Eidgenössisches Versicherungsgericht
Tribunale federale delle assicurazioni
Tribunal federal d'assicuranzas

Sozialversicherungsabteilung
des Bundesgerichts

Prozess
{T 7}
K 107/01
K 116/01

Urteil vom 13. Mai 2003
II. Kammer

Besetzung
Bundesrichterin Widmer, Bundesrichter Ursprung und Frésard; Gerichtsschreiberin Fleischanderl

Parteien
K 107/01
1. CSS Versicherung, Rösslimattstrasse 40, 6005 Luzern,
2. Die Eidgenössische Gesundheitskasse, Brislach- strasse 2, 4242 Laufen,
3. Galenos Kranken- und Unfallversicherung, Miliärstrasse 36, 8004 Zürich,
4. Helsana Versicherungen AG, Stadelhofer- strasse 25, 8001 Zürich,
5. Hermes Krankenkasse, Avenue de la Gare 20, 1950 Sion,
6. INTRAS Krankenkasse, Rue Blavignac 10, 1227 Carouge,
7. Kolping Krankenkasse, Badenerstrasse 78, 8004 Zürich,
8. Concordia Schweizerische Kranken- und Unfall- versicherung, Bundesplatz 15, 6003 Luzern,
9. Krankenkasse Aquilana, Bruggerstrasse 46, 5401 Baden,
10. Krankenkasse KBV, Badgasse 3, 8400 Winterthur,
11. Krankenkasse KPT, Tellstrasse 18, 3014 Bern,
12. SBB Krankenkasse der Schweiz. Bundesbahnen, 6002 Luzern,
13. Krankenkasse Zurzach, Hauptstrasse 62, 5330 Zurzach,
14. Krankenkasse Kuko, Bollstrasse 61, 3076 Worb,
15. Öffentliche Krankenkasse Luzern, Pilatus- strasse 28, 6003 Luzern,
16. Krankenkasse Sanitas, Lagerstrasse 107, 8004 Zürich,
17. SKBH Schweizerische Krankenkasse für das Bau- und Holzgewerbe und verwandte Berufe,
Avenue de la Gare 20, 1950 Sion,
18. SMUV Kranken- und Unfallversicherungen, Welt- poststrasse 20, 3015 Bern,
19. SUPRA Krankenkasse, Chemin de Primerose 35, 1007 Lausanne,
20. SWICA Gesundheitsorganisation, Rechtsdienst, Römerstrasse 38, 8400 Winterthur,
21. CONCORDIA, Regionalagentur, Unitas Schönen- werd, Rechtsdienst, Weidengasse 3, 5012 Schönenwerd,
22. UNIVERSA Krankenkasse, Avenue de la Gare 20, 1950 Sitten,
23. Visana, Weltpoststrasse 19/21, 3015 Bern,
24. Walliser Krankenkasse, Rue du Nord 5, 1920 Martigny,
25. Wincare Versicherungen, Rechtsdienst, Konrad- strasse 14, 8400 Winterthur,
Beschwerdeführerinnen, alle vertreten durch den Verband Solothurnischer Krankenversicherer, Hans Huber Strasse 41, 4502 Solothurn, und dieser vertreten durch Fürsprech Dr. Peter Reinhart, Lagerhausstrasse 5, 4502 Solothurn,

gegen

W._____, Dr. med., Beschwerdegegner, vertreten

durch Fürsprech Peter Meier, Schmiedengasse 33, 5012 Schönenwerd

und

K 116/01
Parteien
W._____, Dr. med., Beschwerdeführer, vertreten
durch Fürsprech Peter Meier, Schmiedengasse 33, 5012 Schönenwerd,

gegen

1. CSS Versicherung, Rösslimattstrasse 40, 6005 Luzern,
2. Die Eidgenössische Gesundheitskasse, Brislach- strasse 2, 4242 Laufen,
3. Galenos Kranken- und Unfallversicherung, Miliärstrasse 36, 8004 Zürich,
4. Helsana Versicherungen AG, Stadelhofer- strasse 25, 8001 Zürich,
5. Hermes Krankenkasse, Avenue de la Gare 20, 1950 Sion,
6. INTRAS Krankenkasse, Rue Blavignac 10, 1227 Carouge,
7. Kolping Krankenkasse, Badenerstrasse 78, 8004 Zürich,
8. Concordia Schweizerische Kranken- und Unfall- versicherung, Bundesplatz 15, 6003 Luzern,
9. Krankenkasse Aquilana, Bruggerstrasse 46, 5401 Baden,
10. Krankenkasse KBV, Badgasse 3, 8400 Winterthur,
11. Krankenkasse KPT, Tellstrasse 18, 3014 Bern,
12. SBB Krankenkasse der Schweiz. Bundesbahnen, 6002 Luzern,
13. Krankenkasse Zurzach, Hauptstrasse 62, 5330 Zurzach,
14. Krankenkasse Kuko, Bollstrasse 61, 3076 Worb,
15. Öffentliche Krankenkasse Luzern, Pilatus- strasse 28, 6003 Luzern,
16. Krankenkasse Sanitas, Lagerstrasse 107, 8004 Zürich,
17. SKBH Schweizerische Krankenkasse für das Bau- und Holzgewerbe und verwandte Berufe,
Avenue de la Gare 20, 1950 Sion,
18. SMUV Kranken- und Unfallversicherungen, Weltpoststrasse 20, 3015 Bern,
19. SUPRA Krankenkasse, Chemin de Primerose 35, 1007 Lausanne,
20. SWICA Gesundheitsorganisation, Rechtsdienst, Römerstrasse 38, 8400 Winterthur,
21. CONCORDIA, Regionalagentur, Unitas Schönen- werd, Rechtsdienst, Weidengasse 3, 5012 Schönenwerd,
22. UNIVERSA Krankenkasse, Avenue de la Gare 20, 1950 Sitten,
23. Visana, Weltpoststrasse 19/21, 3015 Bern,
24. Walliser Krankenkasse, Rue du Nord 5, 1920 Martigny,
25. Wincare Versicherungen, Rechtsdienst, Konradstrasse 14, 8400 Winterthur,
Beschwerdegegnerinnen, alle vertreten durch den Verband Solothurnischer Krankenversicherer, Hans Huber Strasse 41, 4502 Solothurn, 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 7. Juni 2001)

Sachverhalt:
A.
Dr. med. W._____, Arzt für Allgemeine Medizin FMH, führt seit 1984 eine eigene Praxis. In der Behandlungsfallstatistik des Konkordats der Schweizerischen Krankenversicherer (heute: santésuisse; nachfolgend: KSK-Statistik) figuriert er in der Arztgruppe 50 (Allgemeinpraktiker mit Röntgen). Am 13. April 1994 schlossen Dr. med. W._____ und die im Verband Solothurnischer Krankenversicherer (nachfolgend: Verband) zusammengeschlossenen Krankenversicherer vor dem Obmann des Schiedsgerichts in der Kranken- und Un-

fallversicherung des Kantons Solothurn einen Vergleich ab, in welchem sich die Parteien über einen Rückforderungsbetrag zufolge ausgewiesener hoher ärztlicher Durchschnittskosten für die Zeit bis 31. Dezember 1993 auf der Basis eines Indexes von 175 einigten. Im Jahre 1994 wies die KSK-Statistik bezüglich der Arztkosten des Dr. med. W._____ noch einen Indexwert von 150 sowie 1995 von 142 auf.
B.
Am 10. März 1997 reichte der Verband in Vertretung der im Rubrum des vorliegenden Urteils aufgeführten Krankenversicherer beim Schiedsgericht Klage ein betreffend Rückforderung wegen Überarztung im Jahre 1995 mit dem Rechtsbegehren, Dr. med. W._____ sei zu verpflichten, den Versicherern den Betrag von Fr. 73'043.60 nebst Zins zu 5 % seit 5. September 1996 zu bezahlen. Das Schiedsgericht stellte mit Verfügung vom 6. November 1997 fest, dass die gleichentags durchgeführte Vermittlungsverhandlung erfolglos verlaufen sei, und forderte die Parteien auf, Anträge über das weitere Vorgehen einzureichen. Anlässlich der auf den 5. November 1998 angesetzten Parteiverhandlung mit Parteibefragung/Verhandlung über die Beweisführung kam das Schiedsgericht zum Schluss, dass die Bemühungen um eine gütliche Beilegung des Streites wiederum gescheitert seien, und beauftragte Dr. med. A._____, Innere Medizin FMH, spez. Gastroenterologie, mit der Erstellung eines Gutachtens nach der analytischen Methode. Dieses wurde am 14. Juli 1999 erstattet. Nach Durchführung einer Hauptverhandlung mit Parteibefragung hiess das Schiedsgericht die Klage mit Entscheid vom 7. Juni 2001 teilweise gut und verpflichtete den Beklagten, den Versicherern den Betrag von
Fr. 38'970.85 zu bezahlen. Soweit weitergehend wies es die Klage ab. Ferner auferlegte es die Verfahrenskosten zu einem Drittel den Versicherern und zu zwei Dritteln Dr. med. W._____, welcher den Versicherern zudem eine reduzierte Parteientschädigung von Fr. 10'000.- zu entrichten hatte.
C.
Die Versicherer lassen Verwaltungsgerichtsbeschwerde erheben und in der Hauptsache beantragen, in Aufhebung des angefochtenen Entscheides sei Dr. med. W._____ zu verpflichten, einen Rückforderungsbetrag von Fr. 73'043.60 nebst Zins zu 5 % seit 5. September 1996 zu bezahlen.

Während die Vorinstanz und Dr. med. W._____ auf Abweisung der Verwaltungsgerichtsbeschwerde schliessen, verzichtet das Bundesamt für Sozialversicherung auf eine Vernehmlassung.
D.
Gegen den Entscheid des Schiedsgerichts lässt auch Dr. med. W._____ Verwaltungsgerichtsbeschwerde führen mit dem Begehren um dessen Aufhebung sowie um Abweisung der Klage, eventuell Rückweisung der Sache an die Vorinstanz.

Das Schiedsgericht und die Versicherer schliessen auf Abweisung der Verwaltungsgerichtsbeschwerde. Das Bundesamt für Sozialversicherung hat keine Stellungnahme eingereicht.

Das Eidg. Versicherungsgericht zieht in Erwägung:
1.
Da den beiden Verwaltungsgerichtsbeschwerden derselbe Sachverhalt zu Grunde liegt, sich die gleichen Rechtsfragen stellen und die Rechtsmittel den nämlichen vorinstanzlichen Entscheid betreffen, rechtfertigt es sich, die beiden Verfahren zu vereinigen und in einem einzigen Urteil zu erledigen (BGE 128 V 126 Erw. 1 mit Hinweisen; vgl. auch BGE 128 V 194 Erw. 1).
2.
Bei den im Rubrum des vorliegenden Urteils aufgeführten Krankenversicherern handelt es sich um jene, welche bereits im Entscheid des Schiedsgerichts vom 7. Juni 2001 als Kläger genannt werden. Einzelne dieser Krankenversicherer haben mit anderen Krankenversicherern fusioniert; insoweit gehen die mit dem vorliegenden Urteil begründeten Rechte und Pflichten auf die jeweiligen Rechtsnachfolger der betreffenden Versicherer über.
3.
3.1 Streitig und zu prüfen ist, ob Dr. med. W._____ den Krankenversicherern für das Jahr 1995 einen Betrag von Fr. 73'043.60 nebst Zins zu 5 % seit 5. September 1996 zurückzuerstatten hat. Soweit die Versicherer anlässlich der Hauptverhandlung vor dem Schiedsgericht vom 7. Juni 2001 - und damit jedenfalls nach Ablauf der vorliegend massgeblichen Verwirkungsfrist (BGE 103 V 152 Erw. 4; SVR 2001 KV Nr. 19 S. 51 f. Erw. 3; Urteil Z. vom 30. Juli 2001, K 50/00, Erw. 3a mit Hinweisen; nicht veröffentlichtes Urteil K. vom 18. Oktober

1999, K 152/98, Erw. 4c; vgl. auch Ueli Kieser, Formelle Fragen der pauschalen Rückforderung gegenüber Leistungserbringern, in: Schaffhauser/Kieser (Hrsg.), Wirtschaftlichkeitskontrolle in der Krankenversicherung, St. Gallen 2001, S. 141 ff.) - in Klageergänzung noch eine weitere Forderung in Höhe von Fr. 2522.50 geltend gemacht haben, wurde die Klage im angefochtenen Entscheid zu Recht mangels eines den Eintritt der Verwirkung rechtzeitig hemmenden Rechtsbegehrens abgewiesen und eine entsprechende zusätzliche Rückerstattungsforderung durch die Krankenversicherer vor dem Eidgenössischen Versicherungsgericht denn auch nicht mehr erhoben.

3.2 Da nicht Versicherungsleistungen streitig sind, hat das Eidge-nössische Versicherungsgericht nur zu prüfen, ob das Schiedsgericht Bundesrecht verletzt hat, einschliesslich Überschreitung oder Missbrauch des Ermessens, oder ob der rechtserhebliche Sachverhalt offensichtlich unrichtig, unvollständig oder unter Verletzung wesentli-cher Verfahrensbestimmungen festgestellt worden ist (Art. 132 in Verbindung mit Art. 104 lit. a und b sowie Art. 105 Abs. 2 OG).

4.

4.1 In übergangsrechtlicher Hinsicht gehen Schiedsgericht und Par-teien zu Recht davon aus, dass auf die vorliegende Streitsache die materiellrechtlichen Bestimmungen des Bundesgesetzes vom 13. Juni 1911 über die Krankenversicherung (KUVG), insbesondere Art. 23 KUVG, und in verfahrensrechtlicher Hinsicht die Vorschriften des Bundesgesetzes vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung (KVG), insbesondere Art. 89 KVG, anwendbar sind (vgl. BGE 122 V 89 Erw. 3; RKUV 1998 Nr. KV 37 S. 316 Erw. 3b; SVR 2001 KV Nr. 19 S. 51 Erw. 2; Urteil Z. vom 30. Juli 2001, K 50/00, Erw. 2).

4.2 Am 1. Januar 2003 ist das Bundesgesetz über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSG) vom 6. Oktober 2000 in Kraft getreten. Weil in zeitlicher Hinsicht indes grundsätzlich diejenigen Rechtssätze massgebend sind, die bei der Erfüllung des zu Rechtsfolgen führenden Tatbestandes Geltung haben (BGE 127 V 467 Erw. 1, 126 V 166 Erw. 4b), kommen im vorliegenden Fall jedenfalls die bis zum 31. Dezember 2002 geltenden Bestimmungen zur Anwendung.

5.

Wie bereits im schiedsgerichtlichen Verfahren rügt Dr. med. W._____ (nachfolgend: Beschwerdeführer 1) auch letztinstanzlich die fehlende Aktivlegitimation der Krankenversicherer mit dem Argument, das System des Tiers garant sehe den Versicherten und nicht den Krankenversicherer als Honorarschuldner vor, weshalb nur jener zur Rückforderung allenfalls zu Unrecht ergangener Leistungsvergütungen berechtigt sei. Da das Eidgenössische Versicherungsgericht in BGE 127 V 281 nunmehr jedoch ausdrücklich festgestellt hat, dass die Versicherer gegenüber einem Leistungserbringer auch dann einen eige-nen Anspruch auf Rückerstattung von unrechtmässig bezogenen Zahlungen haben, wenn die versicherte Person im System des Tiers ga-rant Schuldnerin der Vergütung ist, erweist sich dieser Einwand als unbegründet.

6.

6.1 Bei der Wirtschaftlichkeitsprüfung der ärztlichen Tätigkeit nach Art. 23 KUVG 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; SVR 2002 KV Nr. 31 S. 113 Erw. 3b mit Hinweisen; 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 vergleichende 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.; SVR 2002 KV Nr. 31 S. 113 Erw. 3b; Schürer, a.a.O., S. 81 ff.).

6.2 Die Parteien hatten sich anlässlich der Parteiverhandlung vom 5. November 1998 auf die Anordnung eines analytischen Gutachtens durch Dr. med. A._____ geeinigt. Nachdem die Expertise am 14. Juli 1999 erstattet worden war, billigte die Vorinstanz diesem, da der Gutachter es unterlassen hatte, - wie beauftragt - sämtliche im Jahre 1995 durch die Visana (oder deren Rechtsvorgängerinnen) abgerechneten Rechnungen unter Beizug der jeweiligen Krankengeschichte zu prüfen, nicht den Gerichtsgutachten für gewöhnlich zukommenden erhöhten Beweiswert zu (vgl. dazu BGE 125 V 352 f. Erw. 3b/aa mit Hinweisen) und führte die Wirtschaftlichkeitskontrolle in der Folge nach der statistischen Methode durch.

6.2.1 Eine Einzelfallprüfung anhand der in einem bestimmten Zeitraum ergangenen Honorarrechnungen kann sich nicht auf eine blosse Rechnungskontrolle beschränken, sondern hat sich auch darauf zu erstrecken, ob der

Behandlungsaufwand unter Berücksichtigung des Krankheitsbildes und des angestrebten Heilerfolges notwendig und vertretbar war. Dies setzt wiederum voraus, dass für jeden Einzelfall Kenntnis über die Diagnose, die durchgeführten Untersuchungen und Behandlungen sowie das angestrebte diagnostische und therapeutische Ziel besteht (SVR 2002 KV Nr. 31 S. 113 Erw. 3b mit Hinweisen; vgl. auch Schürer, a.a.O., S. 78). Vor diesem Hintergrund ist der Entscheid des Schiedsgerichts, dem durch Dr. med. A._____ erstellten Gutachten eine - im Vergleich zu anderen Gerichtsgutachten - ledig-lich beschränkte Beweiskraft zuzuerkennen, nicht zu beanstanden und hält, entgegen der Auffassung des Beschwerdeführers 1, auch vor dem Gebot einer willkürfreien Beweiswürdigung stand. Gleiches gilt sodann für die durch die Vorinstanz anschliessend auf Grund der statistischen Methode vorgenommenen Prüfung der Wirtschaftlichkeit, sind die kantonalen Schiedsgerichte in der Wahl der Prüfmethode doch, wie zuvor dargelegt, grundsätzlich frei.

6.2.2 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 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 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; Urteile Z. vom 30. Juli 2001, K 50/00, Erw. 4b/aa, und M. vom 29. Juni 2001, K 9/99, Erw. 6b, je mit Hinweisen; vgl. auch Schürer, a.a.O., S. 94).

7.

7.1 Wie dem angefochtenen Entscheid zu entnehmen ist, hat das Schiedsgericht auf eine explizite Unterscheidung zwischen dem Toleranzbereich und dem Zuschlag zum Toleranzwert verzichtet und lediglich festgestellt, dass dem Beklagten nach richterlichem Ermessen eine Überschreitung des durchschnittlichen Indexes von 100 auf 130 Indexpunkte zugestanden werde. Aus dem vorinstanzlichen Begründungskontext geht indessen deutlich hervor - darin ist der Betrachtungsweise der Krankenversicherer (nachfolgend: Beschwerdeführer 2) zu folgen -, dass die insgesamt zugebilligte Überschreitung um 30 Indexpunkte sowohl einen Toleranzwert (von 20 Indexpunkten) wie auch einen, auf den als einzige relevante Praxisbesonderheit anerkannten erhöhten Anteil an psychosomatischen Behandlungen zurückzuführenden Zuschlag zum Toleranzbereich (von 10 Indexpunkten) umfasst. Von einer Nichtbeachtung des Toleranzindexes durch das Schiedsgericht, wie dies der Beschwerdeführer 1 mit dem Argument geltend macht, die Überschreitung des durchschnittlichen Indexes um 30 Punkte trage einzig der zugestandenen Praxisbesonderheit der vermehrten psychosomatischen Behandlungen Rechnung, berücksichtige aber nicht den Toleranzbereich, kann vor diesem Hintergrund nicht die Rede
sein, zumal die Anerkennung lediglich einer Praxisbesonderheit kaum je einen Zuschlag im Umfang von 30 Indexpunkten rechtfertigen dürfte.

7.2 Zu prüfen ist im Weiteren, ob die Arztpraxis des Beschwerdeführers 1 Besonderheiten aufweist, welche einen Zuschlag zum - im rechtsprechungsgemässen Normbereich liegenden und daher weder in Verletzung von Bundesrecht noch in Ermessensüberschreitung festgestellten - Toleranzwert von vorliegend 120 Indexpunkten indizieren (vgl. die Aufzählung bisher vom Eidgenössischen Versicherungsgericht anerkannter spezifischer Praxisbesonderheiten: Urteil M. vom 29. Juni 2001, K 9/99, Erw. 6c; Schürer, a.a.O., 88 f.).

7.2.1 Der Beschwerdeführer 1 beruft sich in diesem Zusammenhang in erster Linie auf das - vom Schiedsge-

richt anerkannte und von den Beschwerdeführern 2 auch letztinstanzlich bestrittene - Argument, er habe sich seit der Eröffnung seiner Praxis als Allgemeinpraktiker schwerpunktmässig auf die Behandlung psychosomatischer Leiden konzentriert, weshalb sein Patientenstamm nunmehr insbesondere aus multimorbiden Patienten bestehe, deren Jahresfallkosten vergleichsweise hoch seien.

Das von der Vorinstanz beigezogene Gutachten des Dr. med. A._____ hat diese Ausführungen unter Hinweis auf die ausgewiesenen tiefen manuell-apparativen Leistungen im Wesentlichen bestätigt. Dessen Schlussfolgerungen hat sich das Schiedsgericht sodann in zusätzlicher Berücksichtigung des indexerhöhenden Umstands, wonach die in den Tarifpositionen 11 ("Vermehrter Zeitaufwand") sowie 760 ("Psychiatrische Exploration und Psychotherapie") verrechneten Leistungen deutlich über dem Gruppendurchschnitt liegen, angeschlossen und umfassend begründet, weshalb diesbezüglich ein für einen Allgemeinarzt untypisches Praxismerkmal vorliege. Die von den Beschwerdeführern 2 erhobenen Einwände, die psychosomatischen Behandlungen fielen rein rechnerisch nicht ins Gewicht und stellten in Tat und Wahrheit einzig die den faktischen Gegebenheiten nicht entsprechende und daher unberücksichtigt zu bleibende subjektive Wahrnehmung des Beschwerdeführers 1 dar, vermögen zu keinem anderen Ergebnis zu führen. Damit wird jedenfalls nichts vorgebracht, was die tatsächlichen Feststellungen im angefochtenen Entscheid als offensichtlich mangelhaft im Sinne von Art. 105 Abs. 2 OG erscheinen liesse. Vor diesem Hintergrund sowie der Tatsache, dass das Eidgenössische Versicherungsgericht u.a. die Behandlung von Patientinnen und Patienten mit psychosomatischen Problemen bzw. polymorbiden Patientinnen und Patienten als Praxisbesonderheit anerkannt hat, da diese auf Grund ihrer Intensität bei Allgemeinmedizinern und -medizinerinnen zu einem überdurchschnittlichen Behandlungsaufwand führe (RKUV 1993 Nr. K 908 S. 38 Erw. 6a, 1986 Nr. K 654 S. 4 Erw. 4c; nicht veröffentliches Urteil W. vom 14. Dezember 1995, K 45/95; vgl. auch Schürer, a.a.O., S. 89), erweisen sich die Erwägungen des Schiedsgerichts als richtig.

7.2.2 Des Weitern macht der Beschwerdeführer 1 geltend, seine Praxis weise insofern spezifische Besonderheiten auf, welche einen Zuschlag zum Toleranzwert rechtfertigten, als er in seinem Patientenstamm über einen erhöhten Frauenanteil von 56 - 58 % verfüge.

Das Schiedsgericht hat diesen Einwand geprüft und festgestellt, dass ein Frauenanteil in dieser Höhe in einer Allgemeinpraxis nichts Ungewöhnliches darstelle bzw. dass selbst wenn er - wie dies der Beschwerdeführer 1 letztinstanzlich erneut bekräftigt - leicht über dem Durchschnitt liegen würde und einen gewissen Mehraufwand an ärztlicher Betreuung zur Folge hätte, dadurch keine signifikant höheren Behandlungskosten ausgewiesen wären. Würden im Übrigen - so die Vorinstanz im Weiteren - tatsächlich deutlich höhere Arztkosten aus diesem Umstand resultieren, wäre dem bereits im Rahmen des zu vergleichenden Krankengutes, welches, um einen Durchschnittskostenvergleich überhaupt erst möglich zu machen, hinreichend ähnlich zusammengesetzt sein muss, und nicht (erst) auf der Stufe einer spezifischen Praxisbesonderheit Rechnung zu tragen (vgl. dazu Erw. 6.2.2. hievor). Die Rüge des Beschwerdeführers 1, die Vorinstanz sei ihrer auch in diesem Punkt geltenden Untersuchungsmaxime nicht nachgekommen, erweist sich nach dem Gesagten als unbegründet, zumal in Rückforderungsverfahren wie dem vorliegenden, das auf kantonaler Ebene als Klageprozess ausgestaltet ist (§ 9 Abs. 1 der Verordnung über das Verfahren vor dem Versicherungsgericht und über die Organisation und das Verfahren des Schiedsgerichts in der Kranken- und Unfallversicherung des Kantons Solothurn vom 22. September 1987 [BSG 125.922]; vgl. auch Kieser, a.a.O., S. 124), in einem besonderen Masse Mitwirkungspflichten der Parteien bestehen (Kieser, a.a.O., S. 130 mit Hinweis). Es liegen keine Anhaltspunkte vor, welche die Erwägungen des Schiedsgerichts als rechtsfehlerhaft qualifizieren würden, weshalb das Eidgenössische Versicherungsgericht daran gebunden ist (vgl. Erw. 3.2 hievor).

7.2.3 Was sodann das Vorbringen des Beschwerdeführers 1 anbe-langt, er behandle überdurchschnittlich viele Akutpatienten, hat die Vorinstanz zutreffend festgehalten, dass es sich dabei um eine nicht nachgewiesene Parteibehauptung handelt, da gestützt auf das Gutachten des Dr. med. A._____ vom 14. Juli 1999 zum einen lediglich unterdurchschnittlich viele Extrakonsultationen verrechnet wurden (Tarifposition 2) und zum anderen allein der Umstand, dass der Beschwerdeführer 1 gemäss eigenen Angaben spezielle Öffnungszeiten aufweist, noch keine Rückschlüsse auf eine besonders hohe Anzahl von Notfallpatienten zulässt. Anzufügen bleibt, dass der Beschwerdeführer 1, selbst wenn ihm der entsprechende Nachweis gelänge, daraus nichts zu seinen Gunsten abzuleiten vermöchte. Notfallpatienten und -patientinnen verbleiben in der Regel nur kurze Zeit beim Notfallarzt oder bei der Notfallärztin, sodass sie vergleichsweise weniger Kosten verursachen und daher derjenige, der

keine solchen Patienten und Patientinnen behandelt, sogar einen höheren Kostendurchschnitt aufweist. Rechtsprechungsgemäss kann folglich vielmehr diejenige Person eine Praxisbesonderheit geltend machen, die eben gerade über keinen derartigen Patientenstamm verfügt (nicht
veröffentlichtes Urteil K. vom 18. Oktober 1999, K 152/98, Erw. 5e; vgl. auch Schürer, a.a.O., S. 88).
7.2.4 Ferner führt der Beschwerdeführer 1 aus, überdurchschnittlich viele Fälle ambulanter Chirurgie zu behandeln. Auch diesbezüglich hat die Vorinstanz indessen mit umfassender Begründung, von welcher abzuweichen für das Eidgenössische Versicherungsgericht kein Anlass besteht, zu Recht erkannt, dass der Beweis hierfür ebenfalls nicht erbracht werden kann und die chirurgische Tätigkeit daher nicht ge-eignet ist, als spezifische Praxisbesonderheit gewichtet zu werden. Wie namentlich dem Gutachten des Dr. med. A._____ entnommen werden kann, beschränken sich die vom Beschwerdeführer 1 vorgenommenen chirurgischen Eingriffe vornehmlich auf die Inzision oberflächlicher Abszesse (Tarifposition 480), die Entfernung von Warzen sowie von oberflächlichen Geschwülsten (Tarifpositionen 486 und 488) und auf die einfache Fremdkörperentfernung (Tarifposition 496), wo-raus sich betragsmässig gegenüber der ärztlichen Vergleichsgruppe keine erheblichen Abweichungen ergeben. Im Übrigen machte der Beschwerdeführer 1 - wie seine Klageantwort vom 29. Juni 1998 belegt und worauf die Beschwerdeführer 2 hinweisen - den Umstand der überdurchschnittlich hohen Anzahl an chirurgischer Tätigkeit zunächst einzig im Zusammenhang mit den für das Jahr 1993
ausgewiesenen Arztkosten, nicht aber für den vorliegend zu beurteilenden Zeitraum des Jahres 1995 geltend.
7.3 Als einzige Praxisbesonderheit liegt folglich ein erhöhter Anteil an psychosomatischen Behandlungen vor, welcher einen Zuschlag zum festgestellten Toleranzwert rechtfertigt. Indem das Schiedsgericht einen solchen in Höhe von 10 Indexpunkten gewährt und den für die Rückforderung massgebenden Indexwert auf insgesamt 130 Punkte erhöht hat, bewegt es sich in dem ihm zustehenden Ermessensspielraum (Erw. 3.2 hievor). Von weiteren Beweiserhebungen, wie sie der Beschwerdeführer 1 vor- wie auch letztinstanzlich gefordert hat, kann nach dem Gesagten abgesehen werden, da davon keine neuen entscheidrelevanten Erkenntnisse zu erwarten sind (antizipierte Beweiswürdigung; BGE 124 V 94 Erw. 4b, 122 V 162 Erw. 1d mit Hinweis; SVR 2001 IV Nr. 10 S. 28 Erw. 4b). Rechtsprechungsgemäss sind die kantonalen Schiedsgerichte, wie in Erw. 6.1 hievor dargelegt, in der Wahl der Prüfmethode grundsätzlich frei, weshalb insbesondere nicht zu beanstanden ist, dass die Vