

Schiedsgericht in Sozialversicherungsstreitigkeiten des Kantons Bern

Urteil vom 18. Januar 2022

Vorsitzender Verwaltungsrichter Schwegler
Fachrichter Dr. med. Gubler und Fürsprecher Cadotsch
Gerichtsschreiber Schnyder

1. **CSS Kranken-Versicherung AG (BAG Nr. 8)**
Tribtschenstrasse 21, Postfach 2568, 6002 Luzern
2. **SUPRA-1846 SA (BAG-Nr. 62)**
Avenue de la Rasude 8, 1006 Lausanne
3. **Sumiswalder Krankenkasse (BAG Nr. 194)**
Spitalstrasse 47, 3454 Sumiswald
4. **CONCORDIA**
Schweiz. Kranken- und Unfallversicherung AG (BAG Nr. 290)
Bundesplatz 15, 6002 Luzern
5. **Atupri Gesundheitsversicherung (BAG-Nr. 312), vormals Atupri Krankenkasse**
Zieglerstrasse 29, Postfach, 3001 Bern
6. **Avenir Assurance Maladie SA (BAG Nr. 343)**
Rue des Cèdres 5, 1919 Martigny
7. **KPT Krankenkasse AG (BAG Nr. 376)**
Wankdorfallée 3, Postfach, 3001 Bern
8. **ÖKK Kranken- und Unfallversicherungen AG (BAG Nr. 455)**
Bahnhofstrasse 13, 7302 Landquart
9. **Vivao Sympany AG (BAG-Nr. 509)**
Peter Merian-Weg 4, 4002 Basel
10. **Easy Sana Assurance Maladie SA (BAG Nr. 774)**
Rue des Cèdres 5, 1919 Martigny
11. **EGK Grundversicherungen AG (BAG Nr. 881), vormals EGK Grundversicherungen**
Birsspark 1, 4242 Laufen
12. **Krankenkasse SLKK (BAG Nr. 923)**
Hofwiesensstrasse 370, Postfach 5652, 8050 Zürich
13. **Progrès Versicherungen AG (BAG 994) in eigener Sache und als Rechtsnachfolgerin der sansan Versicherungen AG (BAG Nr. 1566)**
Helsana-Gruppe, Postfach, 8081 Zürich



- 14. SWICA Krankenversicherung (BAG Nr. 1384)**
Römerstrasse 38, 8401 Winterthur
- 15. Mutuel Assurance Maladie SA (BAG Nr. 1479)**
Rue des Cèdres 5, 1919 Martigny
- 16. Sanitas Grundversicherungen AG (BAG Nr. 1509) in eigener Sache und als Rechtsnachfolgerin der Wincare Versicherungen (BAG Nr. 1060)**
Jägergasse 3, Postfach 2010, 8021 Zürich
- 17. INTRAS Kranken-Versicherung AG (BAG Nr. 1529)**
Tribtschenstrasse 21, Postfach 2568, 6002 Luzern
- 18. Philos Assurance Maladie SA (BAG Nr. 1535)**
Rue des Cèdres 5, 1919 Martigny
- 19. Assura-Basis SA (BAG Nr. 1542)**
Avenue Charles-Ferdinand-Ramuz 70, 1009 Pully
- 20. Visana AG (BAG Nr. 1555)**
Weltpoststrasse 19, Postfach, 3000 Bern 16
- 21. Agrisano Krankenkasse AG (BAG Nr. 1560)**
Laurstrasse 10, 5201 Brugg AG
- 22. Helsana Versicherungen AG (BAG Nr. 1562) in eigener Sache und als Rechtsnachfolgerin der avanex Versicherungen AG (BAG Nr. 1565) und der maxi.ch Versicherungen AG (BAG Nr. 1574)**
Postfach, 8081 Zürich
- 23. Arcosana AG (BAG Nr. 1569)**
Tribtschenstrasse 21, 6002 Luzern
- 24. vivacare AG (BAG Nr. 1570)**
Weltpoststrasse 19, Postfach, 3000 Bern 16
- 25. Compact Grundversicherungen AG (BAG Nr. 1575)**
Jägergasse 3, Postfach 2010, 8021 Zürich

alle vertreten durch den Verein santésuisse, Römerstrasse 20,
Postfach 1561, 4502 Solothurn und dieser vertreten durch Advocat Dr. iur.
B. _____

Klägerinnen

gegen

A. _____, Dr. med.
vertreten durch Rechtsanwalt C. _____

Beklagter

betreffend Überprüfung der Wirtschaftlichkeit der Praxisführung 2015 und Honorarrückforderung; Klage vom 13. Juli 2017 sowie Überprüfung der Wirtschaftlichkeit der Praxisführung 2016 und Honorarrückforderung; Klage vom 10. Juni 2018

Sachverhalt:

A.

Am 13. Juli 2017 reichten 25 Krankenversicherer (nachfolgend Klägerinnen), vertreten durch den Verein santésuisse (nachfolgend santésuisse), gegen Dr. med. A. _____, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin (nachfolgend Beklagter), Klage ein. Sie stellen folgende Rechtsbegehren:

1. Es sei der Beklagte zu verurteilen, den Klägerinnen einen gerichtlich zu ermittelnden Betrag zu bezahlen (Honorarrückerstattung wegen unwirtschaftlicher Behandlungsweise).
2. Unter Kosten- und Entschädigungsfolge zu Lasten des Beklagten.

Weiter stellten die Klägerinnen den Verfahrensantrag, das Verfahren sei bis zum Abschluss aussergerichtlicher Vergleichsgespräche zu sistieren. Die Rückforderungssumme gemäss Rechnungssteller-Statistik (RSS) 2015 bezifferten sie auf Fr. 168'865.--.

Die Klage wurde im Geschäftsverzeichnis des Schiedsgerichts in Sozialversicherungsstreitigkeiten des Kantons Bern unter der Verfahrensnummer SCHG/2017/660 registriert.

Aufforderungsgemäss (vgl. prozessleitende Verfügung vom 14. Juli 2017) reichten die Klägerinnen am 20. Juli 2017 Vollmachten derjenigen Klägerinnen, welche nicht Mitglied von santésuisse sind (Akten der Klägerinnen [act. I] im Verfahren SCHG/2017/660 3-6), eine RSS der Vergleichsgruppe "Allgemeine Innere Medizin – Kanton Bern" für das Jahr 2015 (act. I im Verfahren SCHG/2017/660 7) sowie eine Auflistung aller Ärzte, auf deren Daten die RSS basiert (act. I im Verfahren SCHG/2017/660 8), ein.

Der Beklagte liess sich zum Sistierungsantrag der Klägerinnen innert Frist (vgl. prozessleitende Verfügungen vom 14. und 31. Juli 2017) nicht vernehmen.

Mit prozessleitender Verfügung vom 22. August 2017 wies der Vorsitzende den Sistierungsantrag der Klägerinnen ab.

Am 19. September 2017 wies sich Rechtsanwalt C. _____ als Rechtsvertreter des Beklagten aus und stellte mit Klageantwort vom 30. Oktober 2017 folgende Rechtsbegehren:

A. Formell

1. Das vorliegend instanziierte Verfahren betreffend Rückforderungen für das Statistikjahr 2015 sei bis zum Abschluss aussergerichtlicher Vergleichsgespräche zu sistieren.
2. Nach allenfalls erfolglos verlaufenen aussergerichtlichen Vergleichsgesprächen sei eine Schlichtungsverhandlung anzusetzen.
3. Im Anschluss daran sei, sofern notwendig, den Parteien Gelegenheit zu geben, in einem formellen Schriftenwechsel sich zu äussern.

B. Materiell

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

Mit prozessleitender Verfügung vom 31. Oktober 2017 sistierte der Vorsitzende das Verfahren bis zum 12. Januar 2018.

Am 20. bzw. 23. März 2018 teilten die Parteien das Scheitern der aussergerichtlichen Vergleichsverhandlungen mit.

Mit Replik vom 7. Mai 2019 hielten die Klägerinnen an den in der Klage gestellten Rechtsbegehren fest und bezifferten den Rückforderungsbetrag gemäss RSS auf Fr. 168'865.--, jenen gemäss ANOVA auf Fr. 227'688.--.

Mit Duplik vom 2. Juli 2018 hielt der Beklagte an den in der Klageantwort gestellten Rechtsbegehren fest.

Mit prozessleitender Verfügung vom 20. August 2018 gewährte der neutrale Vorsitzende den Parteien Frist bis zum 10. September 2018, um Schlussbemerkungen einzureichen. Hiervon machte der Beklagte am 10. September 2018 Gebrauch. Die Klägerinnen liessen sich nicht vernehmen.

B.

Am 10. Juni 2018 reichten 28 Krankenversicherer (nachfolgend Klägerinnen), vertreten durch santésuisse, gegen Dr. med. A. _____ Klage ein mit folgenden Rechtsbegehren:

1. Es sei der Betrag gerichtlich zu ermitteln, welchen der Beklagte den Klägerinnen wegen unwirtschaftlicher Behandlungsweise gemäss RSS 2016 zurückzuerstatten habe.
2. Unter Kosten- und Entschädigungsfolge zu Lasten des Beklagten.

Den Rückforderungsbetrag bezifferten die Klägerinnen auf Fr. 178'558.--.

Die Klage wurde im Geschäftsverzeichnis des Schiedsgerichts in Sozialversicherungsstreitigkeiten des Kantons Bern unter der Verfahrensnummer SCHG/2018/530 registriert.

Mit prozessleitender Verfügung vom 17. Juli 2018 forderte der Vorsitzende die Klägerinnen auf, dem Gericht diverse Unterlagen einzureichen und wies sie auf die Verfahrensdisziplin gemäss Art. 45 ff. des kantonalen Gesetzes vom 23. Mai 1989 über die Verwaltungsrechtspflege [VRPG; BSG 155.21]) hin. Die Klägerinnen leisteten innert Frist einzig den verlangten Kostenvorschuss, liessen sich jedoch darüber hinaus nicht vernehmen. Mit prozessleitender Verfügung vom 14. August 2018 wurde ihnen wegen Störung des Geschäftsgangs (Art. 46 VRPG) eine Ordnungsbusse von Fr. 200.-- auferlegt und Frist bis zum 28. August 2018 gesetzt, um die verlangten Unterlagen einzureichen. Diese gingen am 20. August 2018 beim Gericht ein.

Am 4. Oktober 2018 wies sich Rechtsanwalt C. _____ als Rechtsvertreter des Beklagten aus und stellte mit Klageantwort vom 7. November 2018 folgende Rechtsbegehren:

A. Formelles

1. Es sei eine Schlichtungsverhandlung anzusetzen und durchzuführen.
2. Im Anschluss an die Schlichtungsverhandlung sei, sofern notwendig, den Parteien Gelegenheit zu geben, in einem formellen Schriftenwechsel sich zu äussern.

B. Materielles

1. Die Klage sei vollumfänglich abzuweisen, sofern überhaupt darauf eingetreten werden könne.

2. Es sei im vorliegenden 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 Kläger.

C.

Mit prozessleitender Verfügung vom 27. November 2018 vereinigte der neutrale Vorsitzende die beiden Verfahren SCHG/2017/660 und SCHG/2018/530.

Am 14. Januar 2019 fand eine Instruktionsverhandlung vor dem neutralen Vorsitzenden statt. Die hierbei geführten Vergleichsverhandlungen blieben ohne Erfolg.

Mit prozessleitender Verfügung vom 15. Januar 2019 ordnete der neutrale Vorsitzende Beweismassnahmen beinhaltend verschiedene statistische Auswertungen an. Die angesetzte Frist wurde in der Folge mehrfach verlängert (vgl. bewilligte Fristverlängerungen vom 11. Februar, 20. März und 27. März 2019).

Am 19. März 2019 wies sich Advocat Dr. iur. B. _____ als Rechtsvertreter der Klägerinnen aus und reichte am 15. April 2019 dem Schiedsgericht Teile der verlangten Auswertungen (act. IC in den Verfahren SCHG/2017/660 und SCHG/2018/530 1-25) ein. Was die Auswertungen betreffe, gebe es in einem Fall nur 3 Ärzte schweizweit. Aufgrund des fehlenden Datenschutzes werde diese vorerst nicht eingereicht. Was die weiteren Auswertungen betreffe, verfüge nur der Beklagte über die genannten Kombinationen. Die vom Schiedsgericht verlangte ANOVA-Auswertung könne nicht erstellt werden, da der Beklagte schweizweit der einzige Arzt mit der entsprechenden Kombination sei.

Mit prozessleitender Verfügung vom 24. April 2019 stellte der neutrale Vorsitzende fest, dass die Klägerinnen die Zusammenzüge der absoluten Zahlen des Vergleichskollektivs (Detailauswertung pro Leistungserbringer-Gruppe) nicht eingereicht hätten. Er gewährte ihnen Frist bis zum 15. Mai 2019, um die fehlenden Zahlen für die Auswertungen nachzureichen. Den

Parteien räumte er bis zum gleichen Zeitpunkt die Möglichkeit ein, sich zu den weiteren in Betracht gezogenen Beweismassnahmen zu äussern.

In der Folge gingen beim Schiedsgericht Stellungnahmen der Klägerinnen vom 7. Mai 2019 und des Beklagten vom 15. Mai 2019 ein.

Mit prozessleitender Verfügung vom 20. Mai 2019 setzte der Vorsitzende den Klägerinnen Frist bis zum 14. Juni 2019, um dem Schiedsgericht die mit prozessleitender Verfügung vom 24. April 2019 verlangten Unterlagen einzureichen (Ziff. 2). Bis zum gleichen Termin hätten sie Listen aller in der RSS 2015 und 2016 als Leistungsbezüger erfassten Patientinnen und Patienten des Beklagten inkl. deren Adressen in alphabetischer Reihenfolge einzureichen (Ziff. 3).

Am 4. Juni 2019 reichten die Klägerinnen dem Schiedsgericht bezüglich Ziff. 2 der prozessleitenden Verfügung vom 20. Mai 2019 diverse Unterlagen (act. IC in den Verfahren SCHG/2017/660 und SCHG/2018/530 28-36) ein. Was Ziff. 3 der besagten Verfügung betreffe, könnten weder sie noch santésuisse der Forderung nachkommen.

Mit prozessleitender Verfügung vom 6. Juni 2019 forderte der Vorsitzende den Beklagten auf, eine vollständige Namensliste seiner in den Jahren 2015 und 2016 behandelten Patientinnen und Patienten unter Angabe von Adresse oder Versichertennummer und der zuständigen Krankenversicherung einzureichen.

Der Beklagte liess mit Eingabe vom 26. Juli 2019 den Antrag stellen, da die Einreichung der angeforderten Daten eine grosse Herausforderung darstelle, sei es angebracht, gestützt auf die gestellten Rechtsbegehren zur Überprüfung seiner Zahlen, statt Listen zu erstellen, die analytische Methode, systematische Einzelfallprüfung oder repräsentative Einzelfallprüfung mit Hochrechnung anzuwenden. Eine weitere Eingabe liess der Beklagte dem Schiedsgericht am 30. August 2019 einreichen. Darin liess er mitteilen, er sei weder verpflichtet noch berechtigt, die entsprechenden Daten einzuliefern; es sei Sache der Klägerinnen, die Beweismittel zu produzieren.

Mit prozessleitender Verfügung vom 13. September 2019 wies der neutrale Vorsitzende die Parteien auf ihre Mitwirkungspflicht hin und gewährte ihnen

Frist, um dem Gericht die verlangten Beweismittel und Unterlagen einzureichen. Eingaben der Parteien inkl. Beilagen folgten am 1. und 4. November 2019.

Mit prozessleitender Verfügung vom 6. November 2019 wurde den Klägerinnen eine einmalige, nicht verlängerbare Frist bis zum 11. Dezember 2019 angesetzt, innert welcher sie alle in der RSS-Statistik 2015 und 2016 als Leistungsbezüger erfassten Patientinnen und Patienten des Beklagten inkl. die Adressen in alphabetischer Reihenfolge einzureichen hätten. Zu erheben seien damit die Namen und Adressen derjenigen Personen, für welche die Krankenversicherer bezogen auf den Beklagten der SASIS AG die Rechnungsbeträge zur Erstellung der Statistik weitergeleitet hätten.

Die geforderten Unterlagen reichten die Klägerinnen dem Schiedsgericht am 9. Dezember 2019 ein (act. IC in den Verfahren SCHG/2017/660 und SCHG/2018/530 38 f.) und machten mit separater Eingabe vom gleichen Tag hierzu ergänzende Ausführungen.

Der neutrale Vorsitzende forderte den Beklagten mit prozessleitender Verfügung vom 10. Dezember 2019 auf, im Rahmen je einer gesonderten tabellarischen Aufstellung pro 2015 und pro 2016 diejenigen Patientinnen und Patienten aus den Listen der Klägerinnen aufzuführen, welchen er Behandlungen zukommen liess, die er ausschliesslich zufolge seiner Zusatzausbildung "interventionelle Schmerztherapie" erbringen durfte. Die entsprechende Behandlung sei in der Aufstellung je Patientin bzw. Patient konkret zu beschreiben und zu datieren.

Weitere Eingaben der Parteien datieren vom 28. Februar und 7. Mai 2020. Von der Möglichkeit, Schlussbemerkungen einzureichen (vgl. prozessleitende Verfügungen vom 8. Mai und 17. Juni 2020), machte der Beklagte am 11. Juni 2020 Gebrauch. Am 2. Juli 2020 reichten die Klägerinnen innert der ihnen gewährten Frist eine abschliessende Stellungnahme ein.

Mit prozessleitender Verfügung vom 8. Oktober 2021 schloss der Instruktionsrichter parallel zum Verfahren SCHG/2019/547 betreffend das Jahr 2017 im vorliegenden, die Jahre 2015 und 2016 betreffenden Verfahren den Schriftenwechsel und das Beweisverfahren. Gleichzeitig gab er den Parteien die Besetzung des Schiedsgerichts bekannt.

Am 15. Oktober 2021 nahm der Beklagte Stellung zu den abschliessenden Ausführungen der Klägerinnen vom 2. Juli 2020.

Am 18. Januar 2022 fand eine nichtöffentliche Urteilsberatung gemäss Art. 46 Abs. 2 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) i.V.m. Art. 56 Abs. 4 f. des kantonalen Gesetzes vom 11. Juni 2009 über die Organisation der Gerichtsbehörden und der Staatsanwaltschaft (GSOG; BSG 161.1) i.V.m. Art. 37 Abs. 1 lit. c VRPG statt.

Erwägungen:

1.

1.1 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 KVG), was der Kanton Bern getan hat (Art. 40 EG KUMV).

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

1.3 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 KVG). Das Klageverfahren richtet sich vorbehältlich abweichender Regelungen des EG KUMV (Art. 46 Abs. 2 EG KUMV) nach dem VRPG.

1.4 Die Vertretungsvollmacht von santésuisse für das vorliegende Verfahren ergibt sich für diejenigen Krankenversicherer, die santésuisse-Mitglieder sind, aus Art. 17 der Statuten von santésuisse (act. I im Verfahren SCHG/2018/530 1; abrufbar auch unter <https://www.santesuisse.ch>). Bezüglich der Klägerinnen, die nicht Mitglied von santésuisse sind, wurden entsprechende Prozessvollmachten vorgelegt (act. I im Verfahren SCHG/2017/660 3-6 und act. I im Verfahren SCHG/2018/530 2-4). Sodann ist der Rechtsvertreter von santésuisse ordnungsgemäss bevollmächtigt (act. I im Verfahren SCHG/2017/660 14; Art. 15 VRPG). Im Übrigen entsprechen die Klagen den Formvorschriften (Art. 32 Abs. 2 und 3 VRPG). Auf die Klagen ist damit einzutreten.

1.5 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 pflichtgemäßem Ermessen. Es kann unter Wahrung des rechtlichen Gehörs zu Ungunsten der klagenden Partei entscheiden oder dieser mehr zusprechen als sie verlangt hat (Art. 92 Abs. 1 und 3 Satz 2 VRPG). Vorliegend ist streitig und zu prüfen, ob der Beklagte den Klägerinnen für die Jahre 2015 und 2016 erhaltene Vergütungen zurückbezahlen muss und gegebenenfalls wie hoch die entsprechenden Beträge sind.

1.6 Das Schiedsgericht in Sozialversicherungsstreitigkeiten urteilt in Dreierbesetzung. Es besteht aus einem Mitglied einer Abteilung 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. Abs. 4 KVG i.V.m. Art. 56 Abs. 4 GSOG).

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 [in der bis 31. März 2021 gültig gewesenen Fassung] 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) unter dem Begriff "Sanktionen" (Art. 59 Abs. 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 Medikamenten- 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 Bundesgerichts [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.

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 2015 und 2016 vom Beklagten ausgestellte Rechnungen vergütet und santésuisse zur Aufnahme in die RSS gemeldet haben. Die in den Klagen vom 13. Juli 2017 bzw. 10. Juni 2018 aufgeführten Klägerinnen bzw. deren BAG-Nummern stimmen teilweise insofern nicht mehr mit den im Rubrum aufgeführten Krankenkassen überein, als seither gewisse Krankenkassen

miteinander fusioniert haben (vgl. Rubrum hiervor und www.zefix.ch). Ihre Aktivlegitimation als Frage der materiellen Anspruchsberechtigung in den Verfahren betreffend Rückerstattung ist auf die neuen Kassen übergegangen. Soweit unterschiedliche Parteibezeichnungen bloss auf einen Wechsel der Firma der klagenden Kassen zurückgehen, liegt darin von vornherein kein rechtlich relevanter Parteiwechsel (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 entfallenen 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]).

4.

Vorweg ist die Frage der Verwirkung der geltend gemachten Rückerstattungsforderung zu prüfen (Entscheid des EVG vom 26. Juni 2003, K 127/01, E. 2).

4.1 Gemäss Art. 25 Abs. 2 ATSG (in der bis zum 31. Dezember 2020 in Kraft gestandenen und hier massgebenden Fassung) erlischt der Rückforderungsanspruch 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. Die gleiche Verwirkungsfrist findet auch Anwendung, soweit der Rückforderungsanspruch statt auf Art. 25 ATSG auf Art. 56 Abs. 2 KVG gestützt wird (BGE 133 V 579 E. 4.1 S. 582). Nach der Rechtsprechung wird die (relative) Verwirkungsfrist ein für allemal gewahrt, wenn innerhalb eines Jahres nach Kenntnis der RSS (als Grundlage der behaupteten Überarztung) das Rückforderungsbegehren bei einer vertraglichen Schlichtungsinstanz oder der gesetzlichen Vermittlungsbehörde oder direkt beim Schiedsgericht eingereicht wird (Entscheid des BGer vom 25. März 2008, K 9/07, E. 7.1 und 7.2).

4.2 Die einjährige relative Verwirkungsfrist für die Rückforderungen ist im vorliegenden Fall eingehalten. Die Datenaufbereitung wurde am 15. Juli 2016 für das Jahr 2015 (act. I im Verfahren SCHG/2017/660 1 f.) und am 17. Juli 2017 für das Jahr 2016 (act. I im Verfahren SCHG/2018/530 5) vorgenommen, während die Klagen vom 13. Juli 2017 (das Statistikjahr 2015 betreffend) und vom 10. Juni 2018 (das Statistikjahr 2016 betreffend) datieren. Es ist kein Grund ersichtlich und wird denn auch vom Beklagten nicht behauptet bzw. belegt, dass die Klägerinnen bereits vor dem 15. Juli 2016 bzw. 17. Juli 2017 Kenntnis der notwendigen Daten gehabt hätten, bzw. hätten haben müssen. Da hier Vergütungen für die Jahre 2015 und 2016 zurückgefordert werden, ist die Fünfjahresfrist ebenfalls eingehalten.

5.

Die Klägerinnen begründen ihre Rückforderung auf der Basis der statistischen Methode bzw. des Durchschnittskostenvergleichs und haben die entsprechenden Rückforderungsbeträge anhand der RSS 2015 und 2016 sowie des ANOVA-Index berechnet. Dieses Vorgehen ist nicht zu beanstanden. Das Bundesgericht hat in BGE 144 V 79 erkannt, dass die Indizes (soweit die vorliegenden Jahre betreffend) grundsätzlich anhand der ANOVA-Methode festzulegen sind. Die Methode wurde durch die FMH und die Verbände der Krankenversicherer in Nachachtung von Art. 56 Abs. 6 KVG vertraglich vereinbart und ist damit verbindlich. Diese Methode, so das Bundesgericht, ist weder als mathematisches Modell noch in Bezug auf die (RSS-)Datenbasis in Frage zu stellen (Entscheid des BGer vom 8. November 2018, 9C_517/2017, E. 5.4). Was der Beklagte dagegen vorbringt, ändert daran nichts. Gleich verhält es sich mit der von Prof. Dr. iur. Ueli Kieser vor den erwähnten höchstrichterlichen Entscheiden einem privaten Verein erstatteten Stellungnahme "Gutachterliche Äusserung zur vertraglichen Festlegung einer Methode zur Kontrolle der Wirtschaftlichkeit (Art. 56 Abs. 6 KVG)" vom 21. Dezember 2015 (Akten des Beklagten [act. IIA] im Verfahren SCHG/2017/660 1). Was die vom Beklagten erwähnte Screening-Methode bzw. zweistufige Regressionsanalyse und dessen Forderung, diese auch in den vorliegenden Fällen anzuwenden, betrifft, kann ihm nicht gefolgt werden. Denn gemäss Ziff. 2 des zwischen der FMH, der

santésuisse und curafutura im Juli bzw. August 2018 unterzeichneten Vertrags betreffend die Screening-Methode im Rahmen der Kontrolle der Wirtschaftlichkeit gemäss Art. 56 Abs. 6 KVG (act. ID in den Verfahren SCHG/2017/660 und SCHG/2018/530 1) soll die "neue Methode" ab dem Statistikjahr 2017 angewendet werden.

Dass die Rückerstattungsforderung rückwirkend erhoben wird (vgl. u.a. Eingabe des Beklagten vom 24. Juli 2017, Klageantwort vom 30. Oktober 2017 S. 9 Ziff. 5), ist mit Art. 59 Abs. 1 lit. b KVG zu erklären und vom Gesetzgeber gewollt. Insbesondere ist nicht vorgesehen, dass ein Arzt zuerst verwarnet werden müsste. Jeder Arzt hat die Pflicht, sich jederzeit eigenverantwortlich an die Kriterien der Wirksamkeit, Zweckmässigkeit und Wirtschaftlichkeit zu halten. Eine nach den höchstrichterlich bestätigten Methoden festgestellte Überarztung stellt eine Verletzung der eben genannten Kriterien dar und führt deshalb direkt zur Rückerstattung. Der Umstand, dass sich die Parteien ein früheres Jahr betreffend (aussergerichtlich) geeinigt hatten (vgl. u.a. Klageantwort vom 30. Oktober 2017 S. 3 Ziff. 3, S. 7 Ziff. 2 und Klageantwort vom 7. November 2018 S. 3 Ziff. 3), ändert daran nichts. Es kann dem Beklagten deshalb nicht gefolgt werden, wenn er ausführt, es liege eine Verletzung des Grundsatzes von Treu und Glauben bzw. eine Vertrauensverletzung vor. Es sind keine Belege dafür eingereicht worden, dass die Klägerinnen die hier zur Diskussion stehenden Jahre betreffend verbindlich Zugeständnisse gemacht hätten.

Damit ist der Beklagte mit dem Kollektiv seiner Facharztkollegen, d.h. jenen der Allgemeinen Inneren Medizin, zu vergleichen. Liegt sein Index über dem Wert von 120 bis 130, so ist eine Überarztung im Rahmen des ersten Prüfschritts von den Klägerinnen grundsätzlich plausibilisiert. Im zweiten Prüfschritt ist danach zu klären, ob der beklagte Arzt Praxisbesonderheiten belegt, welche es rechtfertigen, den Referenzindex für ihn zu erhöhen.

6.

Der ANOVA-Index für die Gesamtkosten, d.h. die direkten und die veranlassten Kosten, ergibt für das Jahr 2015 einen Wert von 196, für das Jahr 2016 von 190. Bei den direkten Kosten lag der ANOVA-Index 2015 bei 237

und 2016 bei 228. Damit liegt der Beklagte gemäss der hier anwendbaren ANOVA-Methode deutlich über dem Toleranzbereich von 120 resp. 130 (vgl. E. 2.2. hiervor), womit eine Überarztung plausibilisiert wurde.

6.1

6.1.1 Der Beklagte besitzt den Facharzttitel Allgemeine Innere Medizin. Damit ist er mit den Fachärzten Allgemeine Innere Medizin zu vergleichen. Daneben verfügt er unbestritten über privatrechtliche Weiterbildungstitel (vgl. www.medregrom.admin.ch), wobei für die hier zur Diskussion stehenden Jahre jener in psychosomatischer und psychosozialer Medizin wie auch jener in interventioneller Schmerztherapie beachtlich sind. Diese Zusatzausbildungen stellen Praxisbesonderheiten dar und können ein Abweichen von den massgeblichen Indizes bedingen. Mit Blick auf diese besonderen Weiterbildungen ist deshalb zu prüfen, ob und gegebenenfalls welche Auswirkungen sie auf die Vergleichbarkeit des Beklagten mit seinen Facharztkolleginnen und -kollegen der Allgemeinen Inneren Medizin haben.

6.1.2 Gemäss den Angaben der Klägerinnen gibt es kein Vergleichskollektiv für den Beklagten als Arzt der Allgemeinen Inneren Medizin mit seinen hier relevanten zwei privatrechtlichen Weiterbildungen. Anders als nach der ab 2017 anwendbaren Regressionsanalyse, sind Effekte dieser Weiterbildungen in der ANOVA-Methode nicht abgebildet (vgl. diesbezüglich das heutige Urteil dieses Gerichts SCHG/2019/547 betreffend das Rechnungsjahr 2017 des Beklagten). Es ist damit abzuklären, ob die Evaluation der Bedeutung der privatrechtlichen Weiterbildungen für die hier zur Diskussion stehenden und nach der ANOVA-Methode zu beurteilenden Jahre 2015 und 2016 als Praxisbesonderheit der allgemein-internistischen Praxis des Beklagten auf andere Weise erfolgen kann und ob, wie der Beklagte geltend macht (vgl. u.a. Eingabe vom 4. November 2019 S. 1 f. und S. 7), die Auswertungen der Klägerin beweisuntauglich sind.

6.2 Was die Evaluation der vom Beklagten geltend gemachten höheren Kosten aufgrund seiner privatrechtlichen Weiterbildung der interventionellen Schmerztherapie betrifft, ergibt sich, dass eine direkte statistische Vergleichsauswertung mangels hinreichend grossem Vergleichskollektiv nicht möglich ist (vgl. u.a. prozessleitende Verfügung vom 24. April 2019). Die

Klägerinnen haben im Rahmen der vom Gericht daraufhin angeordneten Beweismassnahmen die ihnen zugänglichen Unterlagen betreffend die in die statistische Auswertung einbezogenen Patientinnen und Patienten geliefert (Eingaben der Klägerinnen vom 15. April 2019 und 4. Juni 2019 sowie act. IC in den Verfahren SCHG/2017/660 und SCHG/2018/530 20 ff. und 30 ff.). Dabei haben sie nachvollziehbar und überzeugend dargelegt, dass eine Ausscheidung derjenigen Patientinnen und Patienten, denen der Beklagte Behandlungen zukommen liess, die ihm ausschliesslich aufgrund seiner privatrechtlichen Weiterbildung der interventionellen Schmerztherapie erlaubt sind, über die Rechnungspositionen (vgl. prozessleitende Verfügung vom 24. April 2019) für sie nicht möglich ist (vgl. u.a. Eingabe der Klägerinnen vom 7. Mai 2019). Es wäre nun mithin am Beklagten gewesen, wie das Gericht dies von ihm verlangt hat, diejenigen Patientinnen und Patienten zu bezeichnen, denen er die besonderen Leistungen erbracht hat. Allein er kann diese Angaben machen. Trotz wiederholter gerichtlicher Aufforderung hat der Beklagte nicht belegt, welche (von den Krankenversicherern gemeldeten) Patientinnen und Patienten von ihm Leistungen der interventionellen Schmerztherapie erhalten haben (vgl. prozessleitende Verfügungen vom 6. Juni 2019 und vom 13. September 2019). Die Unmöglichkeit, diejenigen Patientinnen und Patienten, denen der Beklagte die besondere Behandlung der interventionellen Schmerztherapie hat zukommen lassen, auszuschneiden bzw. die entsprechenden Leistungen einer näheren Analyse zu unterziehen, hat damit der Beklagte zu vertreten. Der allenfalls kostenerhöhende Faktor dieser Patienten kann aus vom beklagten Arzt zu vertretenen Gründen nicht bestimmt werden. Dies hat er sich anrechnen zu lassen. Zwar trifft es durchaus zu, dass gewisse Leistungsinformationen mit der Abrechnung an die Krankenversicherer weiterzuleiten sind (Eingabe des Beklagten vom 28. Februar 2020 S. 3; vgl. auch Art. 59 Abs. 1 der Verordnung vom 27. Juni 1995 über die Krankenversicherung [KVV; SR 832.102]). Diese lassen zufolge der im KVG verankerten datenschutzrechtlichen Abschirmung jedoch einen direkten Rückschluss ohne weitere Angaben des Arztes nicht zu und würden insbesondere diesem Gericht die gebotenen Abklärungen nicht erlauben. Die notwendigen Informationen zu liefern, weigert sich der Beklagte (vgl. u.a. Eingaben vom 30. August 2019 und vom 20. Februar 2020), obwohl er seitens des Gerichts auf die massgebliche bundesgerichtliche Rechtsprechung hingewiesen worden war,

wonach die Parteien zur Produktion der gerichtlich angeforderten Beweismittel verpflichtet und berechtigt sind (vgl. prozessleitende Verfügung vom 6. Juni 2019). Damit sind auf Patientenseite die von den Klägerinnen gelieferten Auswertungen massgebend und es ist auf die Daten aller Patientinnen und Patienten abzustellen, selbst wenn dies allenfalls für den Beklagten nachteilig wäre. Insoweit hat sich der Beklagte den Umstand, dass zufolge seiner verweigernden Haltung die seiner Ansicht nach besonders kostenintensiven Patienten nicht ausgeschieden werden können bzw. ein allenfalls indexreduzierender Faktor nicht bestimmt werden kann, anrechnen zu lassen.

Nichts an diesem Ergebnis ändern auch die in der Stellungnahme vom 28. Februar 2020 (S. 2) angeführten angeblichen Fehler in den von den Klägerinnen mit Eingabe vom 9. Dezember 2019 eingereichten Listen (act. IC in den Verfahren SCHG/2017/660 und SCHG/2018/530 38). Dass der Beklagte 2015 und 2016 keine Behandlung für gewisse, im konkreten Fall drei, Patienten ausgeführt haben will, ist deshalb nicht massgeblich, weil nicht das Behandlungsdatum, sondern die Rechnungszustellung an die Versicherer entscheidend ist. Statistisch gesehen ergibt sich insoweit eine Glättung. Dabei ist auch zu beachten, dass für solche Patienten in der Regel geringere Kosten in die Statistik einfliessen, als für Personen, die über ein Rechnungsjahr dauerbehandelt sind. Solche Patienten tragen deshalb eher zur Senkung der jährlichen Durchschnittskosten bei.

6.3 Was die Evaluation der vom Beklagten geltend gemachten höheren Kosten aufgrund seiner privatrechtlichen Weiterbildung der psychosomatischen und psychosozialen Medizin betrifft, ist die gerichtlich erhobene Auswertung bezogen auf die selbstdispensierenden Ärzte der Allgemeinen Inneren Medizin des Kantons Bern mit der Zusatzausbildung psychosomatische und psychosoziale Medizin gemäss Ziff. 2 Auswertung 2.2 der prozessleitenden Verfügung vom 15. Januar 2019 (act. IC in den Verfahren SCHG/2017/660 und SCHG/2018/530 20-27) beizuziehen. Diese Auswertung umfasst 18 Ärzte (act. IC in den Verfahren SCHG/2017/660 und SCHG/2018/530 22, 25) und berücksichtigt die Frage der Selbstdispensation, so dass im Grundsatz eine zur Festlegung der Praxisbesonderheit der privatrechtlichen Weiterbildung taugliche statistische Grundlage vorliegt.

Dass der Besonderheit "interventionelle Schmerztherapie" (ob erhöhend oder senkend) bei dieser Auswertung nicht weiter Rechnung getragen werden kann, hat sich wie dargelegt der Beklagte anrechnen zu lassen.

6.3.1 Was der Beklagte im Rahmen der Schlussbemerkungen vom 11. Juni 2020 in allgemeiner Weise gegen das Vergleichskollektiv vorträgt (S. 2 ff.), überzeugt nicht. Dass die Praxisstrukturen verschieden sind, einzelne Ärzte im einen oder anderen Bereich innerhalb ihrer fachärztlichen Behandlung zusätzliche Kompetenzen nutzen, ist einer statistischen Auswertung inhärent und hinzunehmen. Die vom Beklagten angeführte Besonderheit anderer Ärzte (radiologische Abklärungen, manualmedizinische Behandlungen, Akupunktur – Chinesische Arzneitherapie – TCM, Sportmedizin, delegierte Psychotherapie, Altersmedizin, Neuraltherapie) müsste schliesslich – seiner Argumentation für seine eigenen privatrechtlichen Weiterbildungen folgend – zu höheren direkten Kosten pro Patient bei diesen Arztkollegen führen, was für den Beklagten im statistischen Vergleich entlastend wäre. Kein Mangel stellt weiter dar, dass Ärzte in Gruppenpraxen in den Vergleich einbezogen werden (vgl. u.a. Eingaben des Beklagten vom 4. November 2019 S. 5 f. und vom 28. Februar 2020 S. 5), werden doch auch dort allein die Kosten pro Patient ausgewiesen. Dass solche Gruppenpraxen durch Synergien eine bessere Kostenstruktur erhalten können, ist Sinn und Zweck eines rationellen Gesundheitswesens. Wäre der Beklagte aus diesen Gründen teurer als seine Kolleginnen und Kollegen, so müsste er sich vorhalten lassen, selbst das Potential der rationellen Verwendung der von allen Versicherten über die obligatorische Krankenversicherung zur Verfügung gestellten Finanzmittel nicht zu nutzen. Der Beklagte kann sich deshalb nicht als Praxisbesonderheit anrechnen lassen, dass er seine Praxis alleine betreibt (Eingabe des Beklagten vom 4. November 2019 S. 5). Das Bundesgericht hat in der aktuellen Rechtsprechung schliesslich kein Erfordernis eines Mindestumsatzes oder einer Mindestpatientenzahl verlangt, weshalb dieser Punkt entgegen der Ansicht des Beklagten (vgl. Eingabe vom 4. November 2019 S. 6) nicht zu berücksichtigen ist. Soweit dies für statistische Auswertungen nach der neuen Screening Methode der zweistufigen Regressionsanalyse (vgl. Stellungnahme der Klägerinnen vom 9. Dezember 2019 S. 2 Ziff. 8) gelten soll, ist dies mangels zeitlicher Gültigkeit dieser neuen Methode (vertraglich vorgesehe-

ne Anwendbarkeit ab dem Rechnungsjahr 2017) vorliegend von vornherein nicht relevant.

Dass die Vergleichskollektive von Jahr zu Jahr ändern (vgl. u.a. Eingabe des Beklagten vom 4. November 2019 S. 6), hat verschiedene Gründe und beeinträchtigt die Beweiskraft der aufgelegten Auswertungen nicht. Nicht alle Ärzte rechnen jedes Jahr gegenüber allen Kassen ab. Sie können eine Tätigkeit erst später aufnehmen, zufolge Veränderung in der Selbstdispensationsberechtigung oder auch eines Stellenwechsels in der Statistik neu Aufnahme finden oder ausscheiden. Es ist in diesem Zusammenhang nicht Sache der Klägerinnen, diese Veränderungen jeweils für jeden einzelnen Arzt im Detail zu prüfen. Die Klägerinnen haben auf Vorhalt in der Stellungnahme vom 4. November 2019 hin belegt, dass die gemäss Behauptung des Beklagten nicht berechtigten Ärzte über eine ZSR-Nummer verfügen (Stellungnahme vom 9. Dezember 2019 S. 1 Ziff. 3).

6.3.2 Weiter bringt der Beklagte vor, im Vergleichskollektiv der Auswertung 2.2 befänden sich Ärzte, die gemäss dem Medizinalberuferegister des Bundesamtes für Gesundheit (MedReg) über keine Weiterbildung psychosomatische/psychosoziale Medizin verfügen (act. IC in den Verfahren SCHG/2017/660 und SCHG/2018/530 22, 25). Es sind dies Stand Juni 2020 (zum MedReg-Eintrag vgl. gleich anschliessend) die Dres. med. D._____, E._____, F._____, G._____, H._____ und I._____. Soweit die Klägerinnen ausführen, die besagten Ärzte hätten in den relevanten Jahren gemäss den Auszügen des ZSR (act IE in den Verfahren SCHG/2017/660 und SCHG/2018/530 1) über die Weiterbildung "Psychosomatische und Psychosoziale Medizin SAPP" verfügt (S. 1 Ziff. 3), so kann darauf nicht ohne weiteres abgestellt werden. Hierbei handelt es sich um eine Selbstdeklaration, die zum MedReg-Eintrag im Widerspruch steht. Auch wenn der Eintrag ins MedReg in der Tat erst seit dem 1. Januar 2020 obligatorisch ist, so erlaubt der Registerstand per Juni 2020 dennoch einen Rückschluss. Wollten die betreffenden Ärzte, sofern sie tatsächlich über die privatrechtlich erworbene Zusatzqualifikation verfügen, diese weaternutzen, hätten sie sie nun eintragen lassen müssen. Angesichts der betroffenen Anzahl Ärzte (sechs Personen, d.h. fast ein Drittel) der im spezifischen Vergleichskollektiv von 19 Ärzten (inkl. Beklagter) Auf-

genommenen, handelt es sich um eine Frage, die nicht unter pauschalem Verweis auf die Selbstdeklaration im ZSR übergangen werden kann.

Der Beklagte macht weiter eine falsche Ausscheidung von Selbstdispensationen geltend (vgl. u.a. Eingabe der Beklagten vom 4. November 2019 S. 6 f.). In der Statistik 2.2 sind 7 Ärzte (Dres. med. D._____, E._____, G._____, J._____, K._____, L._____ und H._____; vgl. auch Schlussbemerkungen des Beklagten vom 11. Juni 2020 S. 1 f. Ziff. 1) enthalten, welche gemäss MedReg entweder über keine Bewilligung zur Selbstdispensation verfügen bzw. das MedReg zu dieser Frage keine Angaben macht. Auch wenn das MedReg für die Frage der Selbstdispensation nicht abschliessend massgebend sein mag, so hat der Beklagte mit Verweis auf ein amtliches Register auf einen klärungsbedürftigen Umstand hingewiesen. Die Klägerinnen haben der Annahme des Beklagten zwar widersprochen, jedoch die Korrektheit ihrer eigenen Darstellung nicht belegt. Insbesondere die diesbezüglich massgeblichen Listen des Kantonsapothekers, auf welche sie sich selbst beziehen (vgl. Eingabe der Klägerin vom 9. Dezember 2019 S. 2 Ziff. 7), haben sie dem Gericht, obwohl sie hierzu wiederholt Gelegenheit gehabt hätten, nicht eingereicht. Was die Klägerinnen anlässlich ihrer Schlussbemerkungen vom 1. Juli 2020 zur Frage der Selbstdispensation vorbringen (S. 1 f. Ziff. 2 f.), hilft denn auch nicht weiter. Denn ob Dr. med. K._____ im Kollektiv der Ärzte mit Berechtigung zur Selbstdispensation 2016 nicht mehr figuriert, spielt keine Rolle. Zumindest betreffend das Jahr 2015 ist er auf der Liste enthalten und die Klägerinnen haben nicht belegt, dass er in diesem Jahr zur Selbstdispensation berechtigt war. Insoweit ist entgegen der Auffassung der Klägerinnen für die Festlegung der Selbstdispensation auch nicht entscheidend, ob ein Arzt unter seiner ZSR-Nummer Medikamente abrechnet. Entscheidend ist im Kanton Bern einzig, dass der Arzt über eine entsprechende Bewilligung verfügt, die es ihm erlaubt, mit seiner Privatapotheke seine eigenen Patientinnen und Patienten mit Medikamenten zu versorgen (Art. 32 Abs. 1 lit. a des kantonalen Gesundheitsgesetzes vom 2. Dezember 1984 [GesG; BSG 811.01] i.V.m. Art. 12 Abs. 2 lit. a und Art. 57 Abs. 1 lit. c der kantonalen Verordnung vom 24. Oktober 2001 über die beruflichen Tätigkeiten im Gesundheitswesen [Gesundheitsverordnung, GesV; BSG 811.111]).

Weiter beanstandet der Beklagte, dass eine einzelne Patientin, Frau M. _____ nicht bei ihm in Behandlung sei, d.h. nicht zu seinem Patientenstamm gehöre. Auch wenn angesichts der Anzahl Patientinnen und Patienten (2015: 341 [act. I im Verfahren SCHG/2017/660 1], 2016: 319 [act. I im Verfahren SCHG/2018/530 5]) ein solcher Fehler für sich allein wohl zu keiner derartigen Verzerrung der Statistik führen dürfte, dass hier bereits allein deswegen von einem zur Unverwertbarkeit führenden Fehler ausgegangen werden müsste, mithin die erhebliche Index-Überschreitung beim Ausscheiden dieser einzelnen Patientin nicht dahinfallen würde, so ist auch diese Frage in der Zusammenschau aller vorstehend dargelegten berechtigten Kritikpunkte des Beklagten jedoch nicht gänzlich unbeachtlich und wäre es Sache der Klägerinnen gewesen, sich auch hierzu zu äussern, was sie jedoch nicht getan haben.

Obwohl die Klägerinnen im Rahmen des umfangreichen Schriftenwechsels und Beweisverfahrens hinreichend Zeit gehabt haben, die Validität ihrer Auswertung näher zu belegen, haben sie dies unterlassen. Zwar gilt auch im vorliegenden Verfahren der Untersuchungsgrundsatz, der seine Grenzen jedoch in der Mitwirkungspflicht der Parteien findet (vgl. u.a. BGE 138 V 86 E. 5.2.3 S. 97; vgl. auch HERZOG/DAUM [Hrsg.], Kommentar zum Gesetz über die Verwaltungsrechtspflege im Kanton Bern, 2. Aufl. 2020, Art. 20 N. 1). Trotz umfangreicher gerichtlicher Erhebungen und ausreichender Gelegenheit insbesondere auch für die Klägerinnen, offene Fragen zu klären, konnte die Validität der Spezialauswertung der Klägerinnen nicht hinreichend geklärt werden. Die Klägerinnen haben den daraus folgenden Umstand zu vertreten, dass die Bedeutung der im Grundsatz erstellten Praxisbesonderheit der privatrechtlichen Weiterbildung psychosomatische und psychosoziale Medizin im vorliegenden Verfahren nicht geklärt werden kann. Dies ist in dem Sinne den Klägerinnen anzulasten, als eine Überarztung zwar zunächst plausibilisiert wurde, mangels Quantifizierbarkeit des Korrekturfaktors zufolge der Praxisbesonderheit psychosomatische und psychosoziale Medizin aber nicht bestimmt werden kann, ob und in welchem Ausmass tatsächlich eine Überarztung vorliegt. Dies wäre jedoch notwendig gewesen, um mit der hier zur Anwendung gelangenden ANOVA-Methode eine Überarztung bzw. deren Ausmass derart genau festzulegen, dass darauf basierend eine Rückforderung hätte errechnet werden können.

Dass mit der ab 2017 geltenden zweistufigen Regressionsanalyse neben der fachärztlichen Ausbildung erworbene zusätzliche Fertigkeiten über die verschiedenen enthaltenen Korrekturfaktoren, insbesondere der Morbidität der Patientinnen und Patienten, bereits auf der Stufe der statistischen Auswertung umfassend Rechnung getragen wird (vgl. den Beklagten betreffend das Parallelverfahren SCHG/2019/547), ändert für das vorliegenden Verfahren nichts.

6.4 Ausgeschlossen ist schliesslich, dass zur Überprüfung der Wirtschaftlichkeit der Behandlungen des Beklagten eine systematische Einzelfallprüfung oder eine repräsentative Einzelfallprüfung mit Hochrechnung durchgeführt werden könnte. Die Klägerinnen haben sich selbst stets nur auf die statistische Methode gestützt. Dem ist zu folgen. Ein anderes Vorgehen bedingte letztlich die detaillierte Prüfung der Behandlungsindikation und der hierfür erbrachten Leistungen für jeden einzelnen Patienten bzw. jede einzelne Patientin bzw. einer grossen Zahl an Patientinnen und Patienten. Wobei eine solche Prüfung nicht bereits auf der Basis einzelner Rechnungen erfolgen könnte, denn es sind keine Kriterien ersichtlich, welche eine Repräsentativität sicherstellen und den nötigen Rückschluss zur statistischen Methode erlauben würden. Eine solche Prüfung liegt deshalb nicht im Rahmen eines Verfahrens wie dem vorliegenden, bei welchem gestützt auf die vertragliche Vereinbarung zwischen Leistungserbringer und Krankenversicherer – wie vom Bundesgericht bestätigt – ein Durchschnittskostenvergleich zu erfolgen hat. Einzelfallprüfungen haben die einzelnen Krankenversicherer im Rahmen der konkreten Leistungsabrechnung vorzunehmen.

6.5 Aufgrund des Dargelegten sind die Klagen vom 13. Juli 2017 und 10. Juni 2018 abzuweisen.

7.

7.1 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 unter Berücksichtigung der per 27. November 2018 erfolgten Vereinigung der Verfahren für das Verfahren SCHG/2017/660 auf Fr. 5'000.-- und für das Verfahren SCHG/2018/530 auf Fr. 3'000.--, d.h. insgesamt auf Fr. 8'000.-- festgesetzt (Art. 52 VKD). Sie sind den unterliegenden Klägerinnen zur Bezahlung aufzuerlegen (Art. 46 Abs. 2 EG KUMV i.V.m. Art. 109 Abs. 1 VRPG) und werden im Umfang von Fr. 6'000.-- dem von ihnen geleisteten Kostenvorschuss entnommen. Die verbleibenden Fr. 2'000.-- haben die Klägerinnen nachzuzahlen.

7.2 Die obsiegende Beklagte hat Anspruch auf Ersatz seiner Parteikosten (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 kantonalen Verordnung vom 17. Mai 2006 über die Bemessung des Parteikostenersatzes (Parteikostenverordnung, PKV; BSG 168.811) zur Anwendung gelangt.

Art. 13 PKV bestimmt, dass in sozialversicherungsrechtlichen Klage- und Beschwerdeverfahren das Honorar 400 bis 11'800 Franken pro Instanz beträgt. Die Möglichkeit, bei bedeutenden vermögensrechtlichen Interessen einen Zuschlag zu gewähren, sieht Art. 13 PKV nicht vor (anders Art. 11 Abs. 2 oder Art. 12 Abs. 2 PKV). Insoweit kann deshalb in Verfahren wie dem vorliegenden einzig über den Auffangtatbestand von Art. 16 PKV („Zuschläge“) und den dortigen Verweis die Regelung der Art. 9 und 10 PKV zur Anwendung gelangen. Gemäss Art. 9 PKV kann ein Zuschlag von bis zu 100 Prozent auf das Honorar gewährt werden bei Verfahren, die u.a. besonders viel Zeit und Arbeit beanspruchen oder bei besonders komplexen tatsächlichen oder rechtlichen Verhältnissen.

Rechtsanwalt C. _____ reichte am 2. November 2021 je Verfahren separate Kostennoten ein. Für das Verfahren SCHG/2017/660 macht er Fr. 34'458.45 (inkl. Barauslagen, Interessenwertzuschlag sowie Mehrwertsteuer) sowie für das Verfahren SCHG/2018/530 über Fr. 23'288.-- (inkl. Barauslagen, Interessenwertzuschlag sowie Mehrwertsteuer) geltend. Die geltend gemachten Parteikosten sind selbst unter Berücksichtigung des umfangreichen Instruktionsverfahrens und der für den Beklagten grossen Bedeutung übersetzt. Zunächst liegt die Kostennote für das Verfahren SCHG/2017/660 von vornherein ausserhalb des gesetzlichen Rahmens. Dazu kommt, dass die Verfahren bereits ab November 2018 vereinigt geführt wurden, die Kostennoten jedoch für beide Verfahren unbesehen dessen je Position identischen Aufwand aufführen, ohne dass ein solcher doppelter Aufwand jeweils nachvollziehbar wäre. Dass jeweils nur die Hälfte des Aufwands je Verfahren geltend gemacht worden wäre, wurde weder ausgeführt noch finden sich hierfür Anzeichen, noch wäre dies im Gesamtbild plausibel. Dazu kommt schliesslich, dass wesentliche Verfahrensschritte deshalb notwendig wurden, weil der Beklagte entsprechende Unterlagen nicht oder erst auf wiederholte Aufforderung geliefert hat. Mit Blick auf den umfangreichen Schriftenwechsel sowie den Umstand, dass im vorliegenden Verfahren mit eher komplexen tatsächlichen und rechtlichen Verhältnissen ein höherer Zeit- und Arbeitsaufwand als üblich geboten war, ist für das Verfahren SCHG/2017/660 vom Maximum des Tarifrahmens von Fr. 11'800.-- auszugehen. Für das Verfahren SCHG/2018/530 ist ein Aufwand von 75% des Tarifrahmens, ausmachend Fr. 8'850.-- zuzusprechen. Mit Blick auf die gesamte Komplexität ist im Leitfall SCHG/2017/660 schliesslich ein Zuschlag gemäss Art. 16 i.V.m. Art. 9 PKV von 20% zu gewähren (Fr. 2'360.--), womit ein Honorar von total Fr. 23'010.-- (Fr. 11'800.-- + Fr. 8'850.-- + Fr. 2'360.--) resultiert. Der Rechtsvertreter stellt auf der Basis seines Honorars Auslagen im Umfang von 3% des Honorars in Rechnung, was bei Zusprache eines Honorars von Fr. 23'010.-- den Betrag von Fr. 690.30 ergibt (Fr. 23'010.-- / 100 x 3) und angemessen ist. Auf dem Total von Honorar und Barauslagen von Fr. 23'700.30 ist die MWST im Umfang von Fr. 1'824.90 (Fr. 23'700.30 / 100 x 7.7) zu vergüten. Es ergibt sich damit insgesamt eine Parteientschädigung von Fr. 25'525.20 (23'700.30 + Fr. 1'824.90), welche die Klägerinnen dem Beklagten zu ersetzen haben.

Demnach entscheidet das Schiedsgericht:

1. Die Klagen vom 13. Juli 2017 und vom 10. Juni 2018 werden abgewiesen.
2. Die Verfahrenskosten von Fr. 8'000.-- werden den Klägerinnen zur Bezahlung auferlegt. Hierbei werden Fr. 6'000.-- dem geleisteten Kostenvorschuss entnommen. Die verbleibenden Fr. 2'000.-- haben die Klägerinnen nachzuzahlen.
3. Die Klägerinnen haben dem Beklagten die Parteikosten (inkl. Auslagen und Mehrwertsteuer) im Umfang von Fr. 25'525.20-- zu ersetzen.
4. Zu eröffnen (R):
 - Advocat Dr. iur. B. _____ z.H. der Klägerinnen
 - Rechtsanwalt C. _____ z.H. des Beklagten
 - Bundesamt für Gesundheit

Namens des Schiedsgerichts:

Der Vorsitzende:

Der Gerichtsschreiber:

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.