (direkten und veranlassten) Kosten zu berücksichtigen sind, und zwar bei der Bestimmung der Indizes im Rahmen der statistischen Methode ebenso wie bei der Bemessung der Rückerstattungspflicht. In BGE 133 V 37 hat es – in Änderung seiner bisherigen Rechtsprechung – erkannt, dass bei der Wirtschaftlichkeitsprüfung grundsätzlich eine Gesamtbetrachtung Platz zu greifen hat und dementsprechend auf den die Arzt-, die Medi-

kamenten- und – soweit möglich – die veranlassten Kosten berücksichtigenden Gesamtkostenindex abzustellen ist. Schliesslich hat das Bundesgericht in BGE 137 V 43 die Rechtsprechung gemäss BGE 130 V 377 dahingehend geändert, dass von der Rückerstattungspflicht nach Art. 56 Abs. 2 KVG nur die direkten Kosten (einschliesslich der abgegebenen Medikamente), nicht hingegen die vom Arzt veranlassten Kosten erfasst werden. Nach wie vor ist jedoch die Frage, ob das Wirtschaftlichkeitserfordernis erfüllt ist, aufgrund einer Gesamtbetrachtung im Sinne von BGE 133 V 37 zu beantworten, wobei ein überdurchschnittlicher Anteil an selber erbrachten – bei unterdurchschnittlich ausgelagerten – Leistungen zumindest im Sinne einer Praxisbesonderheit zu berücksichtigen ist (Entscheid des BGer vom 5. Juli 2012, 9C_110/2012, E. 2.2). Massgebend ist somit der Gesamtkostenindex. Liegt dieser innerhalb des Toleranzbereichs, ist das Wirtschaftlichkeitsgebot nicht verletzt. Andernfalls ist – in einem zweiten Schritt – zu prüfen, ob die direkten Kosten den Toleranzwert übertreffen. Trifft das nicht zu, besteht trotz Überarztung keine Rückerstattungspflicht. Es können sich jedoch allenfalls Massnahmen nach Art. 59 Abs. 1 lit. a, c oder d KVG aufdrängen (SVR 2015 KV Nr. 8 S. 31 E. 5.4).

2.4 Der von den Krankenversicherern gestützt auf die statistische Methode um Rückerstattung angegangene Arzt hat aus Gründen des rechtlichen Gehörs einen Anspruch darauf, in die für den Wirtschaftlichkeitsvergleich herangezogenen Daten Einsicht zu nehmen. Bei Anwendung der statistischen Methode der Wirtschaftlichkeitsprüfung hat der Verband der Krankenversicherer deshalb die Namen der Ärzte, welche die Vergleichsgruppe bilden, sowie – in anonymisierter Form – deren individuelle Daten aus dem "santésuisse-Datenpool" offenzulegen (SVR 2011 KV Nr. 15 S. 59 E. 4.4).

3.

3.1

3.1.1 Die Aktivlegitimation der klagenden Krankenversicherer ergibt sich aus Art. 56 Abs. 2 bzw. Art. 59 Abs. 2 KVG (vgl. E. 2.1.1 und 2.1.2 hiervor). Als Klägerinnen treten vorliegend Krankenkassen auf, die in den Jahren

2013 bis 2015 vom Beklagten ausgestellte Rechnungen vergütet und santésuisse zur Aufnahme in die RSS gemeldet haben. Die in den Klagen vom 29. Juni 2015, 23. Oktober 2015 und 3. Juli 2017 aufgeführten Klägerinnen bzw. BAG-Nummern stimmen teilweise insofern nicht mehr mit den im Rubrum aufgeführten Krankenkassen überein, als seither gewisse Krankenkassen miteinander fusioniert haben (vgl. Rubrum hiavor und www.zefix.ch). Ihre Aktivlegitimation als Frage der materiellen Anspruchsberechtigung in den Verfahren betreffend die Rückerstattung ist auf die neuen Kassen übergegangen. Soweit unterschiedliche Parteibezeichnungen bloss auf einen Wechsel der Firma der klagenden Kassen zurückgehen, liegt von vornherein kein rechtlich relevanter Parteiwechsel vor (Entscheid des BGer vom 10. Dezember 2009, 9C_457/2009, E. 5).

Nach der Rechtsprechung ist eine Kollektivklage aller Versicherer, vertreten durch den Krankenkassenverband, zulässig und eine Spezifikation der auf den einzelnen Versicherer entfallenden Beträge nicht erforderlich (in BGE 133 V 37 nicht publ. E. 3.3 [Entscheid des Eidgenössischen Versicherungsgerichts {EVG, heute BGer} vom 9. Oktober 2006, K 6/06]).

3.1.2 Die Passivlegitimation des Beklagten (vgl. dazu SCHG/2017/629: prozessleitende Verfügung vom 6. Juli 2017, Eingabe der Klägerinnen vom 28. Juli 2017 und Klageantwort vom 29. September 2017 S. 3 f. II./B./Ziff. 1) ergibt sich allein über die dem Beklagten persönlich zugewiesene Abrechnungsnummer ... (vgl. SCHG/2015/600 act. I 6). Dafür, dass über die dem Beklagten persönlich zugewiesene ZSR-Nummer sämtliche Leistungen der in der ... des Beklagten beschäftigten Ärzte abgerechnet wurden, haftet der Beklagte persönlich. Zudem ergibt sich die Passivlegitimation des Beklagten aus Art. 56 Abs. 2 bzw. Art. 59 Abs. 1 lit. b KVG. Vorliegend fordern die Klägerinnen vom Beklagten als Leistungserbringer Vergütungen zurück, von denen die Klägerinnen geltend machen, diese seien zu Unrecht bezahlt worden.

3.2 In Analogie zu Art. 25 Abs. 2 ATSG erlischt der Rückforderungsanspruch praxisgemäss auch hinsichtlich Art. 56 Abs. 2 KVG 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 (vgl. dazu BGE 133 V 579 E. 4.1 S. 582).

Vorliegend datiert die RSS für das Jahr 2013 vom 15. Juli 2014 (SCHG/2015/600 act. I 6), diejenige für das Jahr 2014 vom 15. Juli 2015 (Gerichtsdossier SCHG/2015/934) und diejenige für das Jahr 2015 vom 15. Juli 2016 (Akten der Klägerinnen im Verfahren SCHG/2017/629 [SCHG/2017/629 act. I] 1); die Klage für das Jahr 2013 wurde am 29. Juni 2015, diejenige für das Jahr 2014 am 23. Oktober 2015 und diejenige für das Jahr 2015 am 3. Juli 2017 der Post übergeben und damit beim Schiedsgericht eingereicht (vgl. Art. 42 VRPG). Dass in den Akten nur das Erstellungsdatum der Statistik und nicht auch die für den Beginn der Frist massgebende Kenntnisnahme vermerkt ist, vermag nicht zu schaden, weil eine Kenntnisnahme der Statistik vor deren Erstellung ausgeschlossen ist. Damit haben die Klägerinnen für die drei fraglichen Jahre die einjährige Verwirkungsfrist gewahrt. Da hier Vergütungen für die Jahre 2013 bis 2015 zurückgefordert werden, ist die Fünfjahresfrist ebenfalls eingehalten.

Nachdem die Rechtsbegehren bzw. die Rückforderungsbeträge als hinreichend bestimmt qualifiziert wurden (vgl. E. 1.5.1 hiervor), erübrigen sich auch weitere Ausführungen zum Einwand des Beklagten, wonach die Forderung(en) mangels Bezifferung verwirkt sei(en; SCHG/2015/600 und 934: Stellungnahme vom 23. Januar 2016 S. 3 II./A./Ziff. 3; vgl. auch SCHG/2017/629: Klageantwort vom 29. September 2017 S. 2 II./A./Ziff. 3). Im Übrigen ist zur Fristwahrung die Klagebezifferung grundsätzlich nicht notwendig (Entscheid des EVG vom 26. Juni 2003, K 127/01, E. 2.2.3).

4.

4.1 Die Klägerinnen haben vorliegend für die Wirtschaftlichkeitsprüfung die statistische Methode bzw. den Durchschnittskostenvergleich herangezogen, wobei sie Auswertungen anhand der RSS und der Varianzanalyse bzw. ANOVA-Methode (ANOVA = Analysis of Variance) vorgenommen haben. Letztere vergleicht die Kostenstruktur des Arztes nach Alter- und Geschlecht seiner Patienten mit der durchschnittlichen Kostenstruktur nach Alter- und Geschlecht der gesamtschweizerischen Facharztgruppe, wobei

zusätzlich auch kantonale Kostenunterschiede berücksichtigt werden (Positionspapier von santésuisse „Wirtschaftlichkeitsprüfungen bei frei praktizierenden Ärzten“ [nachfolgend: Positionspapier santésuisse], Fassung vom 29. Januar 2009, S. 3 Ziff. 2.4, abrufbar unter www.santesuisse.ch; vgl. auch GEBHARD EUGSTER, Krankenversicherung, in ULRICH MEYER [Hrsg.], Schweizerisches Bundesverwaltungsrecht [SBVR], Band XIV, Soziale Sicherheit, 3. Aufl. 2016, S. 678 N. 882). Im Zusammenhang mit der ANOVA-Methode machen die Klägerinnen in der Eingabe vom 23. Oktober 2015 in den Verfahren SCHG/2015/600 und 934 S. 11 f. II./B./Ziff. 13.10 und 14.1, geltend, dass die Indizes des Beklagten gemäss der ANOVA-Methode, welche gestützt auf Art. 56 Abs. 6 KVG zwischen FMH, santésuisse und curafutura vertraglich vereinbart worden sei, ebenfalls (neben der RSS) ausserhalb des Toleranzbereichs lägen (vgl. auch SCHG/2017/629: Klage vom 3. Juli 2017 S. 3 II./A./Ziff. 4).

4.2 Im Zusammenhang mit der Anwendbarkeit der ANOVA-Methode liess der Beklagte ein juristisches Kurzgutachten („Gutachterliche Äusserung zur vertraglichen Festlegung einer Methode zur Kontrolle der Wirtschaftlichkeit [Art. 56 Abs. 6 KVG]“; Akten des Beklagten im Verfahren SCHG/2015/600 [SCHG/2015/600 act. IIa] 4) des Prof. Dr. iur. Ueli Kieser zu Händen des Vereins Ethik und Medizin in der Schweiz (VEMS) einreichen. Darin wird ausgeführt, der vertraglichen Festlegung der ANOVA-Methode zwischen der Ärzteschaft (FMH) einerseits und santésuisse sowie curafutura andererseits als Methode zur Kontrolle der Wirtschaftlichkeit (vgl. SCHG/2015/600 act. I 24) sei keine Beachtung zu schenken (SCHG/2015/600 act. IIa 4 Ziff. 4.3 und 5). Das Parlament habe beim Erlass von Art. 56 Abs. 6 KVG diese Methode ausdrücklich ausgeschlossen (SCHG/2015/600 act. IIa 4 Ziff. 3.3.1, 3.4, 4.3 und 5). Gestützt auf die Ausführungen von Prof. Dr. iur. Kieser beantragt der Beklagte die Anwendung der analytischen Methode bzw. die Durchführung einer repräsentativen Einzelfallprüfung mit Hochrechnung (SCHG/2015/600 und 934: Stellungnahme vom 23. Februar 2016 S. 8 II./A./Ziff. 7 und Duplik vom 3. Juli 2017 S. 4 f. II./B./Ziff. 3).

Vorab zu prüfen ist, ob der Methode des Durchschnittskostenvergleichs die Anwendung zu versagen ist.

4.3 Das Schiedsgericht in Sozialversicherungsstreitigkeiten des Kantons Bern hat sich zur Anwendbarkeit des Durchschnittskostenvergleichs bzw. der ANOVA-Methode im Urteil vom 5. März 2017, SCHG/2015/644, E. 4.3 (vgl. auch Urteile vom 1. März 2017, SCHG/2015/658 und 2016/667, E. 4.3, vom 5. März 2017, SCHG/2016/660, E. 4.3, und vom 3. Juli 2017, SCHG/2016/665, E. 4.2.1), geäussert und dazu Folgendes festgehalten: Die ANOVA-Methode besteht seit dem Statistikjahr 2004 (vgl. Positionspapier santésuisse; vgl. auch das Gutachten des Seminars für Statistik der ETH Zürich vom 28. September 2005 „Die ANOVA-Methode zur Prüfung der Wirtschaftlichkeit von Leistungserbringern nach Art. 56 KVG“, abrufbar unter www.physicianprofiling.ch). Sie ist immer wieder in der Kritik gestanden, vorab von Seiten der Ärzteschaft. Auch Prof. Dr. iur. Kieser hat sich wiederholt kritisch gegenüber der ANOVA-Methode geäussert (vgl. MICHAEL ROMANENS, Wirtschaftlichkeitsverfahren, die keine sind: rechtliches Gutachten im Licht unabhängiger Statistik, Schweizerische Ärztezeitung [SÄZ], 2011, S. 338 ff.). Dies führte dazu, dass auch der Bundesgesetzgeber tätig wurde und in Art. 56 KVG einen neuen Abs. 6 einfügte. Darin wird festgelegt, dass Ärzteschaft und Krankenversicherer gemeinsam eine Methode zur Wirtschaftlichkeitsprüfung zu vereinbaren haben. Ausgangspunkt war die parlamentarische Initiative „Stärkung der Hausarztmedizin“ (vgl. BBl 2011 2519 2527 2529). Die Krankenversicherer sollten die angewandte Methode transparent machen und die Parteien sollten gemeinsam (partnerschaftlich) über die anzuwendende Methode diskutieren. Der Sprecher der Kommission im Nationalrat (Ignazio Cassis) hatte dabei hervorgehoben (Amtl. Bull. NR 2011 S. 1308), dass die Methode vorab den Leistungserbringern unbekannt sei (Intransparenz). Der Titel „Stärkung der Hausarztmedizin“ stehe deshalb, weil die Hausärzte mitunter schwere Fälle behandeln würden und sie von der derzeitigen Methode übermässig beeinträchtigt würden. Es sei deshalb das Ziel, die Morbidität mit in die Methode einzubeziehen. Die neue Bestimmung setze voraus, dass die Verbände der Versicherer ihre Methode zur Diskussion stellten und die Algorithmen vollständig offen legten. Was geändert werde, sei einzig die Festlegung der Methode. Es gebe die ANOVA-Methode, die möglicherweise morbiditätsbezogen verfeinert werden müsse (Voten Humbel, Perlicz-Huber und Bundesrat Burkhalter im Nationalrat wie auch im Ständerat [Amtl. Bull. NR 2011 S. 1308 ff. und Amtl. Bull. SR 2011 S. 1106 ff.]). In der parlamentari-

schen Beratung findet sich einzig im Votum Heim (Amtl. Bull. NR. 2011 S. 1310) eine eindeutige Ablehnung der ANOVA-Methode. Das Parlament hat damit der eingefügten Gesetzesbestimmung – über den Wortlaut hinaus – kein Verbot einer bestimmten Methode beigelegt. Vielmehr war es die Absicht des Parlaments, die Methodenfestlegung in Zukunft auf den partnerschaftlichen Weg zu verweisen, ohne sich selbst zur Methode zu äussern. Die Leistungserbringerseite hatte dem Willen des Gesetzgebers folgend nach Erlass von Art. 56 Abs. 6 KVG die Gelegenheit, sich die Methode transparent vorlegen zu lassen und in eine Diskussion mit den Versicherern einzusteigen. Dies ist erfolgt und es ist ein Vertrag über die Anwendbarkeit der ANOVA-Methode abgeschlossen worden. Die Parteien sind gleichzeitig übereingekommen, die Methode fortlaufend zu verbessern. Insoweit darf durchaus davon ausgegangen werden, dass Transparenz geschaffen worden war und unüberwindbare Vorbehalte nicht mehr bestanden. Wenn die Parteien ihrem freien Willen folgend (die Ärzteschaft hätte ohne weiteres die Unterschrift verweigern können, womit der Bundesrat die Methode festgelegt hätte [vgl. Übergangsbestimmung zur Änderung des KVG vom 23. Dezember 2011]) die Vereinbarung über die Massgeblichkeit der ANOVA-Methode unterzeichnet haben, so zeigt dies, dass die im Verhandlungsverfahren geschaffene Transparenz in Kombination mit dem ETH-Gutachten vom 28. September 2005 die Ärzteschaft offenbar davon überzeugen konnte, dass der derzeitige Stand für die Leistungserbringerseite zumindest als minimale Basis akzeptabel war. Schliesslich stände es jeder Partei frei, den Vertrag zu kündigen.

Das Bundesgericht hatte im Entscheid vom 15. Mai 2017, 9C_28/2017, eine Rückforderung für das Jahr 2012 zu beurteilen und dabei offengelassen (E. 3.2), ob der Gesetzgeber mit dem neuen (am 1. Januar 2013 in Kraft getretenen [AS 2012 4087]) Art. 56 Abs. 6 KVG betreffend die Methode zur Kontrolle der Wirtschaftlichkeit die weitere Anwendung der statistischen Methode (Durchschnittskostenvergleich) ausschliessen wollte. Hier sind dagegen die Jahre 2013 bis 2015 zu beurteilen. Für die Jahre 2014 und 2015 ist der zwischen den Versicherern und den Leistungserbringern gestützt auf Art. 56 Abs. 6 KVG am 27. Dezember 2013/16. Januar 2014 geschlossene Vertrag (SCHG/2015/600 act. I 24) und damit der Durchschnittskostenvergleich anwendbar, dies entgegen der im Urteil BGer

9C_28/2017, E. 3.2, vom damaligen Beschwerdeführer vertretenen Auffassung. Ob der am 27. Dezember 2013/16. Januar 2014 geschlossene Vertrag (SCHG/2015/600 act. I 24) auch für das Jahr 2013 Gültigkeit hat, kann offen bleiben (vgl. auch E. 5.8.2 hiernach), da bis zum Vertragsschluss ohnehin der Durchschnittskostenvergleich anwendbar war.

Dass sich die Parteien des Vertrages nach Art. 56 Abs. 6 KVG (SCHG/2015/600 act. I 24) dazu verpflichtet haben, das heute verwendete Varianzanalysemodell mit Morbiditätsvariablen zu ergänzen, führt im vorliegenden Fall nicht dazu, von der statistischen zur analytischen Methode zu wechseln.

4.4 Neben den Einwendungen gegen die ANOVA-Methode bringt der Beklagte auch Einwendungen gegen die statistischen Grundlagen vor (vgl. SCHG/2015/600 und 934: Stellungnahme vom 23. Februar 2016 S. 6 f. II./A./Ziff. 6):

4.4.1 Soweit er unter Hinweis auf eine Erhebung von PonteNova geltend macht, rund 20 % der statistisch erfassten Leistungserbringer übten im massgeblichen Statistikjahr im Kanton Bern gar keine Praxistätigkeit (mehr) aus, ist festzustellen, dass es sich dabei um Ärzte handelt, welche zwar im betreffenden Statistikjahr nicht mehr praktizierten, jedoch deren Patienten in diesem Jahr noch Leistungsabrechnungen aus früherer Zeit einreichten. Mit dem Beklagten ist davon auszugehen, dass solche Leistungserbringer in der Statistik bloss noch wenige Patienten und demgemäss ein kleines Abrechnungsvolumen aufweisen. Es mag zutreffen, dass über Leistungserbringer, welche in der Statistik nur wenige Patienten aufweisen, keine über eine grosse Zahl konsolidierten Statistikwerte erzeugt werden können. Dieser Umstand wirkt sich indessen mit Bezug auf die vorliegend streitigen Belange auf die Statistik des Beklagten deshalb nicht aus, weil die Kosten pro Erkrankten den massgeblichen Indexwert bilden.

Dies wird bestätigt durch die im vorliegenden Verfahren angeordneten Kontrollrechnungen für das Jahr 2013. Die Klägerinnen haben Berechnungen vorgelegt mit Einschränkung des Vergleichskollektivs „Allgemeine Innere Medizin Kanton Bern 2013“ auf Ärzte, welche gemäss SASIS-Datenpool 300 oder mehr Erkrankte aufweisen (Akten der Klägerinnen im Verfahren

SCHG/2015/600 [SCHG/2015/600 act. Ib] 4), und mit Ausschluss der je 200 Ärzte mit dem tiefsten bzw. höchsten Abrechnungsvolumen (direkte Kosten [SCHG/2015/600 act. Ib 5]); schliesslich wurden die Durchschnittswerte der Vergleichsgruppe auch noch anhand des Medians ermittelt (SCHG/2015/600 act. Ib 6). Die gestützt auf diese Berechnungen ermittelten Indizes weichen nur unwesentlich von der Standardberechnung ab bzw. fallen teilweise sogar zu Ungunsten des Beklagten aus (vgl. SCHG/2015/600 und 934: Replik vom 24. Mai 2016 S. 4 f. II./A./Ziff. 9 lit. d und e). Zu ergänzen ist, dass nach den Ausführungen in E. 4.3 hiervor der ANOVA-Index massgebend ist, welcher auf einem gesamtschweizerischen Vergleichskollektiv mit mindestens 50 Erkrankten oder mindestens totalen Kosten von Fr. 100'000.-- beruht, worauf die Klägerinnen überzeugend hinweisen (vgl. a.a.O., S. 5 II./A./Ziff. 9 lit. g und h).

4.4.2 Weiter wurden mit prozessleitender Verfügung vom 31. März 2017 in den Verfahren SCHG/2015/600 und 934 Abklärungen eingeleitet, dies im Zusammenhang mit den vom Beklagten implizit geäusserten Zweifeln, wonach nicht darauf vertraut werden könne, dass die in seiner Statistik ausgewiesenen Kosten auch tatsächlich von ihm abgerechnet worden seien. Denn mit Eingabe vom 3. März 2017 in den Verfahren SCHG/2015/600 und 934 informierte der Beklagte das Gericht darüber, dass beim Versuch die eigene RSS 2015 abzurufen, eine fremde Statistik eines Arztes aus ... angezeigt worden sei. Im Rahmen dieser Abklärungen reichten die Klägerinnen für die Jahre 2013 und 2014 Listen von drei Versicherern (Helsana, KPT, Visana) mit einem Abrechnungsvolumen ein, welches 60 % der vom Beklagten in den beiden Jahren erbrachten Leistungen abdeckt (Akten der Klägerinnen im Verfahren SCHG/2015/600 [SCHG/2015/600 act. Ic] 1 f.). Der Beklagte hat die Frage des Gerichts, ob die auf den von den Klägerinnen eingereichten Listen aufgeführten Patienten zu seinem Patientenstamm gehören bzw. ob diese von ihm noch nie eine Leistungsabrechnung erhalten haben (vgl. SCHG/2015/600 und 934: prozessleitende Verfügung vom 11. August 2017, Ziff. 1 lit. d und f sowie Ziff. 3), nicht abschliessend beantwortet. Denn er hat lediglich geprüft, ob diese Patienten in den Jahren 2012 bis 2014 bei ihm in Behandlung waren (vgl. SCHG/2015/600 act. IIa 15 f., 22 f.), was jedoch mit Blick auf die fünfjährige Verwirkungsfrist in Bezug auf Leistungsforderungen gemäss KVG (vgl. dazu EUGSTER, a.a.O.,

S. 605 f. N. 651 f.) und den Umstand, dass für die Erfassung der Behandlungsfälle in der RSS das Abrechnungsdatum beim Krankenversicherer und nicht das Datum der Leistungserbringung (Behandlungsdatum) massgebend ist (vgl. EUGSTER, a.a.O., S. 677 N. 880), nicht ausreicht. Folglich ist der implizite Vorwurf der Leistungsverwechslung nicht belegt.

4.5 Die generellen Einwendungen des Beklagten sind damit nicht geeignet, um ernsthafte Zweifel an der Aussagekraft der von den Klägerinnen geführten Statistik als Basis der Wirtschaftlichkeitskontrolle zu erwecken. Für das von ihm beantragte Vorgehen nach der analytischen Methode besteht somit keine Veranlassung. Es bleibt nachfolgend zu prüfen, ob beim vorliegend anwendbaren Durchschnittskostenvergleich Praxisbesonderheiten gegeben sind, die einen Zuschlag zum Toleranzwert rechtfertigen (vgl. E. 2.2 hiervor).

5.

5.1 Der Beklagte macht geltend, unter den Patienten befänden sich sehr viele Polymorbide und überdies führe er eine HIV-Sprechstunde, woraus ein höherer Behandlungsaufwand resultiere (SCHG/2015/600: Stellungnahme vom 4. September 2015 S. 4 f. II./B./Ziff. 2 und 3). Hierzu gilt es vorab festzustellen, dass der Beklagte aufgrund seiner Praxisstruktur gemäss Statistik pro Jahr mit gegen 1'100 Patienten (1'126 [2013], 1'055 [2014] und 1'122 [2015 {SCHG/2017/629 act. I 1}]) fast die doppelte Zahl Patienten behandelt als ein Arzt des Vergleichskollektivs (662 [656'708 Erkrankte : 992 Leistungserbringer; 2013], 628 [629'825 Erkrankte : 1'003 Leistungserbringer; 2014] und 631 [638'133 Erkrankte : 1'011 Leistungserbringer; 2015 {SCHG/2017/629 act. I 3}]). Die Auswertung des dem Beklagten im Jahr 2013 zurechenbaren Medikamentenbezugs (gemäss Angaben der Klägerinnen durch PonteNova erstellte Medikamentenliste [SCHG/2015/600 act. I 23]) ergibt, dass der Beklagte Patienten mit folgenden, einem erhöhten Krankheitsrisiko zurechenbaren Krankheitsbildern behandelte: HIV, Krebs, Epilepsie, Parkinson, Immunsuppressiva. Wie die Klägerinnen überzeugend darlegen (SCHG/2015/600: Eingabe vom 23. Oktober 2015 S. 9 ff. II./B./Ziff. 13.1 - 13.9), lässt der Medikamentenbe-

zug jedoch nicht klare Rückschlüsse auf die Morbidität des Patientengutes zu (vgl. dazu auch SCHG/2015/600 und 934: Replik vom 24. Mai 2016 S. 11 f. II./B./Ziff. 15), lassen sich doch nicht alle Medikamente eindeutig einem Krankheitsbild zuordnen und erhält ein Patient unter Umständen auch verschiedene Medikamente verschrieben. Unter Berücksichtigung dieser Umstände dürften im Jahr 2013 rund 30 bis 50 Patienten des Beklagten an einem der hiervor genannten Krankheitsbildern gelitten haben (HIV [~12], Krebs [~2] Epilepsie [~4], Parkinson [~6], Immunsuppressiva [~3]; vgl. auch die Aufstellung betreffend Erkrankungen nach PCG [Pharmaceutical Cost Groups] 2013 [SCHG/2015/600 act. IIa 9] mit teilweise abweichenden Zahlen), wobei in diesem Zusammenhang auch auf die Ausführungen in E. 5.7 hiernach zu verweisen ist. Dies entspricht bei 1'100 Patienten einem Prozentsatz von 3 bis 5 %, was keine Praxisbesonderheit darzustellen vermag, zumal auch die Ärzte des Vergleichskollektivs zur Behandlung solcher Krankheitsbilder ausgebildet sind und Patienten mit solchen Krankheitsbildern behandeln dürften. Im Übrigen haben die Klägerinnen in ihrer Replik vom 24. Mai 2016 S. 11 f. II./B./Ziff. 15 (SCHG/2015/600 und 934; vgl. auch Eingabe vom 23. Oktober 2015 S. 9 II./B./Ziff. 13.3) zutreffend festgehalten, dass sich im Rahmen der Totalrevision der Verordnung über den Risikoausgleich in der Krankenversicherung (VORA) ein PCG-Modell für die Schweiz erst in Erarbeitung befindet (vgl. VORA, Inkrafttreten auf den 1. Januar 2020 vorgesehen, Kommentar und Inhalt der Bestimmungen, vom September 2016 des Bundesamtes für Gesundheit [BAG], abrufbar unter www.bag.admin.ch; siehe auch die Studie der Polynomics AG und der Universität Basel im Auftrag des BAG „Übertragung der niederländischen PCG auf Schweizer Verhältnisse; Schlussbericht“ vom 9. Februar 2015, abrufbar unter www.bag.admin.ch).

Weiter kommt hinzu, dass über die Abrechnungsnummer des Beklagten die Leistungen von mehreren Ärzten bzw. zeitweise drei Ärzten mit einem Arbeitspensum von 250 % abgerechnet wurden (SCHG/2015/600: Stellungnahme des Beklagten vom 4. September 2015 S. 4 II./B./Ziff. 1; vgl. auch SCHG/2017/629: Klageantwort vom 29. September 2017 S. 4 II./B./Ziff. 1 und Schlussbemerkungen des Beklagten vom 6. November 2017 in allen drei Verfahren S. 2 Ziff. 4), mithin die vom Beklagten für sich beanspruchte herausragende fachliche Kompetenz zur Behandlung besonders morbider

Patienten bereits durch das Mit-Abrechnen zweier „weniger qualifizierter“ Ärzte ausgeglichen wird. Ebenso wenig ist das geltend gemachte hohe Durchschnittsalter der Patienten (2013: 52.5 Jahre; 2014: 52.7 Jahre; 2015: 52.8 Jahre [SCHG/2017/629 act. I 1]) zu hören (vgl. SCHG/2015/600: Eingabe vom 4. September 2015 S. 5 II./B./Ziff. 3), liegt doch dieses durchaus bei demjenigen des Vergleichskollektivs (2013: 51.2 Jahre; 2014: 51.6 Jahre; 2015: 51.6 Jahre [SCHG/2017/629 act. I 3]).

5.2 Der Umstand, dass über die ZSR-Nummer des Beklagten zeitweise drei Ärzte mit einem Beschäftigungsgrad von 250 % abrechnen bzw. abgerechnet haben (Dr. med. B. _____ 100 %; Dr. med. D. _____ 50 %; Dr. med. E. _____ 100 %), ist für den hier relevanten Statistikwert insofern nicht erheblich, als dieser die Kosten pro erkrankte Person ausweist und vergleicht. Hinzu kommt, dass die im Vergleich zum Beklagten weniger auf besonders schwierige Krankheitsbilder ausgebildeten Praxisärzte zu einem „Verdünnungseffekt“ beitragen, worauf bereits in E. 5.1 hiervor hingewiesen wurde. Damit vermag auch dieser Umstand keine die Statistik zum Nachteil des Beklagten beeinflussende Praxisbesonderheit zu begründen.

5.3 Weiter macht der Beklagte geltend (SCHG/2015/600 und 634: Stellungnahme vom 23. Februar 2016 S. 13 II./B./Ziff. 3), aufgrund der Praxisstruktur mit drei Ärzten sei es möglich, die Patienten rund um die Uhr zu betreuen. Diese stetige Verfügbarkeit äussere sich in einer hohen Anzahl Grundleistungen. Hier ist mit den Klägerinnen festzuhalten (vgl. SCHG/2015/600 und 934: Replik vom 24. Mai 2016 S. 10 II./B./Ziff. 14 lit. b), dass eine hohe zeitliche Verfügbarkeit durchaus zu mehr Grundleistungen und gegebenenfalls zu höheren Fallkosten führen kann. Durch die hohe zeitliche Verfügbarkeit können aber auch Fälle mit geringen Kosten generiert werden, da der Beklagte allenfalls dann konsultiert wird, wenn andere Hausärzte zeitlich nicht verfügbar sind. Die hohe zeitliche Verfügbarkeit gibt jedoch keinen Aufschluss über die behandelten Krankheitsbilder und darüber, ob die Kosten indiziert sind.

5.4 Sodann macht der Beklagte geltend, er verfüge über eine bessere Ausbildung und Erfahrung als das Vergleichskollektiv und deshalb sei es ihm möglich, sehr viele Patienten ambulant zu betreuen und nur im Notfall

ins Spital einzuweisen oder an einen Spezialisten zu verweisen (SCHG/2015/600: Eingabe vom 4. September 2015 S. 5 II./B./Ziff. 3; SCHG/2015/600 und 934: Stellungnahme vom 23. Februar 2016 S. 10 ff. II./B./Ziff. 2 und Duplik vom 3. Juli 2017 S. 4 f. II./B./Ziff. 4; SCHG/2017/629: Klageantwort vom 29. September 2017 S. 4 II./B./Ziff. 2 und S. 6 II./B./Ziff. 4; Schlussbemerkungen vom 6. November 2017 in allen drei Verfahren S. 2 f. Ziff. 4 und 5). Es gehört zur Aufgabe eines zu Lasten der sozialen Krankenversicherung praktizierenden Arztes, dass er seine Patienten nur bei Eintritt der Spitalbehandlungsbedürftigkeit in ein Spital einweist, weshalb davon ausgegangen werden kann, dass es auch die Ärzte des immerhin rund 1'000 Kollegen und Kolleginnen umfassenden Vergleichskollektivs so handhaben. Da die Krankenversicherer in der Statistik nicht abschliessend erfassen können (vgl. SCHG/2015/600 und 934: Replik vom 24. Mai 2016 S. 7 II./B./Ziff. 12 lit. a und b), wie viele Hospitalisationen bzw. Überweisungen an Spezialärzte und Spitäler ein frei praktizierender Arzt verordnet, hat der Beklagte den entsprechenden Nachweis solcher geltend gemachter Einsparungen zu führen (EUGSTER, a.a.O., S. 679 Rz. 887 und S. 683 Rz. 907), worauf er vorliegend verzichtet hat. Auf die von den Klägerinnen mit den vorhandenen Daten betreffend Überweisungen an Spezialisten und Spitäler dennoch für die Jahre 2013 und 2014 vorgenommenen Auswertungen mit Entfernung sämtlicher Ärzte mit weniger als 100 Erkrankten aus dem Vergleichskollektiv (SCHG/2015/600 act. Ib 7 f.) kann aufgrund ihrer Unvollständigkeit und damit reduzierten Aussagekraft nicht abgestellt werden.

Kommt hinzu, dass der Beklagte beispielsweise über spezifische Ausbildungen und Einrichtungen verfügt, um Laboruntersuchungen selber in der Praxis vorzunehmen (vgl. SCHG/2015/600: Stellungnahme vom 4. September 2015 S. 6 II./B./Ziff. 6) und dennoch bei den veranlassten Laborkosten massiv höhere Indexwerte aufweist als das Vergleichskollektiv (2013: 211; 2014: 245; 2015: 207 [SCHG/2017/629 act. I 1]), mithin aus der Möglichkeit, die Leistungen selber zu erbringen, keineswegs geschlossen werden kann, dadurch würden weniger Kosten bei Dritten veranlasst.

5.5 Der Beklagte macht sodann geltend (SCHG/2015/600 und 934: Eingabe vom 10. August 2017 S. 3 Ziff. 1; SCHG/2017/629: Klageantwort

vom 29. September 2017 S. 4 f. II./B./Ziff. 2), er behandle und betreue mehrere Patienten zusammen mit der Spitex (insgesamt 41 Patienten), welche ohne seine Betreuung in eine stationäre Institution mit entsprechend hohen Kosten eingewiesen werden müssten. Zweifellos kann diese Art von Patientenbetreuung mehr Hausbesuche verursachen. Doch fallen diese bei einem prozentualen Anteil von weniger als 2 % gemessen an der hohen Zahl der Gesamtkonsultationen kaum ins Gewicht (2013: $116/7'186 = 1.61\%$; 2014: $136/6'600 = 2.06\%$; 2015: $86/7'640 = 1.12\%$ [SCHG/2017/629 act. I 1]). Zudem beziehen sich die vom Beklagten eingereichten Listen mit den insgesamt 41 Spitexpatienten (SCHG/2015/600 act. IIa 17 f.) offenbar auf das Jahr 2017 und nicht auf die hier umstrittenen Jahre 2013 bis 2015.

5.6 Weiter führt der Beklagte im Sinne einer kosteneinsparenden Praxisbesonderheit an (SCHG/2015/600 und 934: Stellungnahme vom 10. August 2017 S. 4 Ziff. 2), ein wesentlicher Teil seiner Leistungen betreffe Sonographien des Abdomens (vgl. SCHG/2015/600 act. IIa 19), die von den meisten Hausärzten an Spezialisten oder an Spitäler delegiert würden. Diesbezüglich ist festzuhalten, dass in der Schweiz rund 1'200 Ärzte und Ärztinnen in der Sektion „Allgemeine Innere Medizin“ – gleich wie der Beklagte – über den Fähigkeitsausweis Sonographie (SGUM) verfügen (vgl. www.sgum.ch) und folglich auch eine nicht unwesentliche Anzahl Ärzte und Ärztinnen im Vergleichskollektiv des Kantons Bern Träger dieses Fähigkeitsausweises sind und somit Sonographien selber durchführen. Die Anschaffung eines Sonographiegerätes ist denn auch nicht mit allzu hohen Anschaffungskosten verbunden (ca. Fr. 10'000.-- bis Fr. 15'000.--), womit davon ausgegangen werden kann, dass in zahlreichen Praxen des Vergleichskollektivs zur Diagnostik Sonographiegeräte eingesetzt werden. Zudem entspricht es einer Erfahrungstatsache, dass das Vorhandensein von Untersuchungsapparaten auch dazu führt, dass diese bei der Diagnostik standardmässig und generell eingesetzt werden, was sich unter dem Aspekt der Wirtschaftlichkeit als nicht erforderlich erweist und insoweit oft zur Perfektionierung der Diagnostik und zu einem unnötigen Kostenwachstum beiträgt.

5.7 Was die Selbstdispensation von Medikamenten anbetrifft, ist festzustellen, dass der Beklagte deswegen zwar einen exorbitanten Index aufweist, indessen weniger Medikamente als die Vergleichsgruppe über die Apotheke an seine Patienten abgeben lässt (Index 5 [2013]; 8 [2014]) und 11 [2015 {SCHG/2017/629 act. I 1}]). Dabei handelt es sich indessen nicht um eine Praxisbesonderheit (die Medikamentenabgabe wird beim ANOVA-Index denn auch nicht berücksichtigt), sondern um einen kompensatorischen Umstand, welchem bei der Berechnung der Rückforderung Rechnung getragen werden kann (vgl. E. 5.8.1 und 5.8.2 hiernach).

Soweit der Beklagte geltend macht (SCHG/2015/600 und 934: Stellungnahme vom 25. August 2017 S. 3 Ziff. 3), seine Praxis diene der Bevölkerung als Apotheke, unter anderem in Fällen, in welchen sich die behandelnden Ärzte weigern würden, teure Medikamente abzugeben, ist mit den Klägerinnen festzuhalten (SCHG/2015/600 und 934: Stellungnahme vom 10. Oktober 2017 S. 4 Ziff. 2), dass sich dies auf den Index der Arztkosten des Beklagten auch positiv auszuwirken vermag. Wie die Klägerinnen zutreffend darauf hinweisen, hat der Beklagte durch dieses Verhalten zwar teure Medikamente in seiner Statistik, jedoch auch einen Erkrankten mehr pro Apotheken-Kunde. In Bezug auf die Arztkosten wird der Index jedoch verfälscht, da ein Apotheken-Kunde zwar als Erkrankter zählt, für diesen jedoch keine Arztkosten anfallen. Ausserdem verfälscht die Apothekenfunktion die PCG-Auswertungen, welche dazu dienen, morbide und daher teure Patienten zu ermitteln. Beim Beklagten erscheinen folglich alle Patienten, welche PCG-Medikamente ohne seine Behandlung beziehen, als teure Patienten, ohne dass die entsprechenden hohen Arztkosten beim Beklagten anfallen.

5.8 Nach den Darlegungen hiervor erweist sich die Behandlungsweise als unwirtschaftlich, was sich in den Indizes der Gesamtkosten der RSS (direkt und veranlasst) 2013 von 222 Punkten, 2014 von 210 Punkten und 2015 von 200 Punkten sowie in den Indizes der totalen Kosten gemäss ANOVA-Index 2013 von 237 Punkten, 2014 von 209 Punkten und 2015 von 224 Punkten widerspiegelt. Da der Beklagte den Toleranzbereich von 130 Punkten auch bei den direkten Kosten überschreitet (RSS: 318 Punkte [2013], 295 Punkte [2014] und 278 Punkte [2015]; ANOVA-Index [direkte

Kosten ohne Medikamente]: 267 Punkte [2013], 275 Punkte [2014] und 258 Punkte [2015]), hat eine Rückforderung zu erfolgen (vgl. E. 2.3 hiervor), dies soweit die von ihm direkt abgerechneten Kosten den Toleranz-Indexwert von 130 übersteigen (vgl. E. 2.2 hiervor).

5.8.1 Die im Vergleich etwas andere Verteilung der Medikamentenkosten beim Beklagten (vgl. E. 5.7 hiervor) hat insoweit Auswirkungen auf die Berechnung des Rückerstattungsbetrags, als die (tieferen) veranlassten Medikamentenkosten nicht (vgl. E. 2.3 hiervor), die (höheren) Kosten für direkt abgegebene Medikamente hingegen grundsätzlich im vollen Umfang in die Rückerstattung einbezogen werden. Dies führt im Lichte der erwähnten Gerichtspraxis zu einer Ungleichbehandlung unter den zur Kostenrückerstattung verpflichteten Ärzten, wenn die veranlassten Medikamentenkosten von selbstdispensierenden Ärzten unter dem Indexwert von 100 (Durchschnittswert des Vergleichskollektivs) liegen.

Wie in E. 5.7 hiervor erwähnt ist diesem Umstand bei der Berechnung der Rückforderung angemessene Rechnung zu tragen. In einem ersten Schritt ist hierzu die Differenz zwischen den vom beklagten Arzt (Indexwert unter 100) und den vom Vergleichskollektiv pro Erkrankten veranlassten durchschnittlichen Medikamentenkosten (Index 100) zu ermitteln. Der Differenzbetrag ist in einem zweiten Schritt vom Kostendurchschnittswert für die vom beklagten Arzt pro Erkrankten direkt abgegebenen Medikamente in Abzug zu bringen und schliesslich mit der Anzahl der vom beklagten Arzt behandelten Patienten zu multiplizieren. Die auf diese Weise bereinigten direkten Medikamentenkosten unterliegen – wie die übrigen direkten Arztkosten – alsdann nur insoweit der Rückforderung, als der für den beklagten Arzt massgebende Index-Wert der direkten Kosten den Toleranzwert von 130 Punkten überschreitet (vgl. auch VGE SCHG/2015/644, E. 5.1.3).

	2013	2014	2015
Index RSS	5	8	11
Ø-Kosten Medikamente Apotheke pro Erkrankten Kollektiv in Fr.	239.18	246.43	248.70
Ø-Kosten Medikamente Apotheke pro Erkrankten Beklagter in Fr.	10.77	19.64	26.26
Differenz in Fr.	228.41	226.79	222.44

Ø-Kosten Medikamente direkt pro Erkrankten Beklagter in Fr.	1'013.56	870.63	854.02
– Differenz in Fr.	228.41	226.79	222.44
Resultat in Fr.	785.15	643.84	631.58
Anzahl Patienten Beklagter	1'126	1'055	1'122
Für Rückerstattung massgebende direkte Medikamentenkosten Beklagter in Fr.	884'078.90	679'251.20	708'632.76

Nach Bereinigung im vorstehenden Sinne ergeben sich direkte Kosten des Beklagten (direkte Arztkosten und direkte Medikamentenkosten [bereinigt]) pro Erkrankten im Jahr 2013 von Fr. 1'767.68 ([Fr. 1'106'333.-- + Fr. 884'078.90] = Fr. 1'990'411.90 : 1'126), im Jahr 2014 von Fr. 1'679.57 ([Fr. 1'092'698.-- + Fr. 679'251.20] = Fr. 1'771'949.20 : 1'055) und im Jahr 2015 von Fr. 1'647.52 ([Fr. 1'139'894.-- + Fr. 708'632.76] = Fr. 1'848'526.76 : 1'122), was verglichen mit den direkten Kosten des Vergleichskollektivs pro Erkrankten 2013 von Fr. 627.65, 2014 von Fr. 645.78 und 2015 von Fr. 672.91 einen Index von 282 Punkten 2013, von 260 Punkten 2014 und von 245 Punkten 2015 ergibt, womit auch mit der Korrekturberechnung der Toleranzbereich klar überschritten wird.

5.8.2 Wie dargelegt (vgl. E. 4.3 hiervor) wurde die ANOVA-Methode vertraglich gestützt auf Art. 56 Abs. 6 KVG als Standardmethode bei Anwendung der statistischen Methode zur Kontrolle der Wirtschaftlichkeit festgelegt (SCHG/2015/600 act. I 24). Der entsprechende Vertrag wurde am 27. Dezember 2013 bzw. 16. Januar 2014 unterzeichnet. Es kann offen bleiben, ob die ANOVA-Methode für das Jahr 2013 bereits auf der Basis der vertraglichen Vereinbarung oder bundesgerichtlichen Rechtsprechung Anwendung findet bzw. letztere gar eine Berechnung auf der Basis der RSS erlauben würde. Wird die ANOVA-Methode vorliegend nicht nur für 2014 und 2015, sondern auch für das Jahr 2013 zur Anwendung gebracht, so wirkt sich dies aufgrund der ‚9er-Probe‘ mit den Indizes der RSS allein zu Gunsten des Beklagten aus:

	2013	2014	2015
Index RSS total direkte Kosten	318	295	278
Index ANOVA direkte Kosten (ohne Medikamente)	267	275	258
Δ über 130 Punkte Index ANOVA	137	145	128
Direkte Arztkosten in Fr.	1'106'333.00	1'092'698.00	1'139'894.00
Direkte Medikamentenkosten (bereinigt) in Fr.	884'078.90	679'251.20	708'632.76

Total direkte Kosten in Fr.	1'990'411.90	1'771'949.20	1'848'526.76
Direkte Kosten : ANOVA-Index x Überschreitung = Rückforderung in Fr.	1'021'297.50	934'300.50	917'098.55

5.9 Nach dem Dargelegten ist der Beklagte in Gutheissung der Klagen vom 29. Juni 2015 und 23. Oktober 2015 (Verfahren SCHG/2015/600 und 934) – soweit darauf einzutreten ist (vgl. E. 1.5.1 in fine hiavor) – zu verurteilen, den Klägerinnen Nrn. 1, 4 - 29, 31 - 33 für das Jahr 2013 den Betrag von insgesamt Fr. 1'021'297.50 und den Klägerinnen Nrn. 1, 3 - 9, 11 - 14, 16 - 31 und 32 (in eigener Sache) für das Jahr 2014 den Betrag von insgesamt Fr. 934'300.50 zurückzuerstatten.

Zudem ist die Klage vom 3. Juli 2017 (Verfahren SCHG/2017/629) dahin gutzuheissen, als der Beklagte zu verurteilen ist, den Klägerinnen Nrn. 1 - 29, 31, 32 (in eigener Sache) und 33 für das Jahr 2015 den Betrag von insgesamt Fr. 917'098.55 zurückzuerstatten.

6.

Vorliegend hat hinsichtlich der Verfahrenskosten und der Parteientschädigung eine Gesamtbetrachtung zu erfolgen, da in allen drei Verfahren SCHG/2015/600 und 934 sowie SCHG/2017/629 die Frage der Wirtschaftlichkeit der Praxisführung des Beklagten zu klären war und dabei der Streitwert der einzelnen Verfahren nicht von Bedeutung ist.

6.1 Für das Klageverfahren werden Kosten erhoben. Die Kosten richten sich gemäss Art. 47 Abs. 3 EG KUMV nach dem Dekret vom 24. März 2010 betreffend die Verfahrenskosten und die Verwaltungsgebühren der Gerichtsbehörden und der Staatsanwaltschaft (Verfahrenskostendekret, VKD; BSG 161.12). Die Verfahrenskosten werden für die drei Verfahren SCHG/2015/600 und 934 sowie SCHG/2017/629 insgesamt auf Fr. 9'000.-- festgesetzt (Art. 52 VKD) und sind nach Massgabe des Unterliegens auf die Parteien zu verlegen (Art. 46 Abs. 2 EG KUMV i.V.m. Art. 109 Abs. 1 VRPG). Im Rahmen der vorliegend vorzunehmenden Gesamtbetrachtung obsiegen die Klägerinnen vollumfänglich bzw. ihnen wird gar mehr zugesprochen als beantragt war. Folglich sind die Verfahrenskosten von total

Fr. 9'000.-- dem unterliegenden Beklagten zur Bezahlung aufzuerlegen; sie werden aus den von den Klägerinnen geleisteten Kostenvorschüssen gleicher Höhe gedeckt (Fr. 3'000.-- am 17. Juli 2015 und Fr. 6'000.-- am 25. Juli 2017). Der Beklagte hat den Klägerinnen den Betrag von total Fr. 9'000.-- zu ersetzen.

6.2 Die Parteikosten sind ebenfalls nach Massgabe des Unterliegens auf die Parteien zu verlegen (Art. 46 Abs. 2 EG KUMV i.V.m. Art. 109 Abs. 1 VRPG). Gemäss Art. 104 Abs. 1 VRPG umfassen die Parteikosten den durch die berufsmässige Parteivertretung anfallenden Aufwand. Die Bemessung des Parteikostenersatzes richtet sich nach den Vorschriften der Anwaltsgesetzgebung. Gestützt auf Art. 41 Abs. 1 und 4 des kantonalen Anwaltsgesetzes vom 28. März 2006 (KAG; BSG 168.11) bemisst sich der Parteikostenersatz in sozialversicherungsrechtlichen Klage- und Beschwerdeverfahren ohne Rücksicht auf den Streitwert nach der Bedeutung der Streitsache und nach der Schwierigkeit des Prozesses, wobei der Tarifrahmen von Art. 13 der Verordnung vom 17. Mai 2006 über die Bemessung des Parteikostenersatzes (Parteikostenverordnung, PKV; BSG 168.811) von Fr. 400.-- bis Fr. 11'800.-- pro Instanz zur Anwendung gelangt.

Die durch Rechtsanwalt Dr. iur. A. _____ vertretenen Klägerinnen haben Anspruch auf Ersatz ihrer Parteikosten (BGE 119 V 448 E. 6b S. 456). Mit Kostennote vom 22. November 2017 macht Rechtsanwalt A. _____ für die drei Verfahren SCHG/2015/600 und 934 sowie SCHG/2017/629 ein Honorar von total Fr. 11'875.-- (pro 2015: 25 h à Fr. 250.-- = Fr. 6'250.--; pro 2016: 12 h x Fr. 250.-- = Fr. 3'000.--; pro 2017: 10.5 h x Fr. 250.-- = Fr. 2'625.--), zuzüglich Barauslagen im Betrag von Fr. 356.25 und Mehrwertsteuer im Betrag von Fr. 978.50 (8 % von Fr. 12'231.25), total Fr. 13'209.75, geltend, was keinen Anlass zur Beanstandung gibt. Insbesondere ist nicht zu beanstanden, dass der für das Jahr 2015 in Rechnung gestellte Aufwand mehr als doppelt so hoch ausgefallen ist, als je für die Jahre 2016 und 2017, wurden doch im Jahr 2015 zwei Klagen eingereicht und im ersten Verfahren SCHG/2015/600 eine Einigungsverhandlung durchgeführt, ausserdem konnten im weiteren Verlauf in den Folgeverfahren aus den Erkenntnissen des ersten Verfahrens Synergien genutzt wer-

den. Weiter liegt in Anbetracht des Umstandes, dass die drei Verfahren vereinigt wurden, auch keine Überschreitung des Tarifr Rahmens (Art. 13 PKV) vor. Folglich ist die Parteienschädigung in den drei Verfahren SCHG/2015/600 und 934 sowie SCHG/2017/629 auf total Fr. 13'209.75 (inkl. Auslagen und MWSt.) festzusetzen. Diesen Betrag hat der Beklagte den Klägerinnen zu ersetzen.

Demnach entscheidet das Schiedsgericht:

1. Die Verfahren SCHG/2015/600 und 934 sowie SCHG/2017/629 werden vereinigt.
2. Soweit auf die Klage vom 29. Juni 2015 (Verfahren SCHG/2015/600) einzutreten ist, wird sie dahin gutgeheissen, als der Beklagte verurteilt wird, den Klägerinnen Nrn. 1, 4 - 29, 31 - 33 für das Jahr 2013 den Betrag von insgesamt Fr. 1'021'297.50 zurückzuerstatten.
3. Soweit auf die Klage vom 23. Oktober 2015 (Verfahren SCHG/2015/934) einzutreten ist, wird sie dahin gutgeheissen, als der Beklagte verurteilt wird, den Klägerinnen Nrn. 1, 3 - 9, 11 - 14, 16 - 31 und 32 (in eigener Sache) für das Jahr 2014 den Betrag von insgesamt Fr. 934'300.50 zurückzuerstatten.
4. Die Klage vom 3. Juli 2017 (Verfahren SCHG/2017/629) wird dahin gutgeheissen, als der Beklagte verurteilt wird, den Klägerinnen Nrn. 1 - 29, 31, 32 (in eigener Sache) und 33 für das Jahr 2015 den Betrag von insgesamt Fr. 917'098.55 zurückzuerstatten.
5. Die Verfahrenskosten für die drei Verfahren SCHG/2015/600 und 934 sowie SCHG/2017/629 von insgesamt Fr. 9'000.-- werden dem Beklagten zur Bezahlung auferlegt und den von den Klägerinnen in gleicher Höhe geleisteten Vorschüssen entnommen. Der Beklagte hat den Klägerinnen den Betrag von Fr. 9'000.-- zu ersetzen.

6. Der Beklagte hat den Klägerinnen für die drei Verfahren SCHG/2015/600 und 934 sowie SCHG/2017/629 eine Parteientschädigung von total Fr. 13'209.75 (inkl. Auslagen und MWSt.) zu bezahlen.
7. Zu eröffnen (R):
- Rechtsanwalt Dr. iur. A. _____ z.H. der Klägerinnen
 - Rechtsanwalt C. _____ z.H. des Beklagten
 - Bundesamt für Gesundheit

Namens des Schiedsgerichts:

Der Vorsitzende:

Die Gerichtsschreiberin:

Rechtsmittelbelehrung

Gegen dieses Urteil kann innert 30 Tagen seit Zustellung der schriftlichen Begründung beim Bundesgericht, Schweizerhofquai 6, 6004 Luzern, Beschwerde in öffentlich-rechtlichen Angelegenheiten gemäss Art. 39 ff., 82 ff. und 90 ff. des Bundesgesetzes vom 17. Juni 2005 über das Bundesgericht (BGG; SR 173.110) geführt werden.