Eidgenössisches Versicherungsgericht
Tribunale federale delle assicurazioni
Tribunal federal d'assicuranzas

Sozialversicherungsabteilung
des Bundesgerichts

Prozess
{T 7}
K 142/05

Urteil vom 1. März 2006
III. Kammer

Besetzung
Präsident Ferrari, Bundesrichter Meyer und Seiler; Gerichtsschreiberin Keel Baumann

Parteien
C._____, Beschwerdeführerin, vertreten
durch Rechtsanwalt Hugo Camenzind, Untertor 11,
8400 Winterthur,

gegen

1. CSS Kranken-Versicherung AG, Rösslimatt-
strasse 40, 6005 Luzern,
2. Krankenkasse 57, Weltpoststrasse 20,
3015 Bern,
3. SUPRA Krankenkasse, Chemin de Primerose 35, 1007 Lausanne,
4. Krankenkasse der Region Goms, 3994 Lax,
5. PROVITA Gesundheitsversicherung AG, Brunn- gasse 4, 8400 Winterthur,
6. CONCORDIA Schweizerische Kranken- und Unfallversicherung, Bundesplatz 15, 6003 Luzern,
7. Atupri Krankenkasse, Zieglerstrasse 29, 3007 Bern,
8. Avenir Versicherungen, Administration, Rue du
Nord 5, 1920 Martigny,
9. KPT/CPT Krankenkasse, Tellstrasse 18, 3014 Bern,
10. Hermes Krankenkasse, Verwaltung, Rue du Nord 5, 1920 Martigny,
11. ÖKK Kranken- und Unfallversicherungen AG, Bahnhofstrasse 9, 7302 Landquart,
12. Kolping Krankenkasse, Ringstrasse 16,
8600 Dübendorf,
13. EGK-Gesundheitskasse, Brislachstrasse 2,
4242 Laufen,
14. Krankenkasse SLKK, Hotzestrasse 53, 8006 Zürich,
15. Wincare Versicherungen, Konradstrasse 14,
8400 Winterthur,
16. Öffentliche Krankenkasse Winterthur, Lager- hausstrasse 5, 8402 Winterthur,
17. SWICA Gesundheitsorganisation, Römer-
strasse 38, 8401 Winterthur,
18. GALENOS Kranken- und Unfallversicherung, Militärstrasse 36, 8004 Zürich,
19. ÖKK Schweiz, Aarbergergasse 63, 3011 Bern,
20. Betriebskrankenkasse Heerbrugg, Heinrich-Wild- Strasse 206, 9435 Heerbrugg,
21. Sanitas Grundversicherungen AG, Lager-
strasse 107, 8004 Zürich,

22. INTRAS Krankenkasse, rue Blavignac 10,
227 Carouge,
23. ASSURA Kranken- und Unfallversicherung, Avenue C.-F. Ramuz 70, 1009 Pully,
24. Universa Krankenkasse, Verwaltung, Rue du
Nord 5, 1920 Martigny,
25. VISANA, Weltpoststrasse 19/21, 3015 Bern,
26. Helsana Versicherungen AG, Zürichstrasse 130, 8600 Dübendorf,
27. Innova Krankenversicherungen AG, Bahnhof- strasse 4, 3073 Gümligen,
Beschwerdegegnerinnen, alle vertreten durch santésuisse, St. Gallen-Thurgau-Glarus, Vadianstrasse 22, 9001 St. Gallen, und diese vertreten durch Rechtsanwalt Kurt Gemperli, Scheffelstrasse 2, 9000 St. Gallen

Vorinstanz
Versicherungsgericht des Kantons St. Gallen, St. Gallen

(Entscheid vom 7. April 2005)

Sachverhalt:
A.
A.a Dr. med. C._____ führt seit Jahren eine Praxis für Allgemeinmedizin. Sie verfügt über eine Ausbildung in traditioneller chinesischer Medizin. Im Juni 1998 leitete der Verband Krankenversicherer St. Gallen-Thurgau (KST; heute: santésuisse St. Gallen-Thurgau-Glarus) bei der Paritätischen Vertrauenskommission für Krankenversicherer und Ärzte/Ärztinnen des Kantons St. Gallen ein Schlichtungsverfahren gegen Dr. med. C._____ wegen Verletzung des krankenversicherungsrechtlichen Wirtschaftlichkeitsgebotes für 1996 ein. Den Vermittlungsvorschlag der Kommission vom 17. August 1998 auf Rückerstattung von 30 % der ausgewiesenen Arztkosten oder Fr. 71'500.- für 1996 lehnte die Ärztin ab.
A.b Am 18. September 1998 reichte der KST namens und im Auftrag von 19 in einer Liste aufgeführten Krankenversicherern beim Versicherungsgericht des Kantons St. Gallen als Schiedsgericht gemäss Bundesgesetz über die Krankenversicherung Klage gegen Dr. med. C._____ ein mit dem Rechtsbegehren, die Beklagte sei zu einer gerichtlich zu bestimmenden Rückerstattung auf dem Jahresumsatz 1996 an die Klägerinnen zu verpflichten.

Am 23. August 1999 liess der KST für 28 im Rubrum der Eingabe genannte Krankenversicherer eine weitere Klage gegen Dr. med. C._____ erheben mit dem Rechtsbegehren, die Beklagte sei zu einer gerichtlich zu bestimmenden Rückerstattung auf dem Jahresumsatz 1997 an die Klägerinnen zu verpflichten.

Das Schiedsgericht vereinigte die beiden Verfahren. Mit Entscheid vom 25. September 2003 hiess es beide Klagen gut. Es verpflichtete Dr. med. C._____, den Klägerinnen gemäss Liste vom 18. September 1998 für 1996 Arztkosten im Betrag von Fr. 116'441.- und den Klägerinnen gemäss Klageschrift vom 23. August 1999 für 1997 Arztkosten von Fr. 156'925.- zurückzuerstatten (Dispositiv-Ziff. 1 und 2).

Die von Dr. med. C._____ hiegegen erhobene Verwaltungsgerichtsbeschwerde hiess das Eidgenössische Versicherungsgericht in dem Sinne gut, dass der Entscheid vom 25. September 2003 aufgehoben und die Sache an das kantonale Schiedsgericht zurückgewiesen wurde, damit es unter Wahrung der Verfahrensrechte der Beschwerdeführerin im Sinne der Erwägungen über die Rückforderungsklagen wegen unwirtschaftlicher Behandlung für 1996 und 1997 neu entscheide (Urteil vom 15. April 2004, K 153/03). Zur Begründung führte es aus, dass die Vorinstanz durch die Nichtbekanntgabe der Änderung in der Besetzung des Gerichts - Dr. iur. X._____ als Vertreterin der Krankenversicherer wurde durch lic. iur. Y._____ ersetzt - den Anspruch der Beklagten auf den verfassungsmässigen Richter und auf Gewährung des rechtlichen Gehörs verletzt habe. Ausserdem wies es darauf hin, dass das kantonale Gericht die Sachlegitimation der einzelnen im Rubrum des Entscheids vom 25. September 2003 aufgeführten Krankenversicherer von Amtes wegen zu prüfen und zu beachten habe, dass ein mit der Klageschrift eingereichtes Mitgliederverzeichnis der Kassen nicht genüge.
B.
B.a Da der bisherige Rechtsvertreter der Beklagten, Rechtsanwalt Dr. iur. D._____, sein Mandat am 31.

März 2004 niedergelegt hatte, informierte der Präsident des Schiedsgerichts Dr. med. C._____ am 30. April 2004 direkt über die Änderung in der Besetzung des Schiedsgerichts.
B.b Mit Schreiben vom 11. Mai 2004 teilte der Gerichtspräsident dem neuen Rechtsvertreter der Beklagten, Rechtsanwalt Hugo Camenzind, Winterthur, mit, dass der Schriftenwechsel in den anhängigen Klageverfahren unter Vorbehalt von Art. 19 VRP (neue Begehren und Vorbringen neuer Tatsachen und Beweismittel) grundsätzlich abgeschlossen sei und es nicht mehr darum gehen könne, zu allen materiellen Aspekten der anhängigen Klagen Stellung zu nehmen. Indessen erscheine es mit Rücksicht auf das bezüglich des Wechsels in der Gerichtszusammensetzung zu gewährende rechtliche Gehör gerechtfertigt, der Beklagten gleichzeitig auch noch zu den weitern nochmals zu prüfenden, formellen Aspekten der Klage die Möglichkeit der Stellungnahme einzuräumen, insbesondere hinsichtlich der Aktiv- und/oder der Sachlegitimation einzelner Krankenversicherer und deren Vertretung. Die Frage einer ausreichenden Substanziierung der zu beurteilenden Forderungen stehe aber, unter Vorbehalt von Art. 19 VRP, in der jetzigen Gehörsrunde nicht mehr zur Diskussion. Beide Parteien erhielten Gelegenheit zur Stellungnahme.

Nach Durchführung einer öffentlichen Verhandlung hiess das Schiedsgericht die Klagen KSCHG 2004/2 (Rechnungsjahr 1996) vom 18. September 1998 und KSCHG 2004/3 (Rechnungsjahr 1997) vom 23. August 1999 gut und verpflichtete die Beklagte, den Klägerinnen den Betrag von Fr. 105'028.- (Rechnungsjahr 1996) und den Betrag von Fr. 139'450.- (Rechnungsjahr 1997) zurückzuerstatten (Entscheid vom 7. April 2005).
C.
C._____ lässt Verwaltungsgerichtsbeschwerde führen und das Rechtsbegehren stellen, es sei - unter Kosten- und Entschädigungsfolgen zulasten der 27 Beschwerdegegnerinnen - der Entscheid vom 7. April 2005 aufzuheben. Die Klagen vom 19. September 1998 betreffend Honorarrückerstattung 1996 und vom 23. August 1999 betreffend Honorarrückerstattung 1997 seien vollumfänglich abzuweisen. Eventualiter sei die Sache zur Neubeurteilung und zur Durchführung des Beweisverfahrens an die Vorinstanz zurückzuweisen; diese sei insbesondere zu verpflichten, eine Einzelfallprüfung anhand eines analytischen Gutachtens vorzunehmen.

Die santésuisse St. Gallen-Thurgau-Glarus als Rechtsvertreterin der 27 Krankenversicherer und Rechtsnachfolgerin des Verbandes Krankenversicherer St. Gallen-Thurgau (KST) beantragt die Abweisung der Verwaltungsgerichtsbeschwerde, soweit darauf einzutreten ist. Das Bundesamt für Gesundheit, Kranken- und Unfallversicherung, verzichtet auf eine Vernehmlassung. Die Vorinstanz beschränkt sich in ihrer Vernehmlassung darauf, zur in der Verwaltungsgerichtsbeschwerde erhobenen Rüge des Fehlens eines Verhandlungsprotokolles Stellung zu nehmen.
D.
Mit Schreiben vom 13. Februar 2006 teilte der Rechtsvertreter der Beschwerdegegnerinnen unter Hinweis auf ein Schreiben des Konkursamtes Winterthur-Altstadt vom 9. Februar 2006 mit, dass anstelle der Krankenkasse KBV in Liquidation die Konkursmasse der Krankenkasse KBV in den Prozess eintrete.

Das Eidg. Versicherungsgericht zieht in Erwägung:
1.
Ob die streitigen Rückforderungen wegen unwirtschaftlicher Behandlung im Sinne von Art. 56 KVG gemäss Dispositiv-Ziffern 1 und 2 des angefochtenen Entscheides zu Recht bestehen, ist im Lichte der im fraglichen Zeitraum (1. Januar 1996 bis 31. Dezember 1997) gültig gewesenen Rechtsvorschriften zu überprüfen. Das am 1. Januar 2003 in Kraft getretene Bundesgesetz vom 6. Oktober 2000 über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSG) ist nicht anwendbar (BGE 129 V 4 Erw. 1.2, 169 Erw. 1, 356 Erw. 1).
2.
Die strittige Verfügung hat nicht die Bewilligung oder Verweigerung von Versicherungsleistungen zum Gegenstand. Das Eidgenössische Versicherungsgericht prüft daher nur, ob das vorinstanzliche Gericht Bundesrecht verletzte, einschliesslich Überschreitung oder Missbrauch des Ermessens, oder ob der rechtserhebliche Sachverhalt offensichtlich unrichtig, unvollständig oder unter Verletzung wesentlicher Verfahrensbestimmungen festgestellt wurde (Art. 132 in Verbindung mit Art. 104 lit. a und b sowie Art. 105 Abs. 2 OG).
3.
3.1 In der Verwaltungsgerichtsbeschwerde wird geltend gemacht, die santésuisse St. Gallen-Thurgau-Glarus (als Rechtsnachfolgerin des KST) sei als Verband nicht aktivlegitimiert. Wie indessen aus den Rechtsschriften

vom 18. September 1998 und 23. August 1999 hervorgeht, erhob der KST nicht in eigenem Namen Klage, sondern trat als Vertreter der einzelnen Klägerinnen auf, was rechtsprechungsgemäss zulässig ist (BGE 127 V 286 Erw. 5d; Urteil X. vom 23. November 2004, K 116/03, Erw. 2.2). Was sodann den Einwand der fehlenden Bevollmächtigung des Verbandes anbelangt, ist auf die in Art. 4 Abs. 3 der Statuten KST enthaltene Prozessvollmacht zu verweisen. Nicht ersichtlich ist sodann, weshalb das in der Klage vom 18. September 1998 gewählte Vorgehen unzulässig sein soll, die Klägerinnen nicht im Rubrum der Klage, sondern nur in einer der Klage beiliegenden Liste einzeln aufzuführen, soweit es sich dabei um eine Liste der klagenden Krankenversicherer handelt und nicht - wie im Urteil vom 15. April 2004 erwähnt - um ein blosses (auch an der Klage nicht beteiligte Krankenkassen aufführendes) Mitgliederverzeichnis (vgl. auch nicht veröffentlichtes Urteil S. vom 9. September 1998, K 87/98, Erw. 6). Die Vorinstanz hat denn auch
zutreffenderweise die in der ersten Klage nur mittels beiliegender Liste bezeichneten Klägerinnen ins Rubrum ihres Entscheides vom 7. April 2005 aufgenommen (vgl. in RKUV 2000 Nr. KV 128 S. 230 nicht veröffentlichte Erw. 1a des Urteils S. vom 25. Mai 2000, K 129/99). Soweit schliesslich einzelne Krankenversicherer mit anderen fusioniert haben, wie die Beschwerdeführerin ebenfalls vorbringt, gehen die Rechte und Pflichten - ungeachtet der in der Verwaltungsgerichtsbeschwerde aufgeworfenen Frage der Art der Fusion (Absorption oder Kombination) - auf die Rechtsnachfolger über (vgl. Erw. 2 des Urteils W. vom 16. Juni 2004, K 124/03). Schliesslich ist auch darauf hinzuweisen, dass eine Globalklage aller Kassen zulässig und eine Spezifikation der auf die einzelne Kasse entfallenden Beträge nicht erforderlich ist (BGE 127 V 281 Erw. 5d; nicht veröffentlichtes Urteil X. vom 23. November 2004, K 116/03, Erw. 2.6).
3.2 Die Krankenkasse KBV in Liquidation, an deren Stelle die Konkursmase der KBV getreten ist (vorne Bst. D), war gemäss vorinstanzlichem Entscheid infolge Rechtsnachfolge durch die Helsana schon im vorinstanzlichen Verfahren nicht Partei und ist es deshalb auch im Verfahren vor dem Eidgenössischen Versicherungsgericht nicht.
4.
4.1 Soweit die Beschwerdeführerin beantragt, die Vorinstanz sei zu verpflichten, ein schriftliches Verhandlungsprotokoll zu erstellen und einzureichen, ist darauf hinzuweisen, dass der Anspruch auf rechtliches Gehör nicht zwingend von Amtes wegen eine Protokollierung von Verhandlungen verlangt (Urteile F. vom 15. Juli 2005, 1P.290/2005, Erw. 2, und G. vom 6. Mai 2003, 6P.15/2003, Erw. 2.1), wohl aber, dass zumindest auf Antrag hin die Aussagen der Parteien, Zeugen und Experten in den wesentlichen Zügen protokolliert werden (BGE 130 II 479 f. Erw. 4.4 und 4.5, 126 I 16 Erw. 2a/aa), wobei eine wörtliche Abschrift von Tonbandaufnahmen nicht erforderlich ist (BGE 130 II 481 Erw. 5).
4.2 In ihrer Stellungnahme vom 29. September 2005 hat die Vorinstanz ausgeführt, sie habe die Verhandlung vom 7. April 2005 auf Tonband aufgezeichnet, eine Abschrift der Aufnahme aber bis heute nicht erstellt, was sie jedoch auf Aufforderung des Eidgenössischen Versicherungsgerichtes jederzeit nachholen könne. Nachdem im kantonalen Entscheid (S. 23-25) die von den Parteien anlässlich der Gerichtsverhandlung vom 7. April 2005 gemachten Aussagen in den wesentlichen Zügen wiedergegeben werden, wobei die Beschwerdeführerin selber nicht behauptet, die Wiedergabe sei unvollständig oder unrichtig, und überdies das Plädoyer des Rechtsvertreters der Beschwerdeführerin in den Akten liegt, kann hierauf verzichtet werden.
5.
Nicht zu beanstanden ist des Weitern, dass die Vorinstanz ungeachtet des Hinweises der Beschwerdeführerin, wonach der Rechtsvertreter der Klägerinnen/Beschwerdegegnerinnen einer Anwaltskanzlei angehöre, die zuvor im gleichen Zusammenhang die Interessen der Beklagten/Beschwerdeführerin vertreten habe, unter den gegebenen Umständen keinen Anlass gesehen hat, diesen zur Mandatsniederlegung aufzufordern. Auf die zutreffenden Erwägungen, denen das Eidgenössische Versicherungsgericht nichts beizufügen hat, kann verwiesen werden.
6.
Entgegen der in der Verwaltungsgerichtsbeschwerde vertretenen Auffassung war es zulässig, dass die Beschwerdegegnerinnen in ihren Eingaben vom 18. September 1998 und 23. August 1999 (in welchen die von der Beschwerdeführerin verursachten Arzt- und Medikamentenkosten aufgelistet waren, was eine ungefähre Bezifferung des Streitwertes erlaubte) eine gerichtlich zu bestimmende Rückerstattung auf dem Jahresumsatz 1996 bzw. 1997 geltend machten und damit ein unbeziffertes Rechtsbegehren stellten. Denn das massgebende kantonale Recht, nach welchem sich das Verfahren vor Schiedsgericht richtet (Art. 89 Abs. 5 KVG), lässt, wie die Vorinstanz unter Hinweis auf die kantonalrechtliche Spruchpraxis dargelegt hat, unbezifferte Begehren zu.

Im Übrigen darf nach der Rechtsprechung dort kein beziffertes Begehren verlangt werden, wo erst das Beweisverfahren die Grundlage für die Bezifferung der Forderung abgibt. Dies ist im Rückforderungsprozess wegen unwirtschaftlicher Behandlung nach Art. 56 KVG der Fall, weil überhöhte Kostenindizes beim kontrollierten Arzt erst die Vermutung der Überarztung begründen und Gegenstand des (schiedsgerichtlichen) Beweisverfahrens bildet, ob der Vorwurf unwirtschaftlicher Behandlung effektiv auch gerechtfertigt ist
und gegebenenfalls, in welchem Umfang die Rückerstattung zu Unrecht erbrachter Leistungen verlangt werden kann (RKUV 2003 Nr. KV 250 S. 219 Erw. 2.2.2).
7.
7.1 Bei der Wirtschaftlichkeitsprüfung der ärztlichen Tätigkeit nach Art. 56 KVG kann sowohl die statistische Methode (Durchschnittskostenvergleich) als auch die analytische Methode (Einzelfallprüfung) - oder eine Kombination beider Methoden - zur Anwendung gelangen (BGE 119 V 454 Erw. 4d; vgl. auch Christian Schürer, Honorarrückforderung wegen Überarztung bei ambulanter ärztlicher Behandlung - Materiellrechtliche Aspekte, in: Schaffhauser/Kieser [Hrsg.], Wirtschaftlichkeitskontrolle in der Krankenversicherung, St. Gallen 2001, S. 78 ff.). Auch wenn die statistische Methode der analytischen wo möglich vorgezogen werden soll und die analytische Methode im Allgemeinen nur dann zur Anwendung gelangt, wenn es an zuverlässigen Angaben für einen Durchschnittskostenvergleich fehlt, sind die kantonalen Schiedsgerichte in der Wahl der Prüfmethode grundsätzlich frei (SVR 2005 KV Nr. 4 S. 14 Erw. 6.1 [Urteil S. vom 18. Mai 2004, K 150/03]).
7.2 Wird der Entscheid darüber, ob und in welchem Umfang der Arzt die Vorschrift der Wirtschaftlichkeit der Behandlung verletzt hat, auf Grund der statistischen Methode (Durchschnittskostenvergleich) gefällt, ist zu beachten, dass rechtsprechungsgemäss keine Kontrolle aller Positionen sämtlicher Rechnungen verlangt wird. Die Prüfung kann sich vielmehr darauf beschränken, dass die durchschnittlichen Behandlungskosten des betreffenden Arztes mit denjenigen anderer Ärzte unter ähnlichen Bedingungen verglichen werden. Voraussetzung für die Anwendbarkeit dieser 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 an eine Krankenkasse im Vergleich zur Zahl von Rechnungen von Ärzten in geographisch gleichem Tätigkeitsbereich und mit etwa gleichem Krankengut im Durchschnitt erheblich höher ist, ohne dass den Durchschnitt beeinflussende Besonderheiten geltend gemacht werden können (BGE 119 V 453 Erw. 4b mit Hinweisen; SVR 2001 KV Nr. 19 S. 52 Erw. 4b [Urteil N. vom 16.
Februar 2000, K 144/97]; Urteil J. vom 10. August 2004, K 113/03, Erw. 3.2; vgl. auch Schürer, a.a.O., S. 82 f.). 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 (BGE 119 V 454 Erw. 4c in fine) und zudem allenfalls ein Zuschlag zu diesem Toleranzwert (zu dem den Toleranzbereich begrenzenden Indexwert) zuzugestehen, um spezifischen Praxisbesonderheiten Rechnung zu tragen (SVR 2001 KV Nr. 19 S. 52 Erw. 4b [Urteil N. vom 16. Februar 2000, K 144/97]). Nach der Rechtsprechung liegt der Toleranzbereich zwischen 120 und 130 Indexpunkten (SVR 2005 KV Nr. 4 S. 14 Erw. 6.2 [Urteil S. vom 18. Mai 2004, K 150/03]; Urteil J. vom 10. August 2004, K 113/03, Erw. 3.2).
7.3 Als Praxismerkmale, die einen erhöhten Fallkostendurchschnitt rechtfertigen können, wurden vom Eidgenössischen Versicherungsgericht etwa eine überdurchschnittliche Anzahl an behandlungsintensiven Patientinnen und Patienten (RKUV 1993 Nr. K 908 S. 38 Erw. 6a, 1986 Nr. K 654 S. 4 Erw. 4c; nicht veröffentlichtes Urteil W. vom 14. Dezember 1995 [K 45/95]), eine überdurchschnittliche Zahl von Hausbesuchen und ein sehr grosses Einzugsgebiet (SVR 1995 KV Nr. 40 S. 125 Erw. 4b [Urteil E. vom 12. September 1994, K 44/94]), ein sehr hoher Anteil an ausländischen Patientinnen und Patienten (RKUV 1986 Nr. K 654 S. 4 Erw. 4c) oder die Umstände anerkannt, dass ein Arzt sehr viele langjährige und sehr viele ältere Patientinnen und Patienten sowie keine Notfallpatienten behandelt (nicht veröffentlichtes Urteil K. vom 18. Oktober 1999, K 152/98) oder erst seit kurzer Zeit in eigener Praxis tätig ist (RSKV 1982 Nr. 489 S. 124 Erw. 4a). Auch können kompensatorische Einsparungen als kostenwirksame Praxisbesonderheiten Berücksichtigung finden (nicht veröffentlichtes Urteil S. vom 29. Oktober 1993, K 101/92; vgl. auch Eugster, Wirtschaftlichkeitskontrolle ambulanter ärztlicher Leistungen mit statistischen Methoden, Diss. Zürich 2003, S. 249 ff.).
Gemeint sind Fälle, wo die Ärztin oder der Arzt einen hohen Indexwert bei den direkten Kosten mit dem Hinweis rechtfertigt, seine vergleichsweise aufwändige Behandlungsweise habe zur Folge, dass weniger von ihm veranlasste Kosten anfallen. Wo statistische Daten hiezu fehlen, kann das Gericht den Einwand der kompensa-

torischen Einsparung indessen kaum überprüfen. Dies gilt etwa für den Hinweis eines Arztes, seine Behandlungsweise ermögliche die Vermeidung zahlreicher stationärer Spitalaufenthalte (BGE 119 V 455 Erw. 5a).
8.
8.1 Das Schiedsgericht hat seiner Beurteilung des Rückerstattungsanspruches aus unwirtschaftlicher Behandlung nach Art. 56 KVG die statistische Methode im Sinne der Rechtsprechung zugrunde gelegt. Dabei hat es sich auf die KSK-Statistik abgestützt und die Beschwerdeführerin mit der Ärztegruppe 00 (Allgemeinpraktiker ohne Röntgen) verglichen, bei welcher sich die durchschnittlichen Arztkosten pro Person im Jahre 1996 auf Fr. 485.54 (direkte Kosten von Fr. 416.02 und veranlasste Kosten von Fr. 69.52) und im Jahre 1997 auf Fr. 461.07 (direkte Kosten von Fr. 409.59 und veranlasste Kosten von Fr. 51.48) beliefen. Anders als im vorinstanzlichen Verfahren äussert die Beschwerdeführerin keine Zweifel mehr am ermittelten Durchschnitt der von ihr verursachten Kosten, welcher im Jahre 1996 mit Fr. 848.20 pro Person (direkte Kosten von Fr. 693.03 und veranlasste Kosten von Fr. 155.17) und im Jahre 1997 mit Fr. 878.29 pro Person (direkte Kosten von Fr. 729.73 und veranlasste Kosten von Fr. 148.56) beziffert wird (zur fehlenden Übereinstimmung der Praxisdatenbank mit der Rechnungsstellerstatistik: Eugster, a.a.O., Nr. 628 S. 218).
8.1.1 Dass die Vorinstanz im Falle der Beschwerdeführerin der statistischen Methode den Vorrang gegeben hat, ist nicht zu beanstanden, weil eine genügende Statistik vorliegt und keine hinreichend substantiierten Besonderheiten der Praxis geltend gemacht werden, welche eine Analyse des Einzelfalles erforderten (vgl. BGE 119 V 453 f. Erw. 4; SVR 2005 KV Nr. 4 S. 14 Erw. 6.1 [Urteil S. vom 18. Mai 2004, K 150/03]). Auf die von der Beschwerdeführerin - wie bereits im vorinstanzlichen Verfahren - beantragte Einholung eines analytischen Gutachtens zur Einzelfallabklärung ihrer Praxis besteht aus diesem Grunde kein Anlass. Dass das Zustandekommen der Statistik nicht im Einzelnen nachvollzogen werden kann, ändert nichts daran, dass die im Rahmen der santésuisse- bzw. Konkordatsstatistik erhobenen Daten ausreichend verlässlich sind, um gestützt auf die darauf erstellten statistischen Analysen einen beweiskräftigen Durchschnittskostenvergleich durchführen zu können. Hinzu kommt, dass die Rechtsprechung Lösungsansätze entwickelt hat, welche bekannte Mängel der Statistik ausgleichen (SVR 2005 KV Nr. 4 S. 15 Erw. 6.4.1 [Urteil S. vom 18. Mai 2004, K 150/03]; vgl. dazu Eugster, a.a.O., Nr. 627 f. S. 218 f. und Nr. 814 S. 276).
8.1.2 Die als Vergleichsbasis herangezogene Gruppe 00 mit 42 Allgemeinpraktikern (ohne Röntgen) ist praxisgemäss als genügend zu betrachten, hat doch die Rechtsprechung bereits geringere Vergleichsgrössen - 17 Allgemeinpraktiker (ohne Röntgen) im Urteil J. vom 10. August 2004, K 113/03 (Erw. 5.4) - als ausreichende statistische Grundlage anerkannt.
8.1.3 Zu Unrecht macht die Beschwerdeführerin schliesslich geltend, ihre Praxis könne nicht mit der Gruppe 00 verglichen werden, weil sie mit der angebotenen Komplementärmedizin relevante Besonderheiten aufweise, für deren Beweis sie im vorinstanzlichen Verfahren entsprechende Anträge gestellt habe (namentlich die Erstellung eines analytischen Gutachtens zur Einzelfallabklärung ihrer Praxis), welche die Vorinstanz indessen abgelehnt habe. Denn in der Fachgruppe 00 geht es um die Behandlung von Allgemeinerkrankungen. Der Umstand, dass (auch) Alternativmedizin praktiziert wird, befreit - wie bereits im angefochtenen Entscheid zutreffend dargelegt - nicht von der Einhaltung des Wirtschaftlichkeitsgebots. Hinzu kommt, dass für den hier relevanten Zeitraum Komplementärmedizin, soweit über die damalige Ziff. 2.1 Anhang KLV hinausgehend, noch gar nicht kassenpflichtig war und deshalb im Hinblick auf Art. 56 KVG von vornherein nicht eine besondere Gruppe Komplementärmedizin gebildet werden kann (Urteil J. vom 10. August 2004, K 113/03, Erw. 5.5, wo in einem ähnlich gelagerten Fall ebenfalls mit Gruppe 00 verglichen wurde). Auch wenn santésuisse in neuerer Zeit offenbar eine besondere Vergleichsgruppe „Komplementärmedizin" befürwortet,
kann sich dies nur auf einen Zeitraum beziehen, in welchem diese Leistungen Pflichtleistungen darstellten, was in den hier massgebenden Jahren nicht der Fall war. Schliesslich hat die Vorinstanz aufgrund der von den Klägerinnen am 22. August 2002 zusätzlich eingereichten Kostenzusammenstellung einen Vergleich mit anderen Ärzten angestellt, die ebenfalls im Kanton St. Gallen Alternativmedizin praktizieren (Durchschnitt 1996: Fr. 231.47 pro Patient; Durchschnitt 1997: Fr. 256.45 pro Patient), und ist auch dabei zum Ergebnis gelangt, dass bei der Beschwerdeführerin (Durchschnitt 1996: Fr. 573.55 pro Patient; Durchschnitt 1997: Fr. 648.85 pro Patient) deutlich höhere Kosten anfallen. Auf die Einholung eines analytischen Gutachtens zur Einzelfallabklärung ihrer Praxis und die Befragung des Dr. med. E._____ kann deshalb in antizipierter Beweiswürdigung verzichtet werden (BGE 124 V 94 Erw. 4b, 122 V 162 Erw. 1d mit Hinweis; SVR 2003 IV Nr. 1 S. 1 Erw. 2).
8.2 Als Ausgleich statistischer Ungenauigkeiten und Kompensation von Praxisbesonderheiten hat das Schiedsgericht der Beschwerdeführerin (in beiden Jahren) einen Toleranzzuschlag von 30 % zugestanden, was entgegen

der in der Verwaltungsgerichtsbeschwerde vertretenen Auffassung nicht zu beanstanden ist.
8.2.1 Unter dem Titel der kompensatorischen Einsparungen, welche als kostenwirksame Praxisbesonderheiten Berücksichtigung finden können (vgl. Erw. 7.3 hievor), macht die Beschwerdeführerin (unsubstantiiert) einen hohen Heilungserfolg und geringere Medikamentenkosten geltend. Während sich der hohe Heilungserfolg nicht überprüfen lässt, wobei sich diese Beweislosigkeit zu Lasten der Beschwerdeführerin auswirkt (Eugster, a.a.O., Nr. 673 S. 233), trifft es tatsächlich zu, dass die Medikamentenkosten der Beschwerdeführerin (1996: Fr. 119.48; 1997: Fr. 80.88) unter dem Durchschnitt (1996: Fr. 159.89; 1997: Fr. 151.90) lagen. Diese Einsparung wird indessen durch die deutlich überdurchschnittlichen Arzt- und veranlassten Kosten mehr als kompensiert, so dass die Beschwerdeführerin daraus nichts zu ihren Gunsten abzuleiten vermag.
8.2.2 Soweit eine Besonderheit des Patientengutes geltend gemacht wird, muss sich diese objektiv aus der Person der Patienten ergeben wie beispielsweise die Art der Erkrankung, ein hoher Anteil älterer Personen, ein Überhang an erstmaligen Patienten oder ein hoher Ausländeranteil (Eugster, a.a.O., Nr. 409 f. S. 152). Dass die Patienten einen erhöhten Aufwand (z.B. bezüglich Gespräch) wünschen oder einfordern, genügt nicht, würde dies doch dazu führen, dass der gebotene Aufwand einseitig von den Patienten festgelegt werden könnte, was im Widerspruch zum Wirtschaftlichkeitsgebot stünde.

Was den geltend gemachten hohen Anteil schwerstbehinderter Patienten (aus dem Wohnheim X._____; Rollstuhlpatienten), in welchem Zusammenhang die Beschwerdeführerin eine Parteibefragung sowie eine Expertise beantragt hat, anbelangt, hat die Vorinstanz ausgeführt, dass sich das Ausmass der medizinischen Betreuung der Schwerstbehinderten aufgrund der Akten weder nachprüfen lasse noch quantifizierbar sei, welche Sachverhaltsfeststellung im Lichte von Art. 105 Abs. 2 OG nicht zu beanstanden ist. Namentlich hat es die Beschwerdeführerin in Verletzung ihrer Mitwirkungspflicht (SVR 2005 KV Nr. 4 S. 14 Erw. 5.1 [Urteil S. vom 18. Mai 2004, K 150/03]) unterlassen, anzugeben, worin der besondere Aufwand bei der Behandlung dieser Patienten bestehen soll. Entsprechendes gilt für die Patienten mit hohen Behandlungskosten, bei welchen die Beschwerdeführerin keine Gründe zur Rechtfertigung des hohen Aufwandes vorgebracht hat. Den diesbezüglichen pauschalen Behauptungen, besonders viele schwere Fälle behandelt zu haben, hat die Vorinstanz zu Recht den Erfolg versagt (vgl. auch Eugster, a.a.O., Nr. 691 S. 237).
8.2.3 Nichts zu ihren Gunsten abzuleiten vermag die Beschwerdeführerin schliesslich aus dem Umstand, dass sie - wie sie unter Hinweis auf ihre Geschäftszahlen in den folgenden Jahren (1998-2002) geltend macht - lediglich ein durchschnittliches Einkommen erziele und relativ wenige Patienten behandle. Denn diese Kriterien sind für die Wirtschaftlichkeitskontrolle, welche die Prüfung der Frage beinhaltet, ob die Leistungserbringerin sich auf das Mass beschränkt, das im Interesse der Versicherten liegt und für den Behandlungszweck erforderlich ist (Art. 56 Abs. 1 KVG), nicht von Belang, weil weder die Einkommenshöhe noch die Anzahl der Patienten etwas darüber aussagt, ob sich der Arzt im Einzelfall an das objektiv notwendige Leistungsmass hält.
8.3 Zusammenfassend ergibt sich, dass der vom Schiedsgericht durchgeführte Durchschnittskostenvergleich nicht zu beanstanden ist, namentlich den von der Beschwerdeführerin geltend gemachten Praxisbesonderheiten genügend Rechnung trägt. Es kann weder von einer offensichtlich unrichtigen Tatsachenfeststellung noch einer Bundesrechtsverletzung noch einer ermessensmissbräuchlichen Einschätzung der Wirtschaftlichkeitsgrenze gesprochen werden.
9.
Verfahren gegen den Leistungserbringer um Rückforderungen wegen Unwirtschaftlichkeit der Behandlungsweise sind kostenpflichtig (BGE 119 V 455 Erw. 6). Den anwaltlich vertretenen Krankenversicherern steht gestützt auf Art. 159 Abs. 2 in Verbindung mit Art. 135 OG im Überarztungsprozess praxisgemäss eine Parteientschädigung zu (SVR 1995 KV Nr. 40 S. 125 ff. Erw. 5b; nicht veröffentlichte Erw. 9 des in BGE 130 V 377 publizierten Urteils S. vom 18. Mai 2004 [K 150/03]).

Demnach erkennt das Eidg. Versicherungsgericht:
1.
Die Verwaltungsgerichtsbeschwerde wird abgewiesen.
2.
Die Gerichtskosten von Fr. 7000.- werden der Beschwerdeführerin auferlegt und mit dem geleisteten Kostenvorschuss verrechnet.
3.

Die Beschwerdeführerin hat den Beschwerdegegnerinnen für das Verfahren vor dem Eidgenössischen Versicherungsgericht eine Parteientschädigung von Fr. 6000.- (einschliesslich Mehrwertsteuer) zu bezahlen.
4.
Dieses Urteil wird den Parteien, dem Versicherungsgericht des Kantons St. Gallen (Abteilung V) und dem Bundesamt für Gesundheit zugestellt.
Luzern, 1. März 2006
Im Namen des Eidgenössischen Versicherungsgerichts

Der Präsident der III. Kammer: Die Gerichtsschreiberin: