Eidgenössisches Versicherungsgericht
Tribunale federale delle assicurazioni
Tribunal federal d'assicuranzas

Sozialversicherungsabteilung
des Bundesgerichts

Prozess
{T 7}
K 113/03

Urteil vom 10. August 2004
IV. Kammer

Besetzung
Präsident Ferrari, Bundesrichterin Widmer und Ursprung; Gerichtsschreiberin Hofer

Parteien
J._____, Dr. med., Beschwerdeführer, vertreten
durch Fürsprech Peter Meier, Schmiedengasse 33, 5012 Schönenwerd,

gegen

1. ASSURA Kranken- und Unfallversicherung,
C.-F. Ramuz 70, 1009 Pully,
2. Avenir Assurances, 1701 Freiburg,
3. Concordia Schweizerische Kranken- und Unfallversicherung, Bundesplatz 15, 6003 Luzern,
4. CSS Versicherung, Rösslimattstrasse 40, 6005 Luzern,
5. Galenos Kranken- und Unfallversicherung, Miliärstrasse 36, 8004 Zürich,
6. Helsana Versicherungen AG, Schadenrecht, Birmensdorferstrasse 94, 8003 Zürich,
7. Hermes Krankenkasse, Verwaltung, Rue du Nord 5, 1920 Martigny,
8. Innova Krankenversicherungen AG, Direktion, Bahnhofstrasse 4, 3073 Gümligen,
9. INTRAS Krankenkasse, Rue Blavignac 10, 1227 Carouge,
10. Kolping Krankenkasse, Badenerstrasse 78, 8004 Zürich,
11. KPT/CPT Krankenkasse, Tellstrasse 18, 3014 Bern,
12. Krankenkasse Aquilana, Bruggerstrasse 46, 5400 Baden,
13. Krankenkasse KBV, Direktion, Badgasse 3, 8400 Winterthur,
14. SBB Krankenkasse der Schweiz. Bundesbahnen, 6002 Luzern,
15. Krankenkasse SLKK, Hotzestrasse 53, 8006 Zürich,
16. Krankenkasse Zurzach, Promenadenstrasse 6, 5330 Zurzach,
17. Groupe Mutuel, La Caisse Vaudoise, Rue du Nord 5, 1920 Martigny,
18. Öffentliche Krankenkasse Basel-Stadt, Spiegelgasse 12, 4051 Basel,
19. Xundheit Öffentliche Gesundheitskasse Schweiz, Pilatusstrasse 28, 6002 Luzern,
20. Caisse-maladie Progrès, Rue Daniel-Jean Richard 19, 2400 Le Locle,
21. PROVITA Gesundheitsversicherung AG, Brunngasse 4, 8400 Winterthur,
22. SANITAS Grundversicherungen AG, Lagerstrasse 107, 8004 Zürich,
23. SKBH Kranken- und Unfallversicherung, Rue du Nord 5, 1920 Martigny,
24. SUPRA Krankenkasse, Chemin de Primerose 35, 1007 Lausanne,
25. SWICA Gesundheitsorganisation, Rechtsdienst, Römerstrasse 38, 8400 Winterthur,
26. Concordia Unitas, Rechtsdienst, Weidengasse 3, 5012 Schönenwerd,
27. Universa Krankenkasse, Verwaltung, Rue du Nord 5, 1920 Martigny,
28. VISANA, Weltpoststrasse 19/21, 3015 Bern,
29. Walliser Krankenkasse, Rue du Nord 5, 1920 Martigny,

30. Wincare Versicherungen, Konradstrasse 14, 8400 Winterthur,
Beschwerdegegnerinnen, alle vertreten durch den santésuisse Aargau-Solothurn, Bruggerstrasse 46, 5401 Baden, und dieser vertreten durch Fürsprech
Dr. Peter Reinhart, Lagerhausstrasse 5, 4502 Solothurn

Vorinstanz
Schiedsgericht in der Kranken- und Unfallversicherung des Kantons Solothurn, Solothurn

(Entscheid vom 14. Juli 2003)

Sachverhalt:
A.
Dr. med. J._____, Arzt für Allgemeine Medizin FMH mit Praxis in X._____ (nachfolgend: Arzt), war in der vom Konkordat der Schweizerischen Krankenversicherer (heute: santésuisse) für die Jahre 1998 und 1999 herausgegebenen Behandlungsfallstatistik (nachfolgend: KSK-Statistik [heute: Rechnungsstellerstatisik der santésuisse]der Arztgruppe 00 (Allgemeinpraktiker ohne Röntgen) zugeordnet. Die KSK-Statistik weist für ihn bei den Arztkosten 1998 151 Indexpunkte aus, bei den Medikamenten (direkte und veranlasste Kosten) 195 Punkte.
Gestützt auf die Daten der KSK-Statistik 1998 machte der Verband Solothurnischer Krankenversicherer (heute: santésuisse Aargau-Solothurn, nachfolgend: Krankenversicherer) beim Schiedsgericht in der Kranken- und Unfallversicherung des Kantons Solothurn (nachfolgend: Schiedsgericht) in Vertretung der im Rubrum des vorliegenden Urteils aufgeführten Krankenversicherer am 5. April 2000 ein Rückforderungsbegehren gegen den Arzt anhängig lautend auf Fr. 133'757.55 wegen Überarzten im Jahre 1998 nebst Zins von 5 % seit 22. September 1999. An der am 28. September 2000 vor dem Obmann des Schiedsgerichtes durchgeführten Vermittlungsverhandlung erklärte sich der Arzt bereit, vergleichsweise Fr. 20'000.- zu bezahlen. Ein Vergleich kam nicht zu Stande.
B.
Am 27. Juni 2001 reichten die Krankenversicherer beim Schiedsgericht die schriftlich begründete Klage ein mit dem bereits in der Eingabe vom 5. April 2000 gestellten Rechtsbegehren. Anlässlich der am 8. Mai 2003 durchgeführten Hauptverhandlung eröffnete das Schiedsgericht den Parteien, dass der Antrag des Arztes auf Einholung eines Gutachtens über die Vergleichbarkeit der Ärzte in der Gruppe 11 ([recte: 00]Allgemeinpraktiker mit Röntgen) abgewiesen werde. Mit Entscheid vom 14. Juli 2003 hiess das Schiedsgericht die Klage teilweise gut und verpflichtete den Arzt, den Klägern den Betrag von Fr. 133'757.55 und eine Parteientschädigung von Fr. 18'000.- zu bezahlen. Zudem wurden die Verfahrenskosten mit einer Urteilsgebühr von Fr. 4000.-, total Fr. 6800.-, dem Arzt auferlegt.
C.
Der Arzt lässt Verwaltungsgerichtsbeschwerde führen mit dem Begehren, die Forderungsklage der Krankenversicherer sei in Aufhebung des angefochtenen Entscheids abzuweisen. Eventuell sei die Sache an die Vorinstanz zurückzuweisen, insbesondere zur Neubeurteilung folgender Fragen: a) der Vergleichbarkeit bzw. Unvergleichbarkeit der Arztpraxis des Beschwerdeführers mit den Arztpraxen der 1998 noch in der Spezialarztgruppe 00 eingeteilten Allgemeinpraktiker ohne Röntgen; b) Mitberücksichtigung der veranlassten Kosten (Medikamente vom Apotheker); c) Quantifizierung der Praxisbesonderheit Anteil fremdsprachiger Patienten und Patientinnen mit entsprechendem kulturellem Hintergrund; d) Quantifizierung der Praxisbesonderheiten Methadon-Drogen-Patienten, psychosozial und psychosomatisch Erkrankte; e) Festsetzung eines Toleranzzuschlages von generell 20 Indexpunkten als Ausgleich statistischer Ungenauigkeiten; f) Anordnung eines analytischen Gutachtens. Zudem seien die Krankenversicherer zu verpflichten, die gesamten Gerichtskosten sowohl des schiedsgerichtlichen als auch des bundesgerichtlichen Verfahrens unter solidarischer Haftung zur Bezahlung zu übernehmen, ihm für das schiedsgerichtliche Verfahren die ausgewiesenen Kosten von Fr.
26'188.60 zu bezahlen und eine angemessene Parteientschädigung auszurichten.
Vorinstanz und Krankenversicherer schliessen auf Abweisung der Verwaltungsgerichtsbeschwerde. Das Bundesamt für Sozialversicherung, Abteilung Kranken- und Unfallversicherung (seit 1. Januar 2004 im Bundesamt für Gesundheit), verzichtet auf eine Vernehmlassung.

Das Eidg. Versicherungsgericht zieht in Erwägung:
1.
Am 1. Januar 2003 ist das Bundesgesetz über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSG) vom 6. Oktober 2000 in Kraft getreten. Mit ihm sind zahlreiche Bestimmungen im Bereich der sozialen Krankenversicherung geändert worden. Weil in zeitlicher Hinsicht grundsätzlich diejenigen Rechtssätze massgebend sind, die bei der Erfüllung des zu Rechtsfolgen führenden Tatbestandes Geltung haben (BGE 127 V 467 Erw. 1), sind die neuen Bestimmungen hier nicht anwendbar (BGE 129 V 4 Erw. 1.2).
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 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, 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 (BGE 98 V 198 f.; Christian Schürer, a.a.O., S. 81 ff.; noch nicht in der Amtlichen Sammlung veröffentlichtes Urteil S. vom 18. Mai 2004, K 150/03).
3.2 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 zur 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; nicht veröffentlichtes
Urteil W. vom 14. Dezember 1995, K 45/95; vgl. auch Christian 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 damit spezifischen Praxisbesonderheiten Rechnung tragen zu können (RKUV 1988 Nr. K 761 S. 92 Erw. 4c; SVR 2001 KV Nr. 19 S. 52 Erw. 4b; Urteile Z. vom 30. Juli 2001, K 50/00, Erw. 4b, und M. vom 29. Juni 2001, K 9/99, Erw. 6a; vgl. auch Christian Schürer, a.a.O., S. 79 f.). Nach der Rechtsprechung liegt der Toleranzbereich zwischen 120 und 130 Indexpunkten (SVR 1995 KV Nr. 40 S. 125 Erw. 4b und c; bereits erwähntes noch nicht in der Amtlichen Sammlung veröffentlichtes Urteil S. vom 18. Mai 2004, K 150/03).
3.3 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), 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]). 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 kompensatorischen 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).
4.
4.1 In formeller Hinsicht macht der Beschwerdeführer geltend, er habe im vorinstanzlichen Verfahren den Antrag auf Anordnung eines analytischen Gutachtens gestellt. Das Schiedsgericht habe diesen ohne nähere Begründung abgelehnt. Die fehlende Begründung stelle eine Verletzung des Untersuchungsgrundsatzes und des rechtlichen Gehörs dar.
4.2 Die Vorinstanz hat die Ablehnung des beantragten Gutachtens im angefochtenen Entscheid zwar nicht ausdrücklich begründet. Anlässlich der Hauptverhandlung vom 8. Mai 2003 hatte das Schiedsgericht nach geheimer Beratung den Parteien jedoch eröffnet, dass der Antrag auf Einholung eines Gutachtens über die Vergleichbarkeit der Ärzte der Gruppe Allgemeinpraktiker ohne Röntgen abgelehnt werde. Dies hat den Beschwerdeführer jedenfalls nicht daran gehindert, die Sache vor dem Eidgenössischen Versicherungsgericht vorzubringen, weshalb sich eine Rückweisung an das Schiedsgericht aus diesem Grund erübrigt (vgl. BGE 129 V 196 mit Hinweisen).
5.
5.1 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. Danach erreichten die durchschnittlichen Arztkosten im Jahre 1998 151 und die direkten und veranlassten Medikamente 195 Indexpunkte pro Erkrankten. Weiter hat die Vorinstanz erwogen, die Einteilung im einzig zu überprüfenden Jahr 1998 zur Arztgruppe 00 (Allgemeinpraktiker ohne Röntgen) sei als unbestritten zu betrachten, auch wenn der Arzt im Laufe des Verfahrens geltend gemacht habe, er sei nunmehr in eine neue Gruppe eingeteilt worden und liege dort im Mittelfeld.
5.2 In der Verwaltungsgerichtsbeschwerde wird vorgebracht, die als Vergleichsbasis herangezogene Gruppe 00 sei zu klein, als dass ihrem Fallwert Normcharakter beigemessen werden könnte. Zudem beinhalte sie ein Spektrum von Allgemeinpraktikern, die eine völlig anders geartete Praxistätigkeit ausübten. Aus diesem Grund sei im kantonalen Schiedsgerichtsverfahren ein Gutachten über die Vergleichbarkeit dieser Ärztegruppe mit der eigenen Praxis beantragt worden. Hinzu komme, dass der Beschwerdeführer über Fähigkeitsausweise der FMH für psychosomatische und psychosoziale Medizin, für manuelle Medizin, Akupunktur und Traditionelle Chinesische Medizin verfüge, was auf die 17 anderen Ärztinnen und Ärzte der Vergleichsgruppe nicht zutreffe. Aus der Rechnungsstellerstatistik KSK aller Kantone vom 3. Dezember 1999 würden sich zudem namentlich bei der Gruppe 00 massive Abweichungen der durchschnittlichen Arztkosten ergeben. Laut der neuen Statistik, welche zufolge der Aufhebung der Unterscheidung zwischen Praxen mit und ohne Röntgenapparat nunmehr für die einzelnen Fachrichtungen eine grössere Anzahl an Vergleichsärztinnen und Vergleichsärzten aufweise (172 im Jahre 2000 und 176 im Jahre 2001), liege der Arztkostenindex des Beschwerdeführers
pro Krankheitsfall bei 125 (2000) und 109 (2001) und der Medikamentenkostenindex bei direkten und veranlassten Kosten bei 119 (2000) und 89 (2001), obwohl sich weder in der Praxisführung noch im Patientengut etwas geändert habe. Die Vorinstanz habe diesen Aspekt völlig unbeachtet gelassen und damit den rechtserheblichen Sachverhalt offensichtlich unrichtig und unvollständig festgestellt und das entsprechende Beweisbegehren in willkürlicher Weise abgewiesen.
5.3 Da der Beschwerdeführer als Allgemeinpraktiker mit Allgemeinpraxis der FMH angehört und zudem zumindest in der hier zu überprüfenden Zeit über keinen eigenen Röntgenapparat verfügte, lässt sich seine Zuordnung zur Gruppe Allgemeinpraktiker ohne Röntgen nicht beanstanden. Mit seinen Einwendungen macht er denn auch nicht eine falsche Gruppeneinteilung geltend. Seine Beanstandung zielt vielmehr daraufhin, sein Patientengut könne nicht mit jenem der Gruppe 00 verglichen werden. Gemäss dem bei den Akten liegenden, von der santésuisse beim Büro für Arbeits- und Sozialpolitische Studien (BASS) in Auftrag gegebenen Gutachten vom 10. Mai 2002 lässt sich in vielen Fällen kein Einfluss des Vorhandenseins eines Röntgenapparates auf die

Kosten einer Arztpraxis nachweisen (49 % der Fälle). Oft könne gar nicht beurteilt werden, ob ein Einfluss vorhanden sei (39 % der Fälle). Selbst wenn ein Einfluss der Röntgenapparate nachgewiesen sei, sei dieser nicht eindeutig (12 % der Fälle). In der Mehrheit dieser Fälle wirke er kostenerhöhend, in der Minderheit kostensenkend. Das Ausmass der Kostenbeeinflussung sei gemessen an den Durchschnittskosten einer Arztpraxis allerdings nicht sehr gross. Es ist indessen nicht auszuschliessen, dass im
Einzelfall das Vorhandensein oder das Fehlen eines Röntgenapparates einen Einfluss auf die Kosten haben kann. Solches ist im vorliegenden Fall indessen nicht ersichtlich und wird auch von keiner Seite geltend gemacht. Die Einteilung in Praxen ohne Röntgen vermag für sich allein die Homogenität der Vergleichsgruppe jedenfalls nicht in Frage zu stellen.
5.4 Soweit ersichtlich, hat das Eidgenössische Versicherungsgericht bisher nicht festgelegt, die Daten wie vieler Vergleichsärzte zur Verfügung stehen müssen, damit die statistische Methode zur Anwendung gelangen kann (SVR 2001 KV Nr. 19 S. 52 Erw. 4b). In RKUV 1982 Nr. 505 S. 201 liess es die Zahl von drei Dermatologen genügen, nachdem deren Kostendurchschnitt nicht wesentlich von demjenigen der seitens des dortigen Beschwerdeführers genannten ausserkantonalen Ärzte abwich. In quantitativer Hinsicht sollte die Vergleichsgruppe hinreichend gross sein, um Zufälligkeiten und aussergewöhnliche Strukturen auszugleichen. Eine bestimmte Mindestzahl für alle medizinischen Fachgruppen lässt sich indessen nicht nennen. Bei einer grossen Spezialisierung kann sich eine kleinere Zahl von Vergleichspraxen rechtfertigen als bei Ärzten mit einem breiten Leistungsangebot. Zudem ist im massgebenden geographischen Bereich oft nur eine beschränkte Zahl Ärztinnen und Ärzte derselben Fachrichtung tätig. Nach Auffassung von Gebhard Eugster (Wirtschaftlichkeitskontrolle ambulanter ärztlicher Leistungen mit statistischen Methoden, Diss. Zürich 2003, Nr. 467 S. 169) sollte im Rahmen der Methode des arithmetischen Mittelwertvergleichs (vgl. BGE 119 V 455
Erw. 5b) die Zahl von 10 Vergleichspraxen in keinem Fall unterschritten werden. Ueli Kieser (Formelle Fragen der pauschalen Rückforderung, in: Schaffhauser/Kieser [Hrsg.], Wirtschaftlichkeitskontrolle in der Krankenversicherung, St. Gallen 2001, S. 133 FN 133) erachtet dagegen eine weit grössere Zahl (120 für Kinderärzte, 165 für Allgemeinpraktiker) als erforderlich, ohne zu präzisieren, auf welche Vergleichsmethode sich dies bezieht. Ohne die notwendige Grösse einer Vergleichsgruppe genau festzulegen, kann den Krankenkassen ohne weiteres darin beigepflichtet werden, dass der Vergleich mit 17 weiteren Allgemeinpraktikern ohne Röntgen im Kanton Solothurn keine willkürliche statistische Grundlage darstellt. Der Beschwerdeführer vermag im Übrigen nicht überzeugend darzutun, dass das seit der Zusammenlegung der Gruppen Allgemeinpraktiker mit/ohne Röntgen für ihn statistisch günstigere Ergebnis der Jahre 2000/2001 mit der grösseren Vergleichsmenge zusammenhängt. Wie die Krankenversicherer zutreffend festhalten, teilte sein Rechtsvertreter in diesem Zusammenhang anlässlich der vorinstanzlichen Beweisverhandlung mit, an seiner Praxisführung habe sich nichts geändert, doch habe er Zugang zu einer neuen Kategorie von Patienten. Dies steht
offenbar im Zusammenhang mit seinen Weiterbildungen und den in den Jahren 1999 und 2000 erlangten Fähigkeitsausweisen. Laut den Ausführungen der Krankenversicherer ist die Zahl seiner Behandlungsfälle zudem von 802 im Jahre 1998 auf 1023 im Jahre 2001 gestiegen, was unter anderem auf das Anbieten von komplementärmedizinischen Leistungen zurückzuführen sei. Unter diesen Umständen ist jedenfalls nicht glaubhaft dargetan, eine quantitative Veränderung der Vergleichsgruppe sei (allein) verantwortlich dafür, dass der Beschwerdeführer mit der Aufhebung der Unterscheidung von Allgemeinpraktikern mit/ohne Röntgen ins statistische Mittelfeld gerückt ist. Aus der mengenmässigen Verschiebung vermag der Beschwerdeführer daher nichts zu seinen Gunsten abzuleiten. Unerheblich ist sodann der Hinweis auf die gesamtschweizerische Rechnungsstellerstatistik 1998, da je nach Region die die Kosten beeinflussenden Umstände äusserst unterschiedlich sind. Abzustellen ist auf die Durchschnittskosten der im gleichen Kanton wie der geprüfte Arzt praktizierenden Allgemeinpraktiker, oder, wenn diese Zahlen zu wenig aussagekräftig sind, aller hinreichend ähnlichen Kantone (BGE 119 V 453 Erw. 4b mit Hinweisen; SVR 2001 KV Nr. 19 S. 52).
5.5 Was der Beschwerdeführer vorbringt, führt insgesamt nicht zur Feststellung, es lägen Besonderheiten vor, die eine Beurteilung der Wirtschaftlichkeit der Behandlung mit den anderen Praxen der Gruppe Allgemeinpraktiker ohne Röntgen als unzulässig erscheinen liessen. Es besteht daher auch kein Anlass, ein Gutachten über die Vergleichbarkeit mit dieser Gruppe zu veranlassen. Eine grosse Zahl Fremdsprachiger oder ein hoher Ausländeranteil stellt keinen derart evidenten verteuernden Zusammenhang dar, dass der Arzt einer Vergleichsgruppe von Praxen mit einem ähnlich hohen Anteil gegenüberzustellen wäre (vgl. dazu Gebhard Eugster, a.a.O., Nr. 413 S. 153; vgl. auch RKUV 1986 Nr. K 654 S. 4). Hingegen kann darin allenfalls eine Praxisbesonderheit erblickt werden (vgl. Erw. 3.3). Dies gilt auch dann, wenn geltend gemacht wird, das Patientengut sei aufgrund

von Weiter- und Fortbildungen anders gelagert (Urteil F. vom 15. Juli 2003, K 108/01+K 118/01). Bezüglich des angeführten Fähigkeitsausweises für Akupunktur und Traditionelle Chinesische Medizin gilt es festzuhalten, dass dieses medizinische Leistungsangebot erst seit 1. Juli 1999 eine Pflichtleistung der Krankenversicherung darstellt (vgl. Ziff. 10 Anhang 1 KLV).

6.

6.1 Als Ausgleich statistischer Ungenauigkeiten und Kompensation geringfügiger Praxisbesonderheiten hat das Schiedsgericht dem Beschwerdeführer einen Toleranzzuschlag von 20 Indexpunkten zugestanden, was einer konstanten Praxis entspreche. Diesen hat es anschliessend um 15 Indexpunkte erhöht, um den individuellen Praxisbesonderheiten Rechnung zu tragen (vgl. nachstehend Erw. 7), was insgesamt 135 massgebende Indexpunkte ergab. In der Verwaltungsgerichtsbeschwerde macht der Beschwerdeführer eine Ungleichbehandlung mit Schiedsgerichten anderer Kantone geltend, indem die Vorinstanz generell von einem Toleranzindex von 120 ausgehe, während beispielsweise im Kanton Tessin ein Toleranzindex von 140 Punkten akzeptiert werde. Angesichts der geringen Zahl der in der Vergleichsgruppe 00 erfassten Ärzte, welche zudem besonders inhomogen sei, hätte ein höherer Toleranzindex berücksichtigt werden müssen.

6.2 Praxisgemäss ist im Rahmen der Anwendung der statistischen Methode - nebst der allfälligen Aufrechnung von Praxisbesonderheiten - jedem Arzt eine Toleranzzone zuzugestehen, innerhalb derer Grenzen seine Behandlungsweise noch als wirtschaftlich zu betrachten ist (BGE 119 V 454 Erw. 4c). Sie dient dazu, Behandlungsverteuerungen, die auf individuell-ärztlichem Verhalten beruhen, zu honorieren (BGE 103 V 155 Erw. 6) und statistische Ungenauigkeiten auszugleichen. Die Rechtsprechung hat bisher weder mit Bezug auf die einzelnen Kantone noch hinsichtlich der einzelnen Fachrichtungen einheitliche Richtwerte festgelegt (vgl. die Übersicht bei Gebhard Eugster, a.a.O., Nr. 823 ff. S. 278 ff.). Im Urteil M. vom 29. Juni 2001 (K 9/99) hat das Eidgenössische Versicherungsgericht erwogen, der Toleranzbereich liege zwischen 120 und 130 Indexpunkten. Diese Eckwerte wurden in neueren Urteilen übernommen (Urteile W. vom 13. Mai 2003 [K 107/01 + K 116/01], F. vom 15. Juli 2003 [K 108/01 + K 118/01], S. vom 18. Mai 2004 [K 150/03]). Im noch nicht in der Amtlichen Sammlung publizierten Urteil S. vom 18. Mai 2004 (K 150/03) hat das Eidgenössische Versicherungsgericht mangels Substanziierung den Einwand verworfen, bei den Allgemeinpraktikern sei ein deutlich höherer Toleranzwert von mindestens 140 Indexpunkten zu wählen. Die angeführten Indexwerte von 120 bis 130 Punkten sind nicht als unantastbare Grössen, sondern als Richtwerte zu betrachten, die im Einzelfall Abweichungen zulassen, sofern sie sachlich hinreichend begründet sind. Mit Bezug auf die Praxis des vorinstanzlichen Schiedsgerichts, einen allgemeinen Toleranzrahmen von 120 Indexpunkten zu gewähren, führen die Krankenkassen aus, dies erscheine angesichts des recht geringen Gefälles zwischen ländlichen und (klein-)städtischen Verhältnissen im Kanton Solothurn und der somit homogeneren Struktur als gerechtfertigt. Hinzu komme, dass mit einem Kürzungsindex von insgesamt 135 Punkten den besonderen Umständen des Beschwerdeführers in wohlwollender Weise Rechnung getragen worden sei. Dem ist beizupflichten. Geringfügige Abweichungen zur Vergleichsgruppe der Allgemeinpraktiker ohne Röntgen und statistische Unwägbarkeiten sind mit der Annahme eines Toleranzindexes von 120 Punkten hinreichend abgedeckt, während für beachtliche Besonderheiten, welche eine Erhöhung des Toleranzindexes rechtfertigen würden, keine ausreichenden Anhaltspunkte vorliegen. Der Beschwerdeführer bringt nichts vor, was den im rechtsprechungsgemässen Normbereich liegenden Toleranzwert von 120 Punkten als offensichtlich falsch oder unvollständig erscheinen liesse.

7.

7.1 Individuelle Praxisumstände, die sich als atypische Leistungsmerkmale von der Normpraxis abheben, können durch Zuschläge zum allgemeinen Toleranzbereich als Praxisbesonderheit berücksichtigt werden (SVR 2001 KV Nr. 19 S. 52 Erw. 4b; Christian Schürer, a.a.O., S. 87; Gebhard Eugster, a.a.O., Nr. 387 f. S. 145; vgl. auch oben Erw. 3.3). Zu prüfen ist, ob die Arztpraxis des Beschwerdeführers Besonderheiten aufweist, welche einen höheren als den vom Schiedsgericht anerkannten Zuschlag von 15 Punkten zum Toleranzwert von 120 Indexpunkten indizieren.

7.2 Der Beschwerdeführer beruft sich in diesem Zusammenhang zunächst auf den hohen Anteil (46,4 %) an fremdsprachigen Patientinnen und Patienten, für deren Betreuung er aufgrund seiner medizinischen und sprachlichen Weiterbildung besonders qualifiziert sei. Dies wirke sich in einer zusätzlichen zeitlichen Inanspruchnahme bei den Grundleistungen in Form von mehr und längeren Konsultationen aus. Verständigungsschwierigkeiten und Missverständnisse verursachten häufig nicht vermeidbare Kosten, sodass mehr Behandlungsversuche unternommen und häufiger technische Diagnostikmethoden eingesetzt werden müssten. Ein analytisches Gut-

achten, welches sich mit dieser Besonderheit hätte auseinandersetzen müssen, sei von der Vorinstanz abgelehnt worden. Damit sei ihm die entsprechende Beweislast auferlegt worden, was eine Verletzung wesentlicher Verfahrensbestimmungen darstelle. Nach Auffassung der Krankenversicherer sind fremdsprachige Patientinnen und Patienten den ausländischen gleichzusetzen. Mehrkosten in diesem Zusammenhang seien vom Beschwerdeführer nicht schlüssig dargetan worden. Davon ging auch das kantonale Schiedsgericht aus. Unter Hinweis auf Gebhard Eugster (a.a.O., Nr. 710 S. 242) hat es erwogen, es könne nicht generell davon
ausgegangen werden, dass Ausländer bei gleichem Krankheitsbild regelmässig mehr Diagnostik und Therapie erforderten als Schweizer und sich Sprachschwierigkeiten in spezifischen medizinischen Problemlagen niederschlagen würden. Verhalte es sich in einer Praxis anders, müsse der geprüfte Arzt dies konkret nachweisen, was der Beschwerdeführer nicht getan habe. Im geltend gemachten Anteil fremdsprachiger Patienten könne daher keine Praxisbesonderheit erblickt werden. Es liegen keine Anhaltspunkte vor, welche die Erwägungen des Schiedsgerichts als rechtsfehlerhaft qualifizieren würden. Indem der Beschwerdeführer den erheblichen Anteil an fremdsprachigem Patientengut mit seiner Mehrsprachigkeit (gemäss Klageantwort im vorinstanzlichen Verfahren: englisch, französisch, italienisch, spanisch, portugiesisch und offenbar etwas türkisch) begründet, dürfte es ihm diese gerade erleichtern, auf Sprachschwierigkeiten zurückzuführende Missverständnisse und Behandlungsschwierigkeiten zu reduzieren.
Nach Art. 89 Abs. 5 KVG hat das kantonale Schiedsgericht unter Mitwirkung der Parteien die für den Entscheid erheblichen Tatsachen festzulegen; es erhebt die notwendigen Beweise und ist in der Beweiswürdigung frei. Der geprüfte Arzt muss seine individuelle Praxisbesonderheit zumindest so substanziiert aufzeigen, dass das Schiedsgericht begründeten Anlass zu weiteren Abklärungen hat. Eine Abklärungspflicht vermögen die Vorbringen des Arztes nur auszulösen, wenn sie hinreichend konkret sind. Aufgrund des pauschalen Hinweises im vorinstanzlichen Verfahren auf die vielen fremdsprachigen Patientinnen und Patienten lässt es sich nicht beanstanden, wenn sich das Schiedsgericht nicht veranlasst sah, diesen Punkt mittels eines Gutachtens näher abklären zu lassen. In diesem Vorgehen liegt weder eine Umkehr der Beweislast noch eine Verletzung von Bundesrecht.
7.3 Das Schiedsgericht hat sodann ausdrücklich anerkannt, dass der Arzt im zur Diskussion stehenden Jahr als Praxisbesonderheit eine respektable Anzahl von Methadon- und Drogenpatienten betreut und überdurchschnittlich viele psychosozial und psychosomatisch Erkrankte behandelt hat. Aus diesem Grund hat es dem Beschwerdeführer bei den Arzt- wie auch bei den Medikamentenkosten einen Zuschlag von 15 Punkten zum Toleranzwert von 120 Indexpunkten zuerkannt. Auch diesbezüglich macht der Beschwerdeführer eine Umkehr der Beweislast geltend, indem er die quantitativen Auswirkungen dieser Besonderheiten zu belegen habe. Dies wiederum sei nur mittels eines analytischen Gutachtens möglich. Indem der Beschwerdeführer jedoch seinen Einwand, die geltend gemachten Praxisbesonderheiten seien nicht genügend berücksichtigt, mit keinen konkreten Zahlen verbindet oder sonst wie quantifiziert, erweist er sich als zu wenig konkretisiert. Es ist somit in keiner Art und Weise dargetan, dass der von der Vorinstanz festgestellte Sachverhalt offensichtlich unrichtig oder unvollständig festgestellt worden wäre (Art. 105 Abs. 2 in Verbindung mit Art. 132 lit. a OG). Wenn das Schiedsgericht mangels anders lautender überprüfbarer Angaben des Beschwerdeführers
einen Zuschlag in Höhe von 15 Indexpunkten als angemessen erachtet hat, hielt es sich im Rahmen des ihm zuzugestehenden Beurteilungsspielraumes. Von einer Verletzung wesentlicher Verfahrensbestimmungen kann entgegen den Vorbringen in der Verwaltungsgerichtsbeschwerde ebenfalls nicht die Rede sein. Insbesondere ist es nicht zu beanstanden, wenn die Vorinstanz unter den gegebenen Umständen auf ein (analytisches) Gutachten verzichtet und die Wirtschaftlichkeitskontrolle der ärztlichen Tätigkeit des Beschwerdeführers anhand der - im Allgemeinen vorzuziehenden - statistischen Methode vorgenommen hat. Beweisergänzungen sind damit nicht notwendig.
8.
8.1 Die Vorinstanz hat sowohl die direkten wie auch die veranlassten Medikamentenkosten als zurückzuerstattende Vergütungen berücksichtigt. Der Beschwerdeführer wendet dagegen ein, die Rückforderung von veranlassten oder verordneten Leistungen sei bundesrechtswidrig. Während nach dem Wortlaut von Art. 23 KUVG und der zu dieser Bestimmung ergangenen Rechtsprechung eine Rückforderung von veranlassten Medikamentenkosten zulässig gewesen sei, treffe dies unter der Herrschaft von Art. 56 KVG nicht mehr zu. Diese Bestimmung beziehe sich auf die Rückforderung von dem Leistungserbringer zu Unrecht bezahlte Vergütungen, während es an einer Rechtsgrundlage für die Rückforderung von veranlassten Leistungen beim Leistungserbringer fehle.

8.2 Im noch nicht in der Amtlichen Sammlung veröffentlichten Urteil S. vom 18. Mai 2004 (K 150/03) hat das Eidgenössische Versicherungsgericht erwogen, der Wesensgehalt von Art. 23 KUVG sei unverändert in den neuen Art. 56 KVG übernommen worden. Nach RKUV 2002 Nr. KV 230 S. 471 Erw. 2.2.2 (mit Hinweis auf BGE 126 V 23 Erw. 4a) werde die Rückerstattungsordnung des KVG weiterhin durch den sinngemäss anwendbaren Art. 47 AHVG ergänzt, und auch eine unwirtschaftliche Behandlung nach Art. 56 Abs. 2 KVG könne somit Rechtsgrund bilden, um bereits erfolgte Zahlungen von der versicherten Person zurückzufordern. Daran ändere nichts, dass der Versicherer gegenüber dem Leistungserbringer einen eigenen Rückerstattungsanspruch habe, dies unabhängig von der Person des Schuldners der Vergütung der Leistung (vgl. BGE 127 V 283 f. Erw. 4). Auch Eugster halte bezüglich Art. 56 KVG fest, dass die Bestimmung sich inhaltlich mit dem altrechtlichen Art. 23 KUVG deckt (a.a.O., Nr. 86 S. 40 mit Hinweisen). Nicht nur die vom Arzt persönlich erbrachten Leistungen müssten wirtschaftlich sein, sondern auch seine Anordnungen, mit welchen er Leistungen Dritter veranlasse (Derselbe, a.a.O., Nr.101 S.46 und Nr.587 S.204). Maurer (Das neue
Krankenversicherungsrecht, Basel/Frankfurt am Main 1996, S. 53) führe ebenfalls aus, dass das in Art. 32 Abs. 1 KVG umschriebene, das Wirtschaftlichkeitsgebot umfassende Effizienzprinzip vom Arzt beispielsweise dann verletzt werde, wenn er unnötig viele oder zu teure Heilmittel abgebe oder verordne. Wenn er in dieser Weise mehr tue als medizinisch geboten, liege Überarztung vor und der Versicherer dürfe die Übernahme der Kosten ablehnen oder Zahlungen zurückfordern.
8.3 Da Art.56 KVG den Wesensgehalt von Art.23 KUVG unverändert übernommen habe, sei - so das Eidgenössische Versicherungsgericht im bereits erwähnten Urteil S. vom 18.Mai 2004 (K150/03) weiter - auch dessen Ziel die Verwirklichung oder Wiederherstellung des gesetzlichen Zustandes bei Verletzung des Gebots der Wirtschaftlichkeit der Behandlung. Das Wirtschaftlichkeitsgebot erstrecke sich weiterhin auf sämtliche Teile der ärztlichen Behandlung und finde für alle gesetzlichen Leistungen (Art.25 Abs.2 KVG) und damit insbesondere auch in Bezug auf die Verordnung von Arzneimitteln, Analysen sowie Mitteln und Gegenständen oder die Anordnung von Leistungen anderer Leistungserbringer gemäss Art.35 Abs.2 lit.e-g KVG Anwendung. Dies spreche dafür, bei der Wirtschaftlichkeitsprüfung wie unter dem früheren Recht auch die veranlassten Kosten zu berücksichtigen, und zwar bei der Bestimmung der Indizes im Rahmen der statistischen Methode ebenso wie bei der Bemessung der Rückerstattungspflicht. Der Einbezug der veranlassten Medikamentenkosten in die Wirtschaftlichkeitsprüfung und die Rückforderungssumme lasse sich somit nicht beanstanden. Dies hat auch im vorliegenden Fall mit Bezug auf die von den Krankenkassen geltend gemachten
Medikamentenkosten zu gelten.
8.4 Was schliesslich den Einwand betrifft, bei den Apothekerrechnungen würden offenbar auch Kosten für Nicht-Pflichtmedikamente zurückgefordert, weisen die Krankenkassen darauf hin, dass die vom Beschwerdeführer ins Recht gelegten Richtlinien vom Februar1989 im Jahre 1998 nicht mehr gültig gewesen seien. Sie verneinen, dass gestützt auf die im Jahre 1998 gültig gewesenen Richtlinien vom November 1996 Nichtpflichtmedikamente erfasst worden seien.
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; noch nicht in der Amtlichen Sammlung publiziertes Urteil S. vom 18.Mai 2004 [K150/03]).

Demnach erkennt das Eidg. Versicherungsgericht:
1.
Die Verwaltungsgerichtsbeschwerde wird abgewiesen.
2.
Die Gerichtskosten von Fr. 5000.- werden dem Beschwerdeführer auferlegt und mit dem geleisteten Kostenvorschuss verrechnet.
3.
Der Beschwerdeführer hat den Beschwerdegegnerinnen eine Parteientschädigung von Fr. 2500.- (einschliesslich Mehrwertsteuer) zu bezahlen.
4.
Dieses Urteil wird den Parteien, dem Schiedsgericht in der Kranken- und Unfallversicherung des Kantons So-

lothurn und dem Bundesamt für Gesundheit (BAG) zugestellt.
Luzern, 10. August 2004

Im Namen des Eidgenössischen Versicherungsgerichts

Der Präsident der IV. Kammer: Die Gerichtsschreiberin: