Tribunale federale
Tribunal federal

{T 7}
K 30/05

Urteil vom 12. März 2007
II. sozialrechtliche Abteilung

Besetzung
Bundesrichter Ursprung, präsidierendes Mitglied,
Bundesrichterin Widmer, Bundesrichter Ferrari,
Gerichtsschreiberin Riedi Hunold.

Parteien
Dr. med. X._____, Beschwerdeführer, vertreten durch Rechtsanwalt Dr. Guido Brusa, Strassburgstrasse 10, 8004 Zürich,

gegen

Krankenkasse KBV in Liquidation, vertreten durch
das Konkursamt Winterthur-Altstadt, Stadthaus-
strasse 12, 8400 Winterthur,

Gegenstand
Krankenversicherung,

Verwaltungsgerichtsbeschwerde gegen den Entscheid des Schiedsgerichts in Sozialversicherungsstreitigkeiten des Kantons Zürich vom 20. Januar 2005.

Sachverhalt:
A.
Dr. med. X._____, Facharzt für Innere Medizin, führt seit Jahren eine Arztpraxis. Am 4. September 1997 reichte der Verband Zürcher Krankenversicherer (heute: santésuisse Zürich-Schaffhausen; nachfolgend: VZKV) als Vertreter der ihm angeschlossenen Krankenversicherer beim Schiedsgericht in Sozialversicherungsstreitigkeiten des Kantons Zürich (nachfolgend: Schiedsgericht) das Begehren ein, Dr. med. X._____ sei wegen unwirtschaftlicher Behandlungsweise zu verpflichten, für 1995 Fr. 132'617.10 zurückzuerstatten. Nachdem die Krankenversicherer in der Replik ihr Begehren auf Fr. 97'627.05 reduzieren liessen und das Eidgenössische Versicherungsgericht zwei Verwaltungsgerichtsbeschwerden des Dr. med. X._____ gegen die Besetzung des Schiedsgerichts gutgeheissen hatte (Urteil K 87/98 vom 9. September 1998 und Urteil K 129 /99 vom 25. Mai 2000), verpflichtete das Schiedsgericht ihn mit Entscheid vom 29. November 2001 zur Rückzahlung des noch streitigen Betrags. Auf die hiegegen erhobene Verwaltungsgerichtsbeschwerde trat das Eidgenössische Versicherungsgericht nicht ein (Urteil K 10/02 vom 18. März 2002). Nachdem ein erster ablehnender Entscheid des Schiedsgerichts über das Revisionsgesuch des Dr. med. X._____ vom Eidgenössischen Versicherungsgericht mit Urteil K 56/02 vom 31. Juli 2002 aufgehoben worden war, wies das Schiedsgericht das Revisionsgesuch mit Entscheid vom 29. Januar 2004 erneut ab. Mit Urteil K 27/04 vom 20. Oktober 2004 hob das Eidgenössische Versicherungsgericht auch diesen Entscheid auf und wies das Schiedsgericht an, nach Aufhebung des in Revision gezogenen Entscheids vom 29. November 2001 in ordnungsgemässer Besetzung mit formell rechtsgültig gewählten Fachrichtern und Fachrichterinnen über die Rückforderungsklage aus unwirtschaftlicher Behandlung für das Jahr 1995 neu zu entscheiden.
B.
Mit Entscheid vom 20. Januar 2005 beschloss das Schiedsgericht die Aufhebung seines Entscheids vom 29. November 2001 und erkannte, in Gutheissung der Klage vom 4. September 1997 sei Dr. med. X._____ zu

