

Schiedsgericht in Sozialversicherungsstreitigkeiten des Kantons Bern

Urteil vom 1. November 2020

Vorsitzender Verwaltungsrichter Ackermann
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, 3000 Bern 65
6. **Avenir Krankenversicherung AG (BAG Nr. 343)**
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. **Easy Sana Krankenversicherung AG (BAG Nr. 774)**
Rue des Cèdres 5, 1919 Martigny
11. **EGK Grundversicherungen AG (BAG Nr. 881)**
Bislachstrasse 2, Postfach, 4242 Laufen
12. **sodalis Gesundheitsgruppe (BAG Nr. 941)**
Balfrinstrasse 15, 3930 Visp
13. **SWICA Krankenversicherung (BAG NR. 1384)**
Römerstrasse 38, 8401 Winterthur
14. **Mutuel Krankenversicherung AG (BAG Nr. 1479)**
Rue des Cèdres 5, 1919 Martigny
15. **INTRAS Krankenversicherung AG (BAG Nr. 1529)**
Tribtschenstrasse 21, Postfach 2568, 6002 Luzern
16. **Philos Krankenversicherung AG (BAG Nr. 1535)**
Rue des Cèdres 5, 1919 Martigny



17. Assura-Basis SA (BAG Nr. 1542)

Avenue Charles-Ferdinand-Ramuz 70, 1009 Pully

18. Visana AG (BAG Nr. 1555)

Weltpoststrasse 19/21, Postfach 253, 3000 Bern 15

19. Arcosana AG (BAG Nr. 1569)

Tribschenstrasse 21, 6002 Luzern

20. vivacare AG (BAG Nr. 1570)

Weltpoststrasse 19/21, Postfach 253, 3000 Bern 15

21. Sanagate AG (BAG Nr. 1577)

Tribschenstrasse 21, Postfach 2568, 6002 Luzern

alle vertreten durch tarifsuisse ag, Römerstrasse 20, Postfach 1561, 4502
Solothurn

Klägerinnen

gegen

A. _____

vertreten durch Rechtsanwalt Dr. B. _____

Beklagte

betreffend Klage vom 4. Dezember 2019

Sachverhalt:

A.

Mit Gesuch um Ladung zur Vermittlungsverhandlung vom 4. März 2019 beantragten 23 Krankenversicherer, vertreten durch die tarifsuisse AG (nachfolgend tarifsuisse), beim Schiedsgericht in Sozialversicherungsstreitigkeiten des Kantons Bern, Dr. med. A. _____, Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie (nachfolgend Beklagte), sei zu verurteilen, ihnen Fr. 201'210.41 zu bezahlen (Honorarrückerstattung infolge gesetz- resp. TARMED-widriger Fakturierung [systematische Überschreitung der zulässigen Wochenstundenzahlen in Sachen delegierte Psychotherapie]). Mit Stellungnahme vom 2. April 2019 schloss Dr. med. A. _____, vertreten durch Rechtsanwalt Dr. iur. B. _____, auf Abweisung der Klage. Anlässlich der Vermittlungsverhandlung vom 10. September 2019 kam keine Einigung zu Stande und den gesuchstellenden Krankenversicherern wurde die Klagebewilligung mit Klagefrist von drei Monaten, laufend ab dem 10. September 2019, erteilt. Die Verfahrenskosten von Fr. 1'000.-- wurden ihnen auferlegt.

B.

Am 4. Dezember 2019 erhoben 21 Krankenversicherer gegen Dr. med. A. _____ beim Schiedsgericht Klage. Sie beantragen, Dr. med. A. _____ sei zu verurteilen, ihnen infolge gesetz- resp. TARMED-widriger Fakturierung (systematische Überschreitung der zulässigen Wochenstundenzahl in Sachen delegierte Psychotherapie) einen Betrag von Fr. 203'480.-- zurückzuzahlen.

Mit Klageantwort vom 10. März 2020 schliesst die Beklagte, weiterhin vertreten durch Rechtsanwalt Dr. iur. B. _____, auf Abweisung der Klage.

Aufforderungsgemäss (vgl. prozessleitende Verfügung vom 20. April 2020) machten die Klägerinnen am 20. Mai 2020 Ausführungen zur Frage, weshalb und wann sie auf die geltend gemachte tarifwidrige Rechnungsstellung

aufmerksam wurden und tätigten Erläuterungen betreffend Taxpunktvolu-
mina. Hierzu nahm die Beklagte am 16. Juli 2020 Stellung.

Mit prozessleitender Verfügung vom 14. Oktober 2020 schloss der Instruk-
tionsrichter das Beweisverfahren. Gleichzeitig gab er den Parteien die Be-
setzung des Schiedsgerichts im vorliegenden Verfahren bekannt.

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 des kantonalen
Gesetzes vom 6. Juni 2000 betreffend die Einführung der Bundesgesetze
über die Kranken-, die Unfall- und die Militärversicherung [EG KUMV; BSG
842.11]).

1.2 Im vorliegenden Verfahren ist eine Streitigkeit zwischen Kranken-
versicherern und einem Leistungserbringer zu beurteilen, weshalb die
sachliche Zuständigkeit des Schiedsgerichts gegeben ist. Die Beklagte hat
ihre Praxis im Kanton Bern, womit das Schiedsgericht in
Sozialversicherungsstreitigkeiten des Kantons Bern auch örtlich zuständig
ist (Art. 89 Abs. 2 KVG). Die Vertretungsvollmacht von tarifsuisse bzw. der
durch sie handelnden Personen für das vorliegende Verfahren ergibt sich
aus dem Handelsregister (vgl. www.zefix.ch) bzw. den eingereichten Pro-
zessvollmachten (vgl. Akten der Klägerinnen [SCHG/2019/186 act. I] 1; Art.
46 Abs. 2 EG KUMV i.V.m. Art. 15 des kantonalen Gesetzes vom 23. Mai
1989 über die Verwaltungsrechtspflege [VRPG; BSG 155.21]). Auf die
form- (Art. 46 Abs. 2 EG KUMV i.V.m. Art. 32 Abs. 2 und 3 VRPG) und –

mit Blick auf die mit VGE SCHG/2019/186 erteilte Klagebewilligung vom 10. September 2019 – fristgerecht eingereichte Klage vom 4. Dezember 2019 (Art. 45 Abs. 3 EG KUMV) ist somit einzutreten.

1.3 Im Klageverfahren ergibt sich der Streitgegenstand einzig aus den Rechtsbegehren der Klage. Innerhalb des Streitgegenstands ist das Schiedsgericht in Sozialversicherungsstreitigkeiten in Durchbrechung der Dispositionsmaxime an die Begehren der Parteien nicht gebunden (vgl. BGE 135 V 23 E. 3.1 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 streitig und zu prüfen, ob die Beklagte den Klägerinnen für die Zeitspanne von Januar 2016 bis Oktober 2018 gesetz- resp. TARMED-widrig fakturierte Honorare zurückzuerstatten hat.

1.4 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 hat 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 vorbehaltlich abweichender Regelungen des EG KUMV (Art. 46 Abs. 2 EG KUMV) nach dem VRPG.

1.5 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 des kantonalen Gesetzes vom 11. Juni 2009 über die Organisation der Gerichtsbehörden und der Staatsanwaltschaft [GSOG; BSG 161.1]; vgl. auch Art. 89 Abs. 4 Sätze 2 und 3 KVG).

2.

2.1 Die obligatorische Krankenpflegeversicherung übernimmt nach Art. 24 Abs. 1 KVG die Kosten für die Leistungen gemäss den Art. 25-31 KVG nach Massgabe der in den Art. 32-34 KVG festgelegten Voraussetzungen. Die Leistungen umfassen u.a. die Untersuchungen und Behandlungen, die ambulant, stationär oder in einem Pflegeheim, sowie die Pflegeleistungen, die in einem Spital durchgeführt werden von Ärzten oder Ärztinnen, Chiropraktoren oder Chiropraktorinnen und Personen, die auf Anordnung oder im Auftrag eines Arztes oder einer Ärztin bzw. eines Chiropraktors oder einer Chiropraktorin Leistungen erbringen (Art. 25 Abs. 2 lit. a KVG).

Das KVG ist vom Prinzip beherrscht, dass in freier Praxis tätige, zugelassene Leistungserbringer ihre Leistung persönlich zu erbringen haben. Ärztliche Behandlung ist daher grundsätzlich die vom Arzt persönlich erbrachte medizinische Leistung (GEBHARD EUGSTER, Krankenversicherung, in ULRICH MEYER [Hrsg.], Schweizerisches Bundesverwaltungsrecht [SBVR], Band XIV, Soziale Sicherheit, 3. Aufl. 2016, S. 524 N. 384). Der Arzt ist befugt, die Untersuchungen und Behandlungen in gewissen Grenzen an von ihm angestellte nichtärztliche Medizinalpersonen zu übertragen; dies trifft auch auf die ärztlich delegierte Psychotherapie zu (BGE 125 V 441).

2.2 Die Leistungserbringer erstellen nach Art. 43 Abs. 1 KVG ihre Rechnungen nach Tarifen oder Preisen, die gemäss Art. 43 Abs. 4 KVG in Tarifverträgen vereinbart oder in den vom Gesetz bestimmten Fällen von der zuständigen Behörde festgesetzt werden. Der Tarif ist eine Grundlage für die Berechnung der Vergütung; er kann namentlich für die einzelnen Leistungen Taxpunkte festlegen und den Taxpunktwert bestimmen (Einzelleistungstarif; Art. 43 Abs. 2 lit. b KVG).

Die ambulanten ärztlichen Leistungen im Rahmen der obligatorischen Krankenpflegeversicherung werden seit dem 1. Januar 2004 einheitlich über das Tarifsysteem TARMED abgerechnet. Grundlage ist insbesondere der zwischen den Verbänden "santesuisse Die Schweizer Krankenkversicherer" und "H+ Die Spitäler der Schweiz" am 13. Mai 2002 abgeschlossene Rahmenvertrag TARMED und – als Bestandteil dieses Vertrages – die Tarifstruktur TARMED. In dieser werden in über 4'500 Tarifpositionen ärzt-

liche und technische Leistungen erfasst und mit Taxpunkten versehen. Die Höhe der Taxpunkte (in Franken und Rappen) wird mittels Tarifverträgen auf kantonaler Ebene festgelegt. Aus der Multiplikation der Taxpunkte mit dem Taxpunktwert ergibt sich der Preis der einzelnen Leistungseinheiten (vgl. BGE 144 V 138 lit. A S. 138). Stellt ein Arzt seine Leistungen nach TARMED in Rechnung, akzeptiert er auch, dass seine Leistung in diesem Tarif abgebildet wird (Entscheid des Bundesgerichts [BGer] vom 14. Juli 2011, 9C_252/2011, E. 5.5).

Die delegierte Psychotherapie wird gemäss TARMED-Kapitel 02.03 (abrufbar unter www.tarmed-browser.ch) pro Arzt auf maximal vier Therapeuten und/oder 100 Wochenstunden beschränkt. Die Aufsichtspflicht des delegierenden Arztes muss gewährleistet sein.

2.3 Nach Art. 56 Abs. 2 Satz 2 KVG kann eine nach diesem Gesetz dem Leistungserbringer zu Unrecht bezahlte Vergütung zurückgefordert werden. Diese Bestimmung ist nicht nur auf unwirtschaftliche, sondern per analogiam auch auf andere nach dem KVG zu Unrecht bezogene Leistungen anwendbar (EUGSTER a.a.O., S. 686 N. 919). Es gilt für Art. 56 Abs. 2 KVG die gleiche Verwirkungsfrist wie in Art. 25 Abs. 2 ATSG (BGE 133 V 579 E. 4.1 S. 582). Nach Satz 1 von Art. 25 Abs. 2 ATSG erlischt der Rückforderungsanspruch mit dem Ablauf eines Jahres, nachdem die Versicherungseinrichtung davon Kenntnis erhalten hat, spätestens aber mit dem Ablauf von fünf Jahren nach Entrichtung der einzelnen Leistung. Diese Bestimmung statuiert eine einjährige (relative) sowie eine fünfjährige (absolute) Frist zur Geltendmachung der Rückforderung. Dabei handelt es sich um Verwirkungsfristen, welche weder gehemmt noch unterbrochen werden können (vgl. JOHANNA DORMANN, in FRÉSARD-FELLAY/KLETT/LEUZINGER [Hrsg.], Basler Kommentar, Allgemeiner Teil des Sozialversicherungsrechts, 2020, Art. 25 N. 49 f.).

3.

Vorweg ist die Frage der Verwirkung der geltend gemachten Rückerstattungsforderung von Amtes wegen zu prüfen (Entscheid des Eidgenössischen

schen Versicherungsgerichts [EVG, heute BGer] vom 26. Juni 2003, K 127/01, E. 2).

Für den Beginn des einjährigen Fristenlaufs ist entgegen der Ansicht in der Klageantwort (S. 12 Ziff. 47) nicht der Zeitpunkt der Auswertung des SASIS-Datenpools massgebend, welcher jährlich jeweils im Juli erfolgt. Denn in dieser Hinsicht war die Beklagte in der hier massgebenden Zeit jeweils deutlich unterhalb des Toleranzwertes von 130 Punkten (Klageantwort S. 3 Ziff. 5 und S. 12 Ziff. 44), so dass sich in dieser Hinsicht keine weiteren Abklärungen seitens der Klägerinnen aufdrängten. Es ist denn auch nicht ersichtlich, wie die Klägerinnen aus dem Datenmaterial für eine Überarztung die von ihr als tarifwidrig gerügten Rechnungsstellungen hätten ersehen können. Gestützt auf die überzeugenden Ausführungen der Klägerinnen in ihrer Eingabe vom 20. Mai 2020 (S. 1 Ziff. 1) ist frühest möglicher Zeitpunkt der Kenntnisnahme allfälliger tarifwidriger Rechnungsstellungen April 2018, wobei offen bleiben kann, ob nicht ein späteres Datum massgebend ist. Mit dem am 4. März 2019 gestellten Gesuch um Vermittlung betreffend die Zeit von Januar 2016 bis Oktober 2018 erstattete Honorare wurde deshalb sowohl die einjährige relative als auch die fünfjährige absolute Verwirkungsfrist von Art. 25 Abs. 2 ATSG für sämtliche hier zur Diskussion gestellten Forderungen gewahrt.

4.

Die Aktivlegitimation der klagenden Krankenversicherer und die Passivlegitimation der Beklagten sind vorliegend nicht bestritten und es bestehen keine Anzeichen für Umstände, die diese Voraussetzungen in Frage stellen könnten; die Aktivlegitimation und die Passivlegitimation ergeben sich aus Art. 56 Abs. 2 KVG.

Nach der Rechtsprechung ist eine Kollektivklage aller Versicherer zulässig und eine Spezifikation der auf den einzelnen Versicherer entfallenden Beträge nicht erforderlich (in BGE 133 V 37 nicht publ. E. 3.3 des Entscheides des EVG vom 9. Oktober 2006, K 6/06).

5.

Zu prüfen ist eine Rückerstattungspflicht der Beklagten gegenüber den Klägerinnen für die von ihnen geltend gemachten unrechtmässig vergüteten Honorare für delegierte Psychotherapie zwischen Januar 2016 und Oktober 2018.

5.1 Zur Hauptsache machen die Klägerinnen geltend, die Beklagte dürfe zwar 100 Stunden delegierte Psychotherapie pro Woche abrechnen, wegen ihrer Ferien jedoch nur während 48 Wochen im Jahr (Klage S. 4 Ziff. 7 und S. 7 f. Ziff. 23 ff.).

5.1.1 Zur Recht ist zwischen den Parteien nicht umstritten, dass hier die Regelungen des TARMED Anwendung finden. Damit ist – als Teilgehalt von dessen Bestimmungen – auch die Maximalzahl von 100 Stunden delegierter Psychotherapie pro Woche massgebend (TARMED-Kapitel 02.03; vgl. auch E. 2.2. hiavor sowie Beilage G des Konzeptes über die Anerkennung von Sparten nach TARMED [Akten der Beklagten {act. II} 4]). Ebenso hat als anerkannt zu gelten, dass delegierte Psychotherapie zulässig ist (vgl. E. 2.1 hiavor); eine eingeschränkte Auslegung (wie in der Klage S. 7 Ziff. 17 postuliert), wonach der untergeordnete Charakter des Therapeuten als Hilfsperson im Fokus zu behalten sei, drängt sich nicht auf, da es sich um eine ordentliche tarifäre Bestimmung handelt.

5.1.2 Wie bereits dargelegt (vgl. E. 2.2 sowie 5.1.1 hiavor), ist die delegierte Psychotherapie pro Arzt auf maximal 100 Wochenstunden begrenzt, wobei die Aufsichtspflicht des delegierenden Arztes gewährleistet sein muss. Nicht geregelt ist jedoch, ob dies während 52 Wochen im Jahr oder allein während einer kürzeren Zeit zulässig ist. Gemäss der Auslegung des Präsidenten der Kommission für Delegierte Psychotherapie in seinem Schreiben vom 11. Dezember 2018 (act. II 3) seien sie (gemeint wohl die Kommissionsmitglieder) "immer von 100 Std. über das ganze Jahr ausgegangen", was gegen eine Einschränkung im Sinne der Klägerinnen spricht. Gleiches gilt denn auch für seine Ausführungen, wonach "sie" mit der Einführung der Limitierung einen Rahmen hätten festlegen wollen, bei dem es "ihnen" möglich schien, die Aufsichtspflicht verantwortungsvoll wahrnehmen zu können. Eine Einschränkung im Sinne der Klägerinnen findet sich

auch nicht in TARMED-Kapitel 02.03, ebensowenig wie in Art. 25 Abs. 2 lit. a Ziff. 3 KVG und Art. 2 ff. KLV. Dies spricht dafür, dass die 100 Stunden pro Woche während 52 Stunden pro Jahr abgerechnet werden dürfen, wäre doch andernfalls explizit eine Beschränkung in den tarifrechtlichen Grundlagen eingeführt worden.

5.1.3 Auch die Aufsichtspflicht des Arztes spricht nicht für eine Beschränkung auf 48 Wochen pro Jahr. Die Delegation ist möglich, wenn die Aufsichtspflicht des delegierenden Arztes gewährleistet ist (TARMED-Kapitel 02.03, ebenso Ziff. 6 der Beilage G des Konzepts über die Anerkennung von Sparten nach TARMED [act. II 4]). Für die Aufsichtspflicht ist eine dauernde Überwachung der Therapie durch den Arzt nicht notwendig. Diesbezüglich verweist die Beklagte zu Recht auf die höchstrichterliche Rechtsprechung (Klageantwort S. 9 f. Ziff. 32). Danach sind zur Bestimmung der Intensität der Überwachung medizinische oder allenfalls berufsethische Gesichtspunkte massgebend; das Bundesgericht führte weiter aus, dass regelmässige Gespräche des Arztes mit dem Hilfstherapeuten und dem Patienten oder allfällige weitergehende ärztliche Überwachungsmassnahmen einen genügenden Einblick in den Therapieverlauf gestatten und hinreichende Gewähr dafür bieten können, dass der Arzt die in Gang befindliche Behandlung durch entsprechende Anweisungen beeinflussen kann (BGE 107 V 46 E. 5 S. 53). In dieser Hinsicht ist eine Überwachung der Tätigkeit der Therapeuten auch im Fall von Abwesenheit bzw. sogar bei einem Auslandsaufenthalt des Arztes möglich; dies insbesondere unter Berücksichtigung der Möglichkeiten der Telekommunikation und ärztlichen Stellvertretung sowie des Umstandes, dass besonders gefährdete Patienten nicht während der (planbaren) Abwesenheiten des Arztes behandelt werden, wobei der Beklagten die Patienten und ihre Krankengeschichten jeweils bekannt sind (vgl. Klageantwort S. 10 Ziff. 35). Insoweit ist eine persönliche räumliche Nähe des Arztes, wie in der Klage (S. 8 Ziff. 23 und 26) erwähnt, nicht notwendig. Schliesslich kann – wie die Beklagte zu Recht vorbringt (Klageantwort S. 10 Ziff. 35) – im Notfall auf den Notfalldienst zurückgegriffen werden; sowohl das Auftrags- (Art. 398 Abs. 3 des Schweizerischen Obligationenrechts [OR; SR 220]) als auch das Gesundheitsrecht (Art. 25 des kantonalen Gesundheitsgesetzes vom 2. Dezember 1984 [GesG; BSG 811.01]) lassen eine Stellvertretung zu. Anders als in der Kla-

ge (S. 8 Ziff. 25) ausgeführt, ist delegierte Psychotherapie deshalb auch während der Ferienabwesenheit des Arztes möglich und kann in der Folge auch über die obligatorische Krankenpflegeversicherung abgerechnet werden.

5.1.4 Entgegen der Ansicht der Beklagten (Klageantwort S. 4 Ziff. 7 und S. 8 Ziff. 24 ff.) und in Übereinstimmung mit den Ausführungen der Klägerinnen (Klage S. 7 Ziff. 19 ff.) sind in den 100 Stunden pro Woche auch Leistungen in Abwesenheit des Patienten enthalten, denn die entsprechende Ziff. 6 von Beilage G des Konzepts über die Anerkennung von Sparten nach TARMED (act. II 4) unterscheidet offensichtlich nicht zwischen Leistungen in An- und Abwesenheit des Patienten und bezieht sich denn auch auf TARMED-Kapitel 02.03, welches ebenfalls beide Leistungsarten enthält. Dass gemäss Abs. 3 dieser Bestimmung Dokumente der delegierten Psychotherapie vom Arzt visiert werden müssen (Klageantwort S. 8 Ziff. 25), stellt allein eine Konkretisierung der Überwachungspflicht dar, sagt aber nicht, dass dies zusätzliche Leistungen wären. Dies wird denn auch durch den Gedanken bestätigt, dass die Überwachungspflicht sämtliche Tätigkeiten der Psychotherapeuten umfasst, d.h. eben auch die Tätigkeiten in Abwesenheit des Patienten.

5.1.5 Aufgrund des Dargelegten sind die maximal möglichen 100 Stunden delegierte Psychotherapie pro Woche während 52 Wochen im Jahr abrechenbar. Dieses Maximum darf jedoch nicht überstritten werden, da andernfalls eine Tarifwidrigkeit vorliegt bzw. die darüber hinaus vergüteten Honorare zu Unrecht erbracht worden sind und zurückgefordert werden können (vgl. E. 2.3. hiervor). Dies ist auch dann der Fall, wenn entsprechende Kostengutsprachen vorliegen (vgl. Klageantwort S. 3 Ziff. 3 und S. 11 Ziff. 41 sowie act. II 2), denn die jeweiligen Krankenversicherer können nicht wissen, ob andere Versicherer bereits Kostengutsprachen gesprochen haben oder nicht. Koordination und Verantwortung liegen insoweit beim Arzt, da er allein die Übersicht hat. Der Problematik, dass es allenfalls zu Situationen kommen könnte, in denen die 100 Wochenstunden nicht eingehalten werden könnten (Klageantwort S. 12 Ziff. 43), wird dadurch begegnet, dass die Abrechnung über das ganze Jahr – und nicht die ein-

zelenen Wochen – hinweg gemacht wird und insoweit ein Durchschnittswert vorliegt (vgl. denn auch Klage S. 8 Ziff. 28).

5.2 Zu prüfen ist weiter, ob die Beklagte dieses Maximum von 100 Wochenstunden überschritten hat. 100 Stunden pro Woche ergeben 6'000 Minuten, was bei 52 Wochen im Jahr zu 312'000 Minuten führt. Da in Fünfmintensritten fakturiert wird (Klage S. 4 Ziff. 5), sind im Jahr maximal 62'400 Tarifpositionen abrechenbar. Dieses Maximum hat die Beklagte wie nachfolgend dargelegt überschritten:

Im Jahr 2016 hat sie 62'881 Tarifpositionen (Klage S. 4 Ziff. 7 sowie act. I 4 und 7) und damit 481 Positionen (62'881 - 62'400) zu viel fakturiert. Bei einem Taxpunktvolumen von 12.46 (TARMED-Kapitel 02.0210 sowie act. I 4 und 7) und einem Taxpunktwert von Fr. 0.86 (<https://eligo.ch/Tarmed-Taxpunktwerte.html> sowie act. I 4 und 7) ergibt dies für das Jahr 2016 einen zu viel abgerechneten Betrag von Fr. 5'154.20 (481 x 12.46 x Fr. 0.86).

Bei im Jahr 2017 abgerechneten 67'384 Tarifpositionen (Klage S. 4 Ziff. 7 sowie act. I 4 und 7) ist das Limit um 4'984 (67'384 - 62'400) Positionen überschritten, was bei einem Taxpunktvolumen von 12.46 und dem Taxpunktwert von Fr. 0.86 zu Fr. 53'406.55 (4'984 x 12.46 x Fr. 0.86) zu viel abgerechnetem Honorar führt.

Für das Jahr 2018 sind allein die Monate Januar bis Oktober 2018 eingeklagt (vgl. Klage S. 3 Ziff. 5). Dabei ist das Maximum von 62'400 Tarifpositionen anteilmässig, d.h. zu 10/12, und damit sind 52'000 Positionen zu berücksichtigen; es wird weder geltend gemacht noch wäre dies glaubhaft, dass die Beklagte in den Monaten November und Dezember 2018 keine Psychotherapie mehr delegiert hätte. Bei abgerechneten 55'501 Positionen (Klage S. 4 Ziff. 7 sowie act. I 4) liegt das Zuviel bei 3'501 (55'501 - 52'000) Positionen. Bei einem Taxpunktvolumen von 12.46 und einem Taxpunktwert von Fr. 0.86 ergibt dies ein Zuviel von Fr. 37'515.30 (3'501 x 12.46 x Fr. 0.86); das von den Klägerinnen versehentlich nicht berücksichtigte abweichende Taxpunktvolumen von total Fr. 34.-- (vgl. Eingabe der Klägerinnen vom 20. Mai 2020 S. 2) wird hier der Einfachheit halber und zu Gunsten der Beklagten vom Gesamtbetrag vollumfänglich abgezogen, so dass Fr. 37'481.30 resultieren.

5.3 Entgegen dem Vorbringen der Beklagten (vgl. Klageantwort S. 2 Ziff. 3 und S. 13 Ziff. 51) besteht kein Grund, an den von den Klägerinnen geltend gemachten Marktanteilen von 82.27% für 2016, 84.6% für 2017 und 85.22% für 2018 (vgl. Klage S. 3 Ziff. 3 und S. 10 Ziff. 35) zu zweifeln, so dass die Beklagte für das Jahr 2016 Fr. 4'240.35 (Fr. 5'154.20 x 82.27%), für 2017 Fr. 45'181.95 (Fr. 53'406.55 x 84.6%) und für 2018 Fr. 31'941.55 (Fr. 37'481.30 x 85.22%), d.h. insgesamt Fr. 81'363.85 (Fr. 4'240.35 + Fr. 45'181.95 + Fr. 31'941.55), zurückzubezahlen hat. Die interne Aufteilung dieses Betrags unter den Klägerinnen ist deren Sache (in BGE 133 V 37 nicht publ. E. 3.3 von EVG K 6/06; vgl. auch E. 4. hiervor).

5.4 Aufgrund des Dargelegten ist die Beklagte in teilweiser Gutheissung der Klage zu verurteilen, den Klägerinnen Fr. 81'363.85 zurückzubezahlen. Im Übrigen ist die Klage abzuweisen.

6.

6.1 Für das Klageverfahren werden Kosten erhoben. Die Kosten richten sich gemäss Art. 47 Abs. 3 EG KUMV nach dem Dekret vom 24. März 2010 betreffend die Verfahrenskosten und die Verwaltungsgebühren der Gerichtsbehörden und der Staatsanwaltschaft (Verfahrenskostendekret, VKD; BSG 161.12), sind nach Art. 52 VKD festzusetzen und nach Massgabe des Unterliegens auf die Parteien zu verlegen (Art. 46 Abs. 2 EG KUMV i.V.m. Art. 109 Abs. 1 VRPG)

6.1.1 Die Verfahrenskosten des Schlichtungsverfahrens SCHG/2019/186 wurden unter Vorbehalt des vorliegenden Verfahrens vorerst den Klägerinnen auferlegt. Über deren Verlegung ist hier zu entscheiden. Die Kosten sind gemäss Art. 45 Abs. 4 EG KUMV i.V.m. Art. 207 Abs. 2 der Schweizerischen Zivilprozessordnung vom 19. Dezember 2008 (Zivilprozessordnung, ZPO; SR 272) zur Hauptsache zu schlagen und nach Massgabe des Unterliegens der Parteien je hälftig, d.h. je zu Fr. 500.--, von diesen zu tragen. Sie wurden dem entsprechenden Kostenvorschuss der Klägerinnen entnommen, weshalb die Beklagte verurteilt wird, den Klägerinnen Fr. 500.-- zu ersetzen.

6.1.2 Was das vorliegende Verfahren betrifft, werden die Verfahrenskosten insgesamt auf Fr. 5'000.-- festgesetzt. Sie sind nach Massgabe des Unterliegens auf die Parteien zu verlegen und von diesen je im Umfang von Fr. 2'500.-- zu tragen. Die Verfahrenskosten von Fr. 5'000.-- werden dem von den Klägerinnen geleisteten Kostenvorschuss in der Höhe von Fr. 8'000.-- entnommen; die Beklagte hat den Klägerinnen den Betrag von Fr. 2'500.-- zu ersetzen. Die Restanz des Kostenvorschusses von Fr. 3'000.-- wird den Klägerinnen nach Eintritt der Rechtskraft des Urteils zurückerstattet.

6.2

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

6.2.2 Praxisgemäss werden die Krankenkassen, vertreten durch den Verband tarifsuisse, im Schiedsgerichtsverfahren wie Private behandelt, die ihren Prozess selber führen. Eine Parteientschädigung wird nur ausgerichtet, wenn das Verfahren besonders aufwändig war (Art. 104 Abs. 2 VRPG). Dies war vorliegend nicht der Fall, weshalb entgegen der Eingabe vom 27. Juli 2020 kein Anspruch der Klägerinnen auf Ausrichtung einer Parteientschädigung besteht. Zudem haben Parteien, die durch angestellte Juristen vertreten sind, in Überarztungsprozessen praxisgemäss keinen Anspruch auf eine Parteientschädigung (vgl. Entscheid des EVG vom 25. Januar 2006, K 46/04, E. 7), was hier analog zu gelten hat.

Die Kostennote vom 17. August 2020, in welcher Rechtsanwalt Dr. iur. B. _____ einen Aufwand von 26.45 Stunden à Fr. 260.-- und Auslagen von Fr. 124.40 geltend macht, ist nicht zu beanstanden. Somit ist der tarifmässige Parteikostenersatz auf Fr. 7'540.50 (inkl. Auslagen und MWSt.) festzulegen. Die Klägerinnen haben der Beklagten entsprechend ihrem Anteil am Unterliegen die Hälfte der Parteikosten im Umfang von Fr. 3'770.25 zu ersetzen.

Demnach entscheidet das Schiedsgericht:

1. In teilweiser Gutheissung der Klage wird die Beklagte verurteilt, den Klägerinnen Fr. 81'363.85 zurückzubezahlen. Im Übrigen wird die Klage abgewiesen.
2. Die Beklagte wird verurteilt, den Klägerinnen für die Verfahrenskosten des Schlichtungsverfahrens SCHG/2019/186 Fr. 500.-- zu erstatten.
3. Die Verfahrenskosten des vorliegenden Verfahrens, festgelegt auf Fr. 5'000.--, werden im Umfang von Fr. 2'500.-- der Beklagten und im Umfang von Fr. 2'500.-- den Klägerinnen auferlegt. Sie werden dem von den Klägerinnen geleisteten Kostenvorschuss von Fr. 8'000.-- entnommen. Die Beklagte wird verurteilt, den Klägerinnen Verfahrenskosten von Fr. 2'500.-- zu erstatten. Die Restanz des Kostenvorschusses von Fr. 3'000.-- wird den Klägerinnen nach Eintritt der Rechtskraft des Urteils zurückerstattet.
4. Die Klägerinnen haben keinen Anspruch auf eine Parteientschädigung.
5. Die Klägerinnen haben der Beklagten Parteikosten im Umfang von Fr. 3'770.25 zu erstatten.

6. Zu eröffnen (R):

- tarifsuisse ag z.H. der Klägerinnen
- Rechtsanwalt Dr. B. _____ z.H. der 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.