

200 18 507 SCHG und
200 19 322 SCHG und
200 19 323 SCHG (3)
SCI/SHE/SEE

Schiedsgericht in Sozialversicherungsstreitigkeiten des Kantons Bern

Urteil vom 10. August 2021

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)**
Av. 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, vormals Atupri Krankenkasse (BAG Nr. 312)**
Zieglerstrasse 29, Postfach, 3001 Bern
6. **Avenir Krankenversicherung AG (BAG Nr. 343)**
Groupe Mutuel, Rue des Cèdres 5, 1919 Martigny
7. **KPT Krankenkasse AG (BAG Nr. 376)**
Wankdorfallee 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. **Kolping Krankenkasse AG (BAG Nr. 762)**
Peter Merian-Weg 4, 4052 Basel
11. **Easy Sana Krankenversicherung AG (BAG Nr. 774)**
Group Mutuel, Rue des Cèdres 5, 1919 Martigny
12. **EGK Grundversicherungen AG, vormals EGK Grundversicherungen (BAG Nr. 881)**
Brislachstrasse 2, Postfach, 4242 Laufen
13. **Krankenkasse SLKK (BAG Nr. 923)**
Hofwiesenstrasse 370, Postfach 5652, 8050 Zürich



- 14. Progrès Versicherungen AG (BAG Nr. 994) in eigener Sache und als Rechtsnachfolgerin der sansan Versicherungen AG (BAG Nr. 1566)**
Helsana-Gruppe, Postfach, 8081 Zürich
- 15. SWICA Krankenversicherung (BAG Nr. 1384)**
Römerstrasse 38, 8401 Winterthur
- 16. GALENOS AG, vormals GALENOS Kranken- und Unfallversicherung (BAG Nr. 1386)**
Militärstrasse 36, Postfach, 8021 Zürich
- 17. Mutuel Krankenversicherung AG (BAG Nr. 1479)**
Groupe Mutuel, Rue des Cèdres 5, 1919 Martigny
- 18. Sanitas Grundversicherungen AG (BAG Nr. 1509) in eigener Sache und als Rechtsnachfolgerin der Wincare Versicherungen AG (BAG Nr. 1060)**
Jänergasse 3, Postfach 2010, 8021 Zürich
- 19. INTRAS Kranken-Versicherung AG (BAG Nr. 1529)**
Tribtschenstrasse 21, Postfach 2568, 6002 Luzern
- 20. Philos Krankenversicherung AG (BAG Nr. 1535)**
Group Mutuel, Rue des Cèdres 5, 1919 Martigny
- 21. Assura-Basis SA (BAG Nr. 1542)**
Avenue C.-F. Ramuz 70, 1009 Pully
- 22. Visana AG (BAG Nr. 1555)**
Weltpoststrasse 19/21, Postfach 253, 3000 Bern 15
- 23. Agrisano Krankenkasse AG (BAG Nr. 1560)**
Laurstrasse 10, 5201 Brugg AG
- 24. Helsana Versicherungen AG (BAG Nr. 1562) in eigener Sache und als Rechtsnachfolgerin der avanex Versicherungen AG (BAG Nr. 1565)**
Helsana Gruppe, Postfach, 8081 Zürich
- 25. sana24 AG (BAG Nr. 1568)**
Weltpoststrasse 19/21, Postfach 253, 3000 Bern 15
- 26. Arcosana AG (BAG Nr. 1569)**
Tribtschenstrasse 21, 6002 Luzern
- 27. vivacare AG (BAG Nr. 1570)**
Weltpoststrasse 19/21, Postfach 253, 3000 Bern 15
- 28. Compact Grundversicherungen AG (BAG Nr. 1575)**
Jänergasse 3, Postfach 2010, 8021 Zürich
- 29. Sanagate AG (BAG Nr. 1577)**
Tribtschenstrasse 21. Postfach 2568, 6002 Luzern

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

Klägerinnen

gegen

A. _____, Dr. med.

vertreten durch Rechtsanwalt Dr. B. _____

Beklagter

Betreffend Überprüfung der Wirtschaftlichkeit der Praxisführung sowie Honorarrückforderung für die Statistikjahre 2014, 2015 und 2016; Klagen vom 13. Juli 2016, 14. Juli 2017 und 6. Juli 2018; (Urteil des Bundesgerichts vom 12. April 2019 betreffend die Statistikjahre 2014 und 2015, 9C_558/2018 sowie 9C_559/2018)

Sachverhalt:

A.

Am 13. Juli 2016 reichten 31 Krankenversicherer (nachfolgend: Klägerinnen), vertreten durch den Verein santésuisse (nachfolgend santésuisse), gegen Dr. med. A._____, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin (nachfolgend Beklagter), beim Schiedsgericht in Sozialversicherungsstreitigkeiten des Kantons Bern (nachfolgend Schiedsgericht) Klage ein. Sie stellten folgende Rechtsbegehren:

1. Es sei der Betrag gerichtlich zu ermitteln, welchen der Beklagte den Klägerinnen wegen unwirtschaftlicher Behandlungsweise gemäss Rechnungssteller-Statistik (RSS) 2014 zurückzuerstatten hat.
2. Unter Kosten- und Entschädigungsfolgen zu Lasten des Beklagten.

Die Klage wurde im Geschäftsverzeichnis des Schiedsgerichts unter der Verfahrensnummer SCHG/2016/662 registriert.

Mit prozessleitender Verfügung vom 18. Juli 2016 forderte der Vorsitzende santésuisse u.a. auf, Vollmachten derjenigen Klägerinnen einzureichen, die nicht Mitglieder bei santésuisse sind. Gleichzeitig verlangte er von den Klägerinnen eine RSS Kanton Bern betreffend das Geschäftsjahr 2014, Ärzte Allgemeine Innere Medizin, Detailauswertung pro Leistungserbringer-Gruppe, sowie die Auflistung der Ärzte, deren Daten Eingang in diese Auswertung gefunden haben. Die verlangten Unterlagen gingen am 25. Juli bzw. 14. September 2016 beim Gericht ein.

Mit Klageantwort vom 11. November 2016 beantragte der Beklagte, vertreten durch die Rechtsanwälte Dr. iur. B._____ und D._____, die vollumfängliche Abweisung der Klage, unter Kosten und Entschädigungsfolge.

Am 18. Januar 2017 zeigte advocat Dr. iur. C._____ dem Gericht sein Vertretungsverhältnis für santésuisse bzw. die Klägerinnen an.

Am 22. März 2017 reichten die Klägerinnen eine Replik ein.

Der Beklagte reichte am 23. Juni 2017 eine Duplik ein.

Mit prozessleitender Verfügung vom 13. Juli 2017 schloss der Vorsitzende den Schriftenwechsel und das Beweisverfahren und gab den Parteien die Besetzung des Schiedsgerichts im Verfahren SCHG/2016/662 bekannt.

B.

Am 14. Juli 2017 reichten 26 Krankenversicherer (nachfolgend Klägerinnen), vertreten durch santésuisse, dieser wiederum vertreten durch advocat Dr. iur. C._____, beim Schiedsgericht gegen Dr. med. A._____ Klage ein. Sie stellten folgende Rechtsbegehren:

1. Der beklagte Arzt A._____ sei zu verpflichten, den klagenden Versicherern unter dem Titel unwirtschaftliche Behandlung pro 2015 jene Beiträge zurückzuzahlen, die aus unwirtschaftlicher Behandlung resultieren.

Die Präzisierung und Konkretisierung des Forderungsbetrages bleibt vorbehalten.
2. Unter Kosten- und Entschädigungsfolgen zu Lasten des Beklagten.

Die Klage wurde im Geschäftsverzeichnis des Schiedsgerichts unter der Verfahrensnummer SCHG/2017/670 registriert.

Mit prozessleitender Verfügung vom 10. August 2017 forderte der Vorsitzende advocat Dr. iur. C._____ auf, Vollmachten derjenigen Klägerinnen einzureichen, die nicht Mitglieder bei santésuisse sind. Gleichzeitig verlangte er von den Klägerinnen die anonymisierten Daten der Ärzte, die Eingang in die RSS Kanton Bern betreffend das Geschäftsjahr 2015, Ärzte Allgemeine Innere Medizin, Detailauswertung pro Leistungserbringer-Gruppe, gefunden haben. Die verlangten Akten gingen am 28. August 2017 beim Gericht ein.

Der Beklagte schloss mit Klageantwort vom 23. November 2017 auf vollumfängliche Abweisung der Klage. Zudem beantragte er, die Wirtschaftlichkeit sei anhand einer Einzelfallprüfung durchzuführen.

In einem zweiten Schriftenwechsel hielten die Parteien an ihren Rechtsbegehren fest.

Mit prozessleitender Verfügung vom 28. Februar 2018 setzte der Vorsitzende den Klägerinnen eine Frist bis zum 14. März 2018, um zu den vom Beklagten getätigten Ausführungen betreffend Fehlerhaftigkeit der RSS-Statistik Stellung zu nehmen und die nötigen Belege dem Gericht einzureichen. Innert der gleichen Frist hätten die Parteien, sofern ein ernsthaftes Interesse an einer vergleichweisen Erledigung des Verfahrens bestehe, dies dem Gericht ebenfalls mitzuteilen.

Innert Frist nahmen die Klägerinnen Stellung zum Vorwurf des Beklagten, die RSS sei fehlerhaft, reichten hierzu Unterlagen ein und bekundeten Interesse an einer vergleichweisen Erledigung des Verfahrens (vgl. Eingabe vom 14. März 2018). Gleiches Interesse bekundete der Beklagte (vgl. Eingabe vom 12. März 2018).

C.

Am 1. Mai 2018 fand eine Instruktionsverhandlung betreffend die Verfahren SCHG/2016/662 und SCHG/2017/670 statt.

Mit prozessleitenden Verfügungen vom 2. Mai 2018 wurde es dem Beklagten freigestellt, sich bis zum 23. Mai 2018 abschliessend zu äussern. Gleichzeitig wurde die Besetzung des Schiedsgerichts im Verfahren SCHG/2017/670 bekannt gegeben.

Die Klägerinnen reichten mit Eingaben vom 14. Mai 2018 dem Schiedsgericht neben ihrer Kostennote neue Rückforderungsberechnungen für beide Verfahren ein. Die Eingaben inkl. Beilagen wurden dem Beklagten mit prozessleitender Verfügung vom 15. Mai 2018 zugestellt.

Am 23. Mai 2018 gingen beim Schiedsgericht für beide Verfahren Schlussbemerkungen des Beklagten ein.

Die Schlussbemerkungen wurden mit prozessleitenden Verfügungen vom 23. Mai 2018 den Klägerinnen zugestellt.

D.

Mit Urteilen des Schiedsgerichts vom 10. Juni 2018 (SCHG/2016/662 sowie SCHG/2017/670) wurde der Beklagte in Gutheissung der Klagen verurteilt, den Klägerinnen für das Jahr 2014 den Betrag von insgesamt Fr. 270'959.45 und für das Jahr 2015 von insgesamt Fr. 289'902.20 zurückzuerstatten.

Der Beklagte erhob gegen diese Urteile Beschwerde in öffentlich-rechtlichen Angelegenheiten beim Bundesgericht. Dieses hiess die Beschwerden mit Entscheid vom 12. April 2019 (9C_558/2018 sowie 9C_559/2018) teilweise gut, hob die angefochtenen Entscheide des Schiedsgerichts auf und wies die Sache zu neuer Entscheidung im Sinne der Erwägungen an dieses zurück. Im Übrigen wies es die Beschwerden ab.

E.

Am 6. Juli 2018 reichten 27 Krankenversicherer (nachfolgend: Klägerinnen), vertreten durch santésuisse, dieser vertreten durch advocat Dr. iur. C._____, gegen Dr. med. A._____ Klage betreffend das Statistikjahr 2016 ein. Sie stellten folgende Rechtsbegehren:

1. Der beklagte Arzt A._____ sei zu verpflichten, den klagenden Krankenversicherern jenen Betrag zurück zu erstatten, den er wegen Widerhaltung gegen das Wirtschaftlichkeitsgebot zu Unrecht vereinnahmt hat.

Die spätere Konkretisierung der Forderung (vorerst Fr. 71'691.59) wird ausdrücklich vorbehalten.

2. Unter Kosten- und Entschädigungsfolgen zu Lasten des beklagten Arztes.

Die Klage wurde im Geschäftsverzeichnis des Schiedsgerichts unter der Verfahrensnummer SCHG/2018/507 registriert.

Mit prozessleitender Verfügung vom 10. August 2017 forderte der Vorsitzende advocat Dr. iur. C._____ auf, dem Schiedsgericht die mit der Klage eingereichte „RSS: Kosten Ärzte OKP“ den Beklagten betreffend in ausreichender Auflösung und Grösse im Doppel sowie die zwingend erforderlichen Daten des Vergleichskollektivs einzureichen. Weiter stellte

der Vorsitzende in Aussicht, das Verfahren bis zum Entscheid des Bundesgerichts über die Urteile in den Verfahren SCHG/2016/662 und SCHG/2017/670 zu sistieren.

Die Klägerinnen reichten mit Eingabe vom 11. Juli 2018 dem Schiedsgericht die verlangten Unterlagen ein. Weiter erklärten sie sich mit der vom Vorsitzenden in Aussicht gestellten Verfahrenssistierung einverstanden. Der Beklagte, vertreten durch Rechtsanwalt Dr. B._____, zeigte sich mit Schreiben vom 17. August 2018 mit der Sistierung des Verfahrens einverstanden.

Mit prozessleitender Verfügung vom 20. August 2018 sistierte der Vorsitzende das Verfahren SCHG/2018/507.

F.

Nach Erlass des bundesgerichtlichen Entscheids wurden die Verfahren im Geschäftsverzeichnis unter den Verfahrensnummern SCHG/2019/322 (Statistikjahr 2014) und SCHG/2019/323 (Statistikjahr 2015) registriert und mit prozessleitender Verfügung vom 1. Mai 2019 vereinigt. Mit separater prozessleitender Verfügung vom selben Tag hob der Vorsitzende die Sistierung des Verfahrens SCHG/2018/507 auf (Ziff. 1).

Der Vorsitzende verlangte von den Klägerinnen u.a. eine Auswertung der RSS für die Jahre 2014, 2015 und 2016 des Beklagten im Vergleich zu allen Ärztinnen und Ärzte Allgemeine Innere Medizin des Kantons Bern ohne Berechtigung zur Selbstdispensation (prozessleitende Verfügung betreffend das Verfahren SCHG/2018/507 Ziff. 2 und betreffend das Verfahren SCHG/2019/322-323 Ziff. 3). Weiter wurden die Klägerinnen aufgefordert, eine Liste aller in der RSS-Statistik 2014, 2015 und 2016 als Leistungsbezüger erfassten Patientinnen und Patienten des Beklagten in alphabetischer Reihenfolge inkl. Adresse für die massgeblichen Jahre einzureichen. Dabei seien besonders die Korrespondenz der Krankenkasse mit der betreffenden versicherten Person sowie allfällige Vermerke zur Sprache, die Nationalität/en der versicherten Person sowie der allfällige Aufenthalt in einem Heim auszuweisen (prozessleitende Verfügung

betreffend das Verfahren SCHG/2018/507 Ziff. 3 und betreffend das Verfahren SCHG/2019/322-323 Ziff. 4). Am 31. Mai 2019 gingen beim Schiedsgericht die mit Ziff. 2 resp. 3 einverlangten Unterlagen ein. Bezüglich Ziff. 3 bzw. 4 führten die Klägerinnen aus, diese Liste könnten weder sie noch santésuisse liefern. Es sei in einem ersten Schritt der beklagte Arzt aufzufordern, die Namen und Adressen seiner Patienten wie den zuständigen Krankenversicherer zu liefern. Anschliessend würden sie (Klägerinnen) die weiteren benötigten Angaben (Korrespondenzsprache, Nationalität, Heimaufenthalt) liefern.

Mit prozessleitenden Verfügungen vom 4. Juni 2019 forderte der Vorsitzende den Beklagten auf, vollständige alphabetische Namenslisten seiner in den Jahren 2014, 2015 und 2016 behandelten Patientinnen und Patienten unter Angabe von Adresse und Versichertennummer sowie der zuständigen Krankenversicherung einzureichen.

G.

Mit Eingabe vom 20. Juni 2019 reichte der Beklagte in den Verfahren SCHG/2018/507, SCHG/2019/322 und SCHG/2019/323 gegen den Vorsitzenden des Schiedsgerichts ein Ausstandsbegehren ein. Mit Urteil vom 14. August 2019, SCHG/2019/495-497, wies das Schiedsgericht unter Ausschluss des Vorsitzenden das Ablehnungsgesuch ab. Dieses Urteil wurde mit Entscheid des Bundesgerichts (BGer) vom 25. März 2020, 9C_594/2019, bestätigt.

H.

Mit prozessleitenden Verfügungen vom 9. Juni 2020 forderte der Vorsitzende den Beklagten auf, die mit prozessleitender Verfügung vom 4. Juni 2019 eingeforderten Angaben einzuliefern.

Dieser Aufforderung kam der Beklagte am 11. August 2020 nach. Gleichzeitig nahm er einlässlich zu den von ihm geltend gemachten Praxisbesonderheiten die Jahre 2014, 2015 und 2016 betreffend Stellung.

Mit prozessleitender Verfügung vom 12. Oktober 2020 vereinigte der Vorsitzende die Verfahren SCHHG/2019/322 (Statistikjahr 2014) und SCHG/2019/323 (Statistikjahr 2015) mit dem Verfahren SCHG/2018/507 (Statistikjahr 2016). Weiter forderte er die Klägerinnen auf, die Regressionsindizes des Beklagten nach der ab dem Jahr 2017 gültigen Screening-Methode für die Jahre 2014, 2015 und 2016 zu berechnen und einzureichen.

Die Klägerinnen stellten mit Gesuch vom 27. Oktober 2020 den Antrag, es sei auf die prozessleitende Verfügung vom 12. Oktober 2020 wiedererwägungsweise zurückzukommen und diese zu widerrufen. Mit prozessleitender Verfügung vom 30. Oktober 2020 trat der Vorsitzende auf das Wiedererwägungsgesuch nicht ein.

Mit Eingabe vom 12. April 2021 reichten die Klägerinnen die mit prozessleitender Verfügung vom 12. Oktober 2020 einverlangten Unterlagen (vgl. die von den Klägerinnen bei der Polynomics AG in Auftrag gegebene „Berechnung Regressionsindex für die Statistikjahre 2014-2016 [Akten der Klägerinnen {act. I} 1 in den Verfahren SCHG/2018/507, SCHG/2019/322 und SCHG/2019/323]) ein. Von seinem Recht, hierzu Stellung zu nehmen (vgl. prozessleitende Verfügung vom 13. April 2021), machte der Beklagte am 20. Mai 2021 Gebrauch.

Mit prozessleitender Verfügung vom 7. Juni 2021 schloss der Vorsitzende das Beweisverfahren und gab den Parteien die Besetzung des Gerichts bekannt.

Am 10. August 2021 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 des kantonalen Gesetzes vom 23. Mai 1989 über die Verwaltungsrechtspflege (VRPG; BSG 155.21) 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 Satz 3 Halbsatz 1 KVG), was der Kanton Bern getan hat (Art. 40 EG KUMV).

1.2 Im vorliegenden Verfahren sind mit der Überprüfung der Wirtschaftlichkeit der Praxisführung und den entsprechenden Rückforderungen die Statistikjahre 2014-2016 betreffend Streitigkeiten zwischen Versicherern und einem Leistungserbringer zu beurteilen, weshalb die sachliche Zuständigkeit des Schiedsgerichts gegeben ist. Bezüglich der drei Klagen (Klagen vom 13. Juli 2016, 14. Juli 2017 und 6. Juli 2018) liegt in zwei Fällen (Klagen vom 13. Juli 2016 und 14. Juli 2017) eine Rückweisung des Bundesgerichts mit entsprechenden Anweisungen an das kantonale Gericht vor. 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).

1.3 Die Vertretungsvollmachten von santésuisse für die vorliegenden Verfahren ergibt sich für diejenigen Krankenversicherer, die santésuisse-Mitglieder sind, aus Art. 17 der santésuisse-Statuten (Mitgliederverzeichnis sowie Statuten abrufbar unter www.santésuisse.ch). Bezüglich der klagenden Krankenversicherer, die nicht Mitglied von santésuisse sind, wurden entsprechende Prozessvollmachten vorgelegt (act. I 5-15 im Verfahren SCHG/2016/662, act. IA 1-4 im Verfahren SCHG/2017/670). Sodann ist der Rechtsvertreter von santésuisse ordnungsgemäss bevollmächtigt (act. I 16 im Verfahren SCHG/2016/662; Art. 15 VRPG). Auf die Klagen ist damit einzutreten.

1.4 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 VRPG). Vorliegend ist zu prüfen, ob der Beklagte den Klägerinnen für die Jahre 2014, 2015 und 2016 Vergütungen zurückbezahlen muss und gegebenenfalls wie hoch die entsprechenden Beträge sind.

1.5 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. 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.

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. 56 Abs. 4 GSOG; vgl. auch Art. 89 Abs. 4 Sätze 2 und 3 KVG).

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 Leis-

tungen 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 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 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 hiavor). Als Klägerinnen treten vorliegend Krankenkassen auf, die in den Jahren 2014, 2015 und 2016 vom Beklagten ausgestellte Rechnungen vergütet und santésuisse zur Aufnahme in die RSS gemeldet haben. Die in den Klagen vom 13. Juli 2016, 14. Juli 2017 und 6. Juli 2018 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 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 des Entscheids des Eidgenössischen Versicherungsgerichts [EVG; heute BGer] vom 9. Oktober 2006, K 6/06).

3.1.2 Die Passivlegitimation des Beklagten ergibt sich 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 Gemäss Art. 25 Abs. 2 ATSG erlischt der Rückforderungsanspruch mit dem Ablauf eines Jahres, nachdem die Versicherungseinrichtung davon Kenntnis erhalten hat, spätestens aber mit 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 geltend gemachten 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).

3.2.1 Soweit das Jahr 2014 betreffend, haben die Klägerinnen, anders als in der Klageantwort vom 11. November 2016, S. 3, Rz. 6, cursorisch bezweifelt, die einjährige Verwirkungsfrist für die Rückforderung eingehalten. Es ist kein Grund ersichtlich und wird vom Beklagten nicht näher substantiiert, dass die Klägerinnen bereits vor dem 15. Juli 2015 (vgl. hierzu Bestätigung der SASIS AG vom 15. Juli 2015 [act. I 2 im Verfahren SCHG/2016/662]) Kenntnis der notwendigen (konsolidierten) Daten gehabt hätten. Da hier Vergütungen für das Jahr 2014 zurückgefordert werden, ist die Fünfjahresfrist ebenfalls eingehalten.

3.2.2 Soweit das Jahr 2015 betreffend, haben die Klägerinnen, anders als in der Klageantwort vom 23. November 2017, S. 6 f., Rz. 17 ff. bezweifelt, die einjährige Verwirkungsfrist für die Rückforderung eingehalten. Es ist kein Grund ersichtlich und wird in den Eingaben des Beklagten denn auch nicht ansatzweise nachvollziehbar begründet, dass die Klägerinnen bereits

vor dem 15. Juli 2016 Kenntnis der notwendigen (konsolidierten) Daten gehabt hätten, zumal der RSS 2015 (act. I 1 im Verfahren SCHG/2017/670) entnommen werden kann, dass die Datenaufbereitung von der SAIS am 15. Juli 2016 vorgenommen wurde. Da hier Vergütungen für das Jahr 2015 zurückgefordert werden, ist die Fünfjahresfrist ebenfalls eingehalten.

3.2.3 Was das Jahr 2016 betrifft, ist die einjährige relative Verwirkungsfrist für die Rückforderung eingehalten. Die Datenaufbereitung wurde am 17. Juli 2017 vorgenommen (act. I 1 im Verfahren SCHG/2018/507, vgl. auch Klage, S. 3, Ziff. 6), während die Klage vom 6. Juli 2018 datiert und gleichentags der Post übergeben wurde. Es ist kein Grund ersichtlich und wird denn auch vom Beklagten nicht behauptet, weshalb die Klägerinnen bereits vor dem 17. Juli 2017 Kenntnis der notwendigen Daten gehabt hätten, bzw. hätten haben müssen. Da hier Vergütungen für das Jahr 2016 zurückgefordert werden, ist die Fünfjahresfrist ebenfalls eingehalten.

4.

4.1

4.1.1 Das Bundesgericht hat die die Statistikjahre 2014 und 2015 betreffenden Urteile des Schiedsgerichts (SCHG/2016/662 und SCHG/2017/670) aufgehoben (vgl. BGer 9C_558/2018 und 9C_559/2018). Es ordnete für das hiesige Gericht verbindlich an, dass die Wirtschaftlichkeitskontrolle nach dem reinen Durchschnittskostenvergleich zu erfolgen habe und legte die grundsätzlich massgeblichen Indizes für die Berechnung einer allfälligen Rückforderung fest (Gesamtkosten [direkt und veranlasst] 147 [2014], 150 [2015] sowie totale direkte Kosten 149 [2014] und 146 [2015]; E. 8.3). Die Bedeutung der vom Beklagten geltend gemachten Praxisbesonderheiten sei jedoch ungenügend geklärt. Es sei derzeit nicht möglich, den verschiedenen Praxisbesonderheiten direkt durch eine Erhöhung des Toleranzwertes angemessen Rechnung zu tragen. Das Bundesgericht wies deshalb das Schiedsgericht an, für die Festlegung des Toleranzwertes die Bedeutung der vom Beklagten geltend gemachten Praxisbesonderheiten (Heim- und Hausbesuche, Anteil an

ausländischen und französischsprachigen Patienten, keinen Notfalldienst, dauernde Erreichbarkeit für seine Patienten [E. 8.2]) weiter abzuklären.

4.1.2 Die höchstrichterlichen Ausführungen zu den Statistikjahren 2014 und 2015 haben auch für das Statistikjahr 2016 des Beklagten Gültigkeit, setzte der Beklagte doch seine Tätigkeit in der bestehenden Praxis fort. Damit ergeben sich für das Statistikjahr 2016 die folgenden massgeblichen Indizes: Gesamtkosten (direkt und veranlasst) 135 sowie totale direkte Kosten 114 (act. IA 1 im Verfahren SCHG/2018/507). Auch dieses Jahr betreffend ist die Bedeutung der geltend gemachten Praxisbesonderheiten den Vorgaben des Bundesgerichts entsprechend näher zu klären.

4.2 Vorab ist damit festzuhalten, dass der Beklagte in den Jahren 2014 bis 2016 statistisch über dem vom hiesigen Gericht in ständiger Praxis verwendeten Toleranzbereich von 130 Punkten liegt. Dem Schiedsgericht ist vom Bundesgericht aufgetragen worden, verschiedene im konkreten Fall des Beklagten als mögliche Praxisbesonderheiten identifizierte Umstände weiter abzuklären. Insoweit kann den Klägerinnen denn auch nicht gefolgt werden, wenn sie in ihrem Gesuch vom 27. Oktober 2020 unter Verweis auf die Anova-Methode die gerichtlichen Abklärungen als unzulässig erachteten. Vielmehr hat das Bundesgericht gerade gegenteilig entschieden. Zwar hat es im Grundsatz die Anova-Indizes als Ausgangspunkt für die Klärung der Überarztung bestätigt. Eine Klärung der Praxisbesonderheiten war und ist jedoch gemäss Feststellung des Bundesgerichts innerhalb der Anova-Methode nicht möglich, so dass das Schiedsgericht dem Untersuchungsgrundsatz folgend und in freier Beweiswürdigung anhand aller zur Verfügung stehenden Möglichkeiten die Bedeutung der Praxisbesonderheiten für die Kostenstruktur der Praxis des Beklagten zu klären hat.

4.3 Gestützt auf die gerichtlich angeordneten Beweismassnahmen wie auch die von den Parteien ihrerseits produzierten Beweise ist festzuhalten, dass eine einzelfallweise Ausscheidung und anschliessende (kostenwirksame) Kombination der verschiedensten geltend gemachten Praxisbesonderheiten im vorliegenden Fall nicht möglich ist. Ein solches Vorgehen bedingte letztlich die detaillierte Prüfung der Behandlungsindikation und der hierfür erbrachten Leistungen für jeden

einzelnen Patienten bzw. jede einzelne Patientin. 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.

Hingegen hat der Beklagte in seiner Eingabe vom 11. August 2020 betreffend das (hier nicht streitige Statistikjahr 2017) auf die zwischen den Leistungserbringern und Versicherern vertraglich (neu) festgelegte Methode zur Kontrolle der Wirtschaftlichkeit (Art. 56 Abs. 6 KVG), die sog. Screening-Methode bzw. den damit erhobenen Regressions-Index, hingewiesen. Er hat ausgeführt, für das hier nicht Gegenstand bildende Jahr 2017 habe sich ein Index für die totalen Kosten von 105 Punkten ergeben.

4.3.1 Die Vereinigung der Schweizer Ärztinnen und Ärzte (FMH) auf der einen Seite, santésuisse (Die Schweizer Krankenversicherer) und curafutura (Die innovativen Krankenversicherer) auf der anderen Seite hatten sich in einem am 27. Dezember 2013/16. Januar 2014 gestützt auf Art. 56 Abs. 6 KVG geschlossenen Vertrag zwecks Bemessung der Wirtschaftlichkeit der Leistungen von praktizierenden Ärztinnen und Ärzten im Hinblick auf die Rückerstattung der Honorare wegen nicht wirtschaftlicher ambulanter Tätigkeit auf die Varianzanalyse (Anova) als statistische Methode zur Kontrolle der Wirtschaftlichkeit verständigt. Die Anova-Methode beruht auf derselben Datenbasis wie die RSS. Massgebend für die Prüfung der Wirtschaftlichkeit gemäss der Anova-Methode ist vorerst der Index aller direkten und veranlassten Kosten pro Erkrankten. Liegt dieser innerhalb des Toleranzbereichs, ist das Wirtschaftlichkeitsgebot nicht verletzt. Andernfalls ist – in einem zweiten Schritt – zu prüfen, ob der Index der totalen direkten Kosten pro Erkrankten

den Toleranzwert (von in der Regel zwischen 120 und 130 Punkten) überschreitet.

Ergänzend vereinbarten die Vertragsparteien damals, dass die Anova-Methode künftig von Leistungserbringern und Versicherern gemeinsam weiterentwickelt und unter anderem durch Morbiditätsvariablen ergänzt werden solle (BGE 144 V 79 E. 5.1 S. 81). Mit am 10. Juli 2018 bzw. 15./28. August 2018 unterzeichnetem und mit "die Screening-Methode im Rahmen der Kontrolle der Wirtschaftlichkeit gemäss Art. 56 Abs. 6 KVG" betiteltm Vertrag (Version vom 20. März 2018) legten FMH, santésuisse und curafutura als Screening-Methode die zweistufige Regressionsanalyse fest (Ziff. 1). Das Modell berücksichtigt auf der ersten Stufe die Morbiditätsfaktoren Alter und Geschlecht der Patienten, PCG (Pharmaceutical cost groups), Franchisen des Patienten und Spitalaufenthalt im Vorjahr des Patienten. Auf der zweiten Stufe berücksichtigt es die Faktoren Standortkanton des Leistungserbringers sowie Facharztgruppe (Ziff. 2). Die Vertragsparteien einigten sich auf die Anwendung der Methode gemäss Ziff. 1 und Ziff. 2 in sämtlichen Verfahren ab dem Statistikjahr 2017 (Ziff. 2). Nach Ziff. 3 des Vertrages wird die Screening-Methode auf Basis des Daten- und Tarifpool der SASIS AG durchgeführt.

4.3.2 Seitens der Parteien unbestrittene Tatsache ist, dass die neue Screening-Methode mit dem sog. Regressions-Index erstmals für das Statistikjahr 2017 zur Anwendung gelangt. Zuvor massgeblich war die Anova-Methode, wie dies seitens des Bundesgerichts für das vorliegenden Verfahren in seinem Entscheid vom 12. April 2019 (E. 7) bestätigt wurde. Dies wird hier nicht verkannt, wenn zur Beurteilung der Bedeutung der vom Bundesgericht identifizierten Praxisbesonderheiten des Beklagten ergänzend auch die Ergebnisse der rückwirkend erstellten Berechnungen anhand der neue Methode zugezogen werden. Der Beizug dieser neueren statistischen Methode bzw. der entsprechenden Ergebnisse bedeutet dabei nicht, diese bereits vor deren (vertraglichen) Gültigkeit zur Anwendung zu bringen. Die entsprechenden Ergebnisse sind jedoch zu berücksichtigen, um die Bedeutung der Praxisbesonderheiten einschätzen zu können, die mit der grundsätzlich anwendbaren Anova-Methode nicht beziffert werden

können. Dass die neue Methode ergänzend nun insbesondere auch Morbiditätskriterien mit einbezieht, bedeutet, dass vorab die vom Beklagten geltend gemachte hohe Morbidität seiner Patientinnen und Patienten, insbesondere die hohe Zahl von Heimpatientinnen und Heimpatienten sowie die angeblich höhere Morbidität ausländischer bzw. fremdsprachiger Patientinnen und Patienten, bei einer solchen Berechnung berücksichtigt ist und, wäre nur nach der neuen Methode vorzugehen, nicht mehr als Praxisbesonderheit vorgebracht werden könnte. Mindestens teilweise werden durch den Einbezug der Morbidität schliesslich auch die dauernde Erreichbarkeit mit der Folge entsprechender Notfalleinsätze abgedeckt. Höchstens am Rand abgedeckt erscheint hingegen das Fehlen eines Notfalldienstes, bei welchem Ärztinnen und Ärzte zufolge des einmaligen oder auf wenige Sitzungen beschränkten Kontakts mit Patientinnen und Patienten einen kostensenkenden Effekt in den Durchschnittskosten pro Patient erzielen können.

4.3.3 Bei sich hier ab dem ersten eingeklagten Statistikjahr (2014) absteigend zeigenden Indizes des Regressionsindexes von totale Kosten 128 (2014), 124 (2015) und 104 (2016; act. I 1 S. 5 in den Verfahren SCHG/2018/507 und SCHG/2019/322-323) ergibt sich, dass die Praxisbesonderheiten einen namhaften und hier zu berücksichtigenden Effekt aufweisen. Im ersten Jahr der direkten Anwendbarkeit des Regressionsindexes, 2017, das hier nicht Streitgegenstand bildet, ergab sich ein Regressionsindex von 105 bei den totalen Kosten und von 118 bei den direkten Kosten (unpaginierte Akten des Beklagten [act. II] in den Verfahren SCHG/2018/507, SCHG/2019/322 und SCHG/2019/323 am Schluss). Dem Beklagten kann nicht gefolgt werden, wenn er verlangt, für die eingeklagten Jahre in Vermischung der Methoden (vgl. Stellungnahme vom 20. Mai 2021) die Differenz zwischen den Indizes nach der Anova-Methode und dem neuen Screening-Verfahren direkt auf einen Index von 130 zu schlagen.

4.3.4 Für die hier fraglichen und im Grundsatz – wie auch vom Bundesgericht festgehalten – nach der Anova-Methode zu beurteilenden Jahre hat dieses Gericht in ständiger Praxis bis zu einem Index von 130 eine Überarztung per se auch ohne Praxisbesonderheiten ausgeschlossen.

Der Effekt von massgeblichen Praxisbesonderheiten wird dem Wert von 130 hinzugerechnet. Dieses Vorgehen ist auch vorliegend zu wählen. Ob daran mit Blick auf Fälle, die einzig anhand der neuen Screening-Methode zu beurteilen sein werden (ab Statistikjahr 2017) sich etwas ändert (vgl. Stellungnahme der Klägerinnen vom 12. April 2021), ist mangels direkter Anwendung dieser Methode nicht Gegenstand des vorliegenden Verfahrens. Zutreffend hat der Beklagte darauf hingewiesen, dass die Differenz bei Verwendung der verschiedenen Berechnungsmethoden mit Blick auf RSS und Anova einerseits und neuer Screening-Methode andererseits im Bereich zwischen 17 und 27 Punkten liegt (Stellungnahme des Beklagten vom 20. Mai 2021, S. 6, Ziff. 3). Wird die Bedeutung der Morbidität auf die Berechnung nach der neuen Methode betrachtet, so ist festzustellen, dass beachtliche Unterschiede zwischen den verschiedenen Berechnungen vorliegen, was eine beachtlich höhere Morbidität der Patientinnen und Patienten des Beklagten im Vergleich zu anderen Ärztinnen und Ärzten belegt. So betreut er denn vorab eine hohe Zahl von Heimpatientinnen und –patienten.

Im Rahmen der gerichtlichen Gesamtbetrachtung erscheint – eingedenk der Tatsache, dass solche Berechnungen zufolge der verschiedensten Variablen und Parametern nie kommagenaue Werte ergeben – ein Aufschlag für die vom Bundesgericht ausgemachten Praxisbesonderheiten von 20 Punkten je Jahr, d.h. auf insgesamt 150 Punkte als angemessen. Dabei wird nicht übersehen, dass die hohe Anzahl Hausbesuche Fragen aufwerfen. Sollte der Beklagte keine Anpassungen eingeleitet haben, wären diese im Rahmen konkreter Leistungsabrechnungsprüfungen von den Klägerinnen unbesehen des konkreten Regressionsindex zu thematisieren.

Bei Indizes Gesamtkosten direkt und veranlasst von 147 (2014), 150 (2015) und 135 (2016) sowie totale direkte Kosten von 149 (2014), 146 (2015) und 114 (2016) ist daraus folgend eine Überarztung zufolge der vom Bundesgericht identifizierten und im vorliegenden Verfahren weiter quantifizierten Praxisbesonderheiten nicht zu beweisen. Die Klagen sind daher abzuweisen.

5.

5.1 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 je Verfahren auf Fr. 4'000.-- (Art.52 VKD), d.h. insgesamt Fr. 12'000.--, festgesetzt. Sie werden bei diesem Ausgang des Verfahrens den unterliegenden Klägerinnen (Art. 46 Abs.2 EG KUMV i.V.m. Art. 109 Abs. 1 VRPG) auferlegt und dem von ihnen geleisteten Kostenvorschuss in der Höhe von Fr. 13'000.-- (Fr. 3'000.-- [SCHG/2016/662], Fr. 3'000.-- [SCHG2017/670], Fr. 3'000.-- [SCHG/2018/507], Fr. 4'000.-- [SCHG/2019/322-323]) entnommen. Die Restanz des Kostenvorschusses von Fr. 1'000.-- wird den Klägerinnen nach Eintritt der Rechtskraft des Urteils zurückerstattet.

5.2 Der obsiegende Beklagte hat Anspruch auf Ersatz ihrer Parteikosten (Art. 46 Abs. 2 EG KUMV i.V.m. Art. 109 Abs. 1 VRPG).

Die Kostennote vom 14. Juni 2021, in welcher Rechtsanwalt Dr. B._____ für die drei Verfahren gesamthaft einen geleisteten Gesamtaufwand im Umfang von total 76.9 Stunden à Fr. 300.-- und Auslagen Fr. 807.45 geltend macht, ist nicht zu beanstanden und liegt innerhalb des Rahmens von Fr. 400.-- - Fr. 11'800.-- pro Verfahren und Instanz (Art. 41 Abs. 1 und 4 des kantonalen Anwaltsgesetzes vom 28. März 2006 [KAG; BSG 168.11] i.V.m. Art. 13 der Verordnung vom 17. Mai 2006 über die Bemessung des Parteikostenersatzes [Parteikostenverordnung, PKV; BSG 168.811]). Somit ist der tarifmässige Parteikostenersatz auf Fr. 25'716.-- (inkl. Auslagen und MWST) festzulegen. Diesen Betrag haben die Klägerinnen dem Beklagten zu ersetzen.

Demnach entscheidet das Schiedsgericht:

1. Die Klagen werden abgewiesen.
2. Die Verfahrenskosten, gerichtlich festgesetzt auf Fr. 12'000.--, werden den Klägerinnen auferlegt und in diesem Umfang dem Kostenvorschuss von Fr. 13'000.-- entnommen. Die Restanz von Fr. 1'000.-- wird den Klägerinnen nach Rechtskraft des Urteils zurückerstattet.
3. Die Klägerinnen haben dem Beklagten die Parteikosten, gerichtlich bestimmt auf Fr. 25'716.-- (inkl. Auslagen und MWST), zu ersetzen.
4. Zu eröffnen (R):
 - advocat Dr. iur. C. _____ z.H. der Klägerinnen
 - Rechtsanwalt Dr. B. _____ 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.