verpflichten, den Krankenversicherern bzw. deren Rechtsnachfolgern gemeinsam per Zahlstelle des VZKV Fr. 97'627.05 zu bezahlen.
C.
Dr. med. X._____ lässt hiegegen Verwaltungsgerichtsbeschwerde führen. Mit Eingabe vom 23. Februar 2005 verlangt er in Aufhebung des Entscheids vom 20. Januar 2005 sei die Vorinstanz zu verpflichten, seine Revisionsklage förmlich zu behandeln, diese in einem ordentlichen Urteil gutzuheissen, die Rückzahlung der gestützt auf den Entscheid vom 29. November 2001 durchgesetzten Forderungen der Krankenversicherer sowie die Kosten- und Entschädigungsfolgen zu regeln. Mit einer zweiten Eingabe vom 24. Februar 2005 lässt er die Aufhebung des Entscheids vom 20. Januar 2005 und das Nichteintreten bzw. die Abweisung der Klage der Krankenversicherer beantragen; eventualiter sei die Sache an die Vorinstanz zurückzuweisen. Das Schiedsgericht lässt sich zu den Eingaben inhaltlich vernehmen, enthält sich aber eines Antrags. Die Krankenversicherer schliessen auf Abweisung der Verwaltungsgerichtsbeschwerde. Das Bundesamt für Gesundheit, Abteilung Krankenversicherung, verzichtet auf eine Vernehmlassung.
D.
Am 10. März, 28. April, 24. Mai, 15. Juni, 12. Juli und 4. September 2005 lässt Dr. med. X._____ weitere Eingaben einreichen.
E.
Mit Urteil vom 6. Oktober 2005 hat das Eidgenössische Versicherungsgericht (seit 1. Januar 2007: Bundesgericht) das Verfahren bezüglich der Krankenkasse KBV in Liquidation sistiert, die Verwaltungsgerichtsbeschwerde teilweise gutgeheissen und die Klage bezüglich einiger am Recht stehenden Krankenkassen abgewiesen. Zudem wurde die Sache an die Vorinstanz zum Entscheid über eine Parteientschädigung für das kantonale Verfahren zurückgewiesen. Im Übrigen hat das Gericht die Verwaltungsgerichtsbeschwerde abgewiesen, soweit darauf einzutreten war.
F.
Mit Schreiben vom 19. Februar 2007 teilte das zuständige Konkursamt Winterthur-Altstadt, vertreten durch die Mobile Equipe des Notariatsinspektorates des Kantons Zürich, mit, dass die Konkursmasse der Krankenkasse KBV in den Prozess eintrete und um Aufhebung der Sistierung ersuche.
Das Bundesgericht zieht in Erwägung:

1.
Nachdem das zuständige Konkursamt mit Schreiben vom 19. Februar 2007 den Beitritt in den Prozess mitgeteilt hat, wird die Sistierung vom 6. Oktober 2005 aufgehoben.
2.
Das Bundesgesetz über das Bundesgericht vom 17. Juni 2005 (BGG; SR 173.110) ist am 1. Januar 2007 in Kraft getreten (AS 2006 1205, 1243). Da der angefochtene Entscheid vorher ergangen ist, richtet sich das Verfahren noch nach dem Bundesgesetz über die Organisation der Bundesrechtspflege vom 16. Dezember 1943 (OG; Art. 132 Abs. 1 BGG; BGE 132 V 393 E. 1.2, S. 395).
3.
Die strittige Verfügung hat nicht die Bewilligung oder Verweigerung von Versicherungsleistungen zum Gegenstand. Das Bundesgericht 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).
4.
Da die beiden Eingaben vom 23. und 24. Februar 2005 vom Rechtsvertreter aus prozessrechtlichen Überlegungen separat eingereicht wurden, aber beide dasselbe Verfahren betreffen, werden sie als einheitliche Verwaltungsgerichtsbeschwerde behandelt.
5.
In der Verwaltungsgerichtsbeschwerde lässt der Beschwerdeführer formelle Rügen erheben, welche vorab zu prüfen sind.
5.1 Der Einwand des Beschwerdeführers, die Vorinstanz hätte ihren ursprünglichen Sachentscheid nicht durch Beschluss, sondern durch einen Entscheid aufheben müssen, ist nicht stichhaltig. Zum einen bestand Veranlassung, dies in Form eines Beschlusses zu tun, da die Vorinstanz vom Eidgenössischen Versicherungsgericht

angewiesen worden war, den fraglichen Sachentscheid aufzuheben. Das kantonale Gericht hatte gar keinen eigenen Handlungsspielraum mehr in dieser Frage. Der Beschluss musste daher auch nicht näher begründet werden, sodass es mit Ausnahme des Verweises auf das Urteil des Eidgenössischen Versicherungsgerichts keiner weiteren Erwägungen bedurfte. Zum andern wurde mit der Aufhebung des ersten Sachentscheids ein zweiter gefällt, was die Aufhebung des ersten voraussetzte. Auf ein formelles Erkenntnis hätte daher ganz verzichtet werden können, da aus den Erwägungen klar hervorgeht, dass das ursprüngliche Urteil keine Rechtswirkungen mehr entfaltet. Im Übrigen schadet eine falsche Bezeichnung des Erkenntnisses diesem nicht.
5.2 Bezüglich der Rüge, die Vorinstanz hätte nicht gleichzeitig den früheren Entscheid aufheben und einen neuen fällen dürfen, ist festzustellen, dass § 298 des hier anwendbaren Gesetzes über den Zivilprozess vom 13. Juni 1976 (LS 271; ZPO ZH) ein solches Vorgehen ausdrücklich zulässt. Nachdem der erste Entscheid mangels verfassungsgemässer Besetzung des Gerichts und nicht wegen neuer erheblicher Tatsachen oder Beweismittel aufgehoben worden ist, bestand keine Veranlassung zu einem Schriftenwechsel oder anderen Vorkehrungen; der neue Sachentscheid war unverzüglich zu erlassen. Die diesbezüglichen Einwände sind daher unbegründet.
5.3 Mit der Aufhebung des ersten Sachentscheids ist die Litispendenz der ursprünglichen Klage wieder eingetreten (vgl. Frank/Sträuli/Messmer, Kommentar zur zürcherischen Zivilprozessordnung, 3. Aufl., Zürich 1997, § 298 N 3), weshalb das ursprüngliche Verfahren wieder hängig war.

Mit dem Revisionsgesuch, welches bereits am 4. Februar 2002 eingereicht worden war, wurde das Verfahren zum nunmehr angefochtenen Entscheid eingeleitet. Dieser war gemäss den Übergangsbestimmungen zu den per 1. Januar 2005 in Kraft getretenen Änderungen des Gesetzes über das Sozialversicherungsgericht vom 7. März 1993 (LS 212.81) in der bisherigen Zusammensetzung des Schiedsgerichts zu fällen.
5.4 Entgegen der Ansicht des Beschwerdeführers kann nicht davon gesprochen werden, den mit dem Prozess befassten Richtern habe es an Unabhängigkeit gemangelt oder sie seien vorbefasst gewesen. Diese Ausführungen stehen beweislos im Raum. Dies betrifft insbesondere die unbelegten Behauptungen, die neuen Richter hätten sich mit dem Fall nicht auseinandergesetzt.
5.5 Der Einwand, es bestehe keine rechtsgenügliche Vollmacht seitens des VZKV, erweist sich unter Hinweis auf die ausführlichen und zutreffenden vorinstanzlichen Erwägungen als unbegründet (vgl. hiezu auch in RKUV 1999 Nr. K 994 S. 320 nicht publizierte E. 3b des Urteils des Eidgenössischen Versicherungsgerichts K 172/97 vom 23. April 1999, in welchem Verfahren der hier tätige Rechtsanwalt ebenfalls als Rechtsvertreter tätig war).
5.6 Dem Einwand, es sei zu Unrecht im Entscheiddispositiv eine Gesamtsumme zugesprochen worden, dem nicht entnommen werden könne, welchem Krankenversicherer welche Summe zugeordnet werde, kann nicht gefolgt werden. Nach der Rechtsprechung teilen sich nämlich Krankenkassen, die gestützt auf Art. 23 KUVG resp. Art. 56 KVG einen Rückforderungsanspruch gemeinsam geltend machen und gemeinsam - wenn auch je in eigenem Namen - klagen, im Falle der Gutheissung der Klage den zugesprochenen (Gesamt-)Betrag selbstständig auf (vgl. Urteil des Eidgenössischen Versicherungsgerichts K 116/03 vom 23. November 2004, in welchem Verfahren der hier ebenfalls tätige Rechtsvertreter diesen Vorwurf bereits erfolglos erhoben hatte).
5.7 Schliesslich rügt der Beschwerdeführer die lange Verfahrensdauer.
5.7.1 Der ursprüngliche und der Revisionsprozess stellen mit Blick auf diese Rüge eigenständige Verfahren dar (Villiger, Handbuch der Europäischen Menschenrechtskonvention [EMRK], 2. Aufl., Zürich 1999, N 458). Die Beurteilung der Verfahrensdauer hat daher separat zu erfolgen. Die Frage der Verfahrensdauer darf dabei nicht unabhängig von der Art, wie der Beschwerdeführer prozessiert (hat), beurteilt werden (vgl. BGE 119 Ib 311 E. 5b, S. 325; Urteile des Eidgenössischen Versicherungsgerichts C 126/03 vom 14. Oktober 2004 und B 8/03 vom 12. März 2003; vgl. auch Frowein/Peukert, EMRK-Kommentar, 2. Aufl., Kehl/Strassburg/Arlington 1996, Art. 6 N 151; Villiger, a.a.O., N 462 f.), hat er doch die Gerichte mit unzähligen, teilweise sehr umfassenden Eingaben zusätzlich beschäftigt und auch - wie das vorliegende Verfahren zeigt - Rügen erheben lassen, von denen sein Rechtsvertreter wusste oder wissen musste, dass sie erfolglos sein werden (vgl. etwa E. 5.5, 5.6, 6.2 und 6.3). Im Weiteren sind die Komplexität der sich stellenden Fragen, die Bedeutung der Sache für den Beschwerdeführer sowie das Verhalten der Behörden zu berücksichtigen (vgl. zu den allgemeinen Kriterien BGE 119 Ib 311 E. 5, S. 323, sowie Nichtzulassungsentscheid der
Europäischen Menschenrechtskommission vom 16. Oktober 1996 in Sachen Benedetto Marino, Nr. 23641/94, teilweise publiziert in VPB 1998 Nr. 122 S. 1010; vgl. auch Villiger, a.a.O., N 459 ff.).
5.7.2 Das erste Verfahren wurde mit Klage vom 4. September 1997 eingeleitet und mit Urteil des Eidgenössi-

schen Versicherungsgerichts K 10/02 vom 18. März 2002 formell abgeschlossen. Es dauerte - einschliesslich zweier weiterer Entscheide des Eidgenössischen Versicherungsgerichts vom 9. September 1998 (K 87/98) und vom 25. Mai 2000 (K 129/99) - insgesamt vier Jahre und sechs Monate und war damit unter Berücksichtigung der massgeblichen Kriterien nicht überlang im Sinne der Rechtsprechung des Europäischen Gerichtshofes. Im Übrigen hätte die angeblich unzulässig lange Verfahrensdauer bereits während des laufenden Verfahrens geltend gemacht werden müssen; die erst jetzt erhobene Rüge erfolgt damit verspätet.
5.8 Das anschliessende Revisionsverfahren (einschliesslich zweier Urteile des Eidgenössischen Versicherungsgerichts vom 31. Juli 2002 [K 56/02]und vom 20. Oktober 2004 [K 27/04]) dauerte seit dessen Einleitung am 4. Februar 2002 bis zum Erlass des Urteils vom 6. Oktober 2006, mithin seit drei Jahren und acht Monaten, an; damit ist es ebenfalls nicht unzulässig lang im Sinne der massgebenden Rechtsprechung. Von einer überlangen Prozessdauer, welche zu einem (teilweisen) Untergang der eingeklagten Forderung führen würde, kann somit nicht gesprochen werden.
6.
6.1 Die Vorinstanz hat die Grundsätze und Bestimmungen über das massgebende Recht (RKUV 2003 Nr. KV 250 S. 216 E. 5, S. 222 mit Hinweisen) zutreffend dargelegt. Dasselbe gilt für die Anwendung der statistischen Methode im Rahmen der Überprüfung der Unwirtschaftlichkeit nach Art. 23 KUVG resp. Art. 56 KVG (BGE 119 V 448 E. 4, S. 453; SVR 2005 KV Nr. 4 S. 13 E. 6, S. 14; näheres zu den beiden anwendbaren Methoden bei Eugster, Wirtschaftlichkeitskontrolle ambulanter ärztlicher Leistungen mit statistischen Methoden, Diss. Zürich, Bern 2003). Darauf wird verwiesen.

Anzufügen bleibt, dass auch im System des Tiers garant die Krankenversicherer rückforderungsberechtigt sind (RKUV 2001 Nr. KV 158 S. 155 E. 6a, S. 161; vgl. auch BGE 127 V 281 mit Hinweisen).
6.2 Der Beschwerdeführer rügt, nicht alle klagenden Krankenversicherer hätten mit ihm abgerechnet. Es sei unklar, wer aktivlegitimiert sei. Diesbezüglich beruft sich die Vorinstanz auf ihre Darlegungen im Fall H. im Jahr 1997; sie übersieht dabei, dass das Eidgenössische Versicherungsgericht die dort vertretene Ansicht bereits in seinem Urteil K 172/97 vom 23. April 1999 korrigiert hat. Es wird deshalb erneut festgestellt, dass die Aktivlegitimation der am Recht stehenden Krankenversicherer nur für jene Kassen zu bejahen ist, welche mit dem Beschwerdeführer im Jahr 1995 auch abgerechnet haben; die Klage der übrigen Krankenversicherer ist abzuweisen (in RKUV 1999 Nr. K 994 S. 320 nicht publizierte E. 3c des erwähnten Urteils; vgl. auch RKUV 2001 Nr. KV 166 S. 241 E. 3a, S. 243).

Nachdem der VZKV als Vertreter der klagenden Krankenversicherer über die massgeblichen Daten verfügte, teilte er die Namen jener 22 Krankenversicherer mit, welche mit dem Beschwerdeführer 1995 abgerechnet hatten (Eingabe ans Schiedsgericht vom 13. Oktober 1998). Die Rüge des Beschwerdeführers, es sei für ihn nicht ersichtlich, wem er die Rückforderung schulde, ist somit aktenwidrig. Indessen ist die Klage der gemäss Schreiben vom 13. Oktober 1998 nicht legitimierten Krankenversicherer abzuweisen. Auf die Höhe der insgesamt geschuldeten Rückzahlung und auf den Ausgang das Verfahrens hat dies jedoch keinen Einfluss.

Anzufügen bleibt, dass bei Namensänderungen und Fusionen der Krankenversicherer die Ansprüche der rückforderungsberechtigten Versicherungsträger nicht einfach unter- sondern auf ihre Rechtsnachfolger übergehen. Im Rahmen der zulässigen und von Amtes wegen vorzunehmenden Berichtigung der Parteibezeichnung ist das Rubrum entsprechend anzupassen (SVR 2005 KV Nr. 4 S. 13 E. 2, 2003 KV Nr. 26 S. 97 E. 3.2, S. 99, je mit Hinweisen; vgl. auch Urteil des Eidgenössischen Versicherungsgerichts K 116/03 vom 23. November 2004 mit gleicher Rüge des hier tätigen Rechtsvertreters). Im Übrigen werden Mutationen bei den zugelassenen Krankenversicherern in der RKUV publiziert und gelten demnach als bekannt.
6.3 Die grundsätzliche Kritik des Beschwerdeführers an der Rechtsprechung zur statistischen Methode (BGE 98 V 158 E. 3, S. 162, und seither ergangene Urteile; vgl. etwa SVR 2005 KV Nr. 4 S. 13 E. 6, S. 14) stösst ins Leere. Angesichts der pauschalen Vorbringen, welche keinen neuen Ansatz für eine Praxisänderung enthalten (BGE 130 V 369 E. 5.1, S. 372, 492 E. 4.1, S. 495, 129 V 370 E. 3.3, S. 373, je mit Hinweisen), besteht für das Gericht keine Veranlassung, darauf näher einzugehen.
6.4 Von Amtes wegen ist weiter zu prüfen, ob die Krankenversicherer die streitige Rückforderung aus unwirtschaftlicher Behandlung für 1995 rechtzeitig und formgültig geltend gemacht haben.
6.4.1 Nach dem im Rahmen des Art. 23 KUVG sinngemäss anwendbaren Art. 47 Abs. 2 AHVG verjährt der

Rückforderungsanspruch nach Ablauf eines Jahres, nachdem die Versicherer vom Anspruch Kenntnis erhalten haben, spätestens aber mit Ablauf von fünf Jahren, seitdem ihnen die einzelne Rechnung eingereicht worden ist. Dabei handelt es sich entgegen dem Wortlaut um eine Vorschrift mit Verwirkungsfolge. Die Frist zur Geltendmachung des Rückforderungsanspruches kann somit weder unterbrochen werden noch stillstehen. Umgekehrt wird mit der fristgerechten und formgültigen Erhebung des Begehrens um Rückerstattung von Leistungen wegen unwirtschaftlicher Behandlung die Verwirkung ein für allemal ausgeschlossen. Nach der Rechtsprechung wird der Eintritt der Verwirkung gehemmt, wenn innerhalb eines Jahres nach Kenntnis der Behandlungsfallstatistik des Konkordates der Schweizerischen Krankenkassen (KSK-Statistik; heute: Rechnungsstellerstatistik bzw. Datenpool der santésuisse) als Grundlage der behaupteten Überarztung das Rückforderungsbegehren bei einer vertraglichen Schlichtungsinstanz oder der gesetzlichen Vermittlungsbehörde - unter altem Recht zwingend in Art. 25 Abs. 4 KUVG vorgesehenen - oder direkt beim Schiedsgericht eingereicht wird (RKUV 2003 Nr. KV 250 S. 216 E. 2, S. 218; SVR 2003 KV Nr. 26 S. 97 E. 2.1 und 2.2, je mit Hinweisen). Für die Frage der rechtzeitigen Geltungmachung und des Fortbestands des Rückforderungsanspruchs ist somit nicht auf Art. 62 ff. OR abzustellen (RKUV 1999 Nr. K 994 S. 320 E. 3a, S. 321).
6.4.2 Die KSK-Statistik datiert vom 28. August 1996 und wurde gemäss Vermerk am 11. September 1996 den Krankenversicherern zugestellt. Die Krankenversicherer haben am 4. September 1997 und demnach innert Jahresfrist Klage eingereicht, womit ihr Anspruch auf Rückforderung nicht verwirkt ist (vgl. auch Urteil des Eidgenössischen Versicherungsgerichts K 124/03 vom 16. Juni 2004).
6.5 Zur Frage der Überarztung ergibt sich folgendes:
6.5.1 Aus der massgebenden Statistik des Branchenverbandes für das Jahr 1995 geht hervor, dass bei Ärzten der Inneren Medizin mit Röntgen (Gruppe 55), welcher 243 Ärzte zugerechnet wurden, die Durchschnittskosten pro Arzt und erkrankter Person sich auf Fr. 419.76 und das durchschnittliche Alter der Patienten auf 48.4 Jahre beliefen. Die entsprechenden Daten des Beschwerdeführers weisen bei einem Durchschnittsalter von 56.8 Jahren durchschnittliche Kosten von Fr. 803.66 aus.
6.5.2 Der Beschwerdeführer macht geltend, er sei nicht mit den übrigen Ärzten der Gruppe 55 (Allgemeine Innere Medizin mit Röntgen) zu vergleichen, da er eine rheumatologische Tätigkeit ausübe.

Es ist den Ausführungen in der Verwaltungsgerichtsbeschwerde nicht zu entnehmen, inwiefern sich das Patientengut wesentlich anders als bei einem Arzt mit der Fachausbildung Innere Medizin zusammensetzt oder sich die Tätigkeit erheblich von diesem unterscheidet. Zwar verweist der Vertrauensarzt der Krankenversicherer auf die zeitweilige rheumatologische Tätigkeit des Beschwerdeführers, doch ergibt sich aus dieser Stellungnahme keinerlei Hinweis darauf, dass die ärztliche Tätigkeit des Beschwerdeführers mehrheitlich aus rheumatologischen und nicht aus internistischen Behandlungen besteht. Wie die Krankenversicherer in ihrer Replik vor Vorinstanz zu Recht ausführen, behandeln die Fachärzte der Inneren Medizin wie jene der Allgemeinen Medizin oft auch eine gewisse Anzahl Patienten mit rheumatologischen Leiden; es ist jedoch nicht dargetan, dass dies beim Beschwerdeführer in überdurchschnittlicher Weise vorkommt. Ebenfalls zutreffend sind die Darlegungen der Vorinstanz, wonach die Zahlen des Beschwerdeführers auch bei einem Vergleich mit den Durchschnittswerten der Gruppe 70 (physikalische Medizin mit Röntgen), insbesondere bei den verordneten Medikamenten (Fr. 598.61 statt Fr. 104.48), aber auch bei den Arztkosten (Fr. 803.66 statt Fr. 630.96), weit über dem Mittel liegen, was gerade dagegen spricht, dass er eine vornehmlich rheumatologische Praxis führt. Im Übrigen vermag der Beschwerdeführer nichts zu seinen Gunsten aus seiner Tätigkeit am Spital Y._____ vom 1. September 1972 bis 30. Juni 1974 sowie der bis 1990 dauernden zeitweiligen Arbeit für das Krankenhaus S._____ abzuleiten. Indem er gerade nicht über einen entsprechenden Facharzttitel für physikalische Medizin und Rheumatologie verfügt, ist es nicht nachvollziehbar, inwiefern er wegen dieser Tätigkeiten im hier zu beurteilenden Jahr 1995 noch überdurchschnittlich viele Patienten mit rheumatologischen Leiden behandelt hätte. Nach dem Gesagten ist es nicht zu beanstanden, wenn der angewandten Methode die Durchschnittswerte der Gruppe 55 zugrunde gelegt werden.
6.5.3 Das Gericht hält einen Toleranzzuschlag von 20 bis 30 % für die Ausgleichung allfälliger Unzulänglichkeiten der massgebenden Statistik für zulässig (vgl. Urteil des Eidgenössischen Versicherungsgerichts K 113/03 vom 10. August 2004 mit Hinweisen). Der von der Vorinstanz berücksichtigte Zuschlag von 25 % ist demnach mit dem massgebenden Bundesrecht vereinbar.
6.5.4 Die Vorinstanz hat zu Recht das um 8.4 Jahre über dem Durchschnitt liegende Alter der Patienten als Praxisbesonderheit berücksichtigt (vgl. SVR 2005 Nr. KV 4 S. 13 E. 6.3, S. 15). Sie hat dabei einen pro-

portionalen Zuschlag gewährt, indem sie die durchschnittlichen ärztlichen Kosten der Vergleichsgruppe um den Prozentsatz erhöhte, um welchen die durchschnittlichen Arztkosten derjenigen 31 Leistungserbringer mit durchschnittlichem Patientenalter zwischen 55 und 59 Jahren über dem allgemeinen Durchschnitt liegen. Wie die Krankenversicherer in ihrer Vernehmlassung zutreffend hervorheben, kann mit den vom Beschwerdeführer angerufenen Zahlen, die Spital- und Pflegekosten betreffen, nicht der Nachweis eines exponentiellen Anstiegs der ambulanten ärztlichen Kosten bei zunehmendem Alter erbracht werden. Der von der Vorinstanz berechnete proportionale Zuschlag ist nicht zu beanstanden.
6.5.5 Das Schiedsgericht hat die vom Beschwerdeführer geltend gemachten Praxisbesonderheiten genügend berücksichtigt. Es kann weder von einer qualifiziert unrichtigen Tatsachenfeststellung noch einer Bundesrechtsverletzung noch einer ermessensmissbräuchlichen Einschätzung der Wirtschaftlichkeitsgrenze gesprochen werden (E. 3). Was in der Verwaltungsgerichtsbeschwerde dazu eingewendet wird, dringt nicht durch und ist im angefochtenen Entscheid entkräftet worden. Von weiteren Beweiserhebungen kann daher abgesehen werden.
7.
Das Verfahren ist kostenpflichtig (Art. 134 OG e contrario). Da bereits mit Teilurteil vom 6. Oktober 2005 die Gerichtskosten geregelt wurden, werden für diesen Entscheid keine weiteren Kosten erhoben.
Demnach erkennt das Bundesgericht:

1.
Die Sistierung vom 6. Oktober 2005 wird aufgehoben.
2.
Die Verwaltungsgerichtsbeschwerde wird abgewiesen, soweit darauf einzutreten ist.
3.
Es werden keine Gerichtskosten erhoben.
4.
Dieses Urteil wird den Parteien, dem Schiedsgericht in Sozialversicherungsstreitigkeiten des Kantons Zürich und dem Bundesamt für Gesundheit zugestellt.
Luzern, 12. März 2007
Im Namen der II. sozialrechtlichen Abteilung
des Schweizerischen Bundesgerichts
Das präsidierende Mitglied: Die Gerichtsschreiberin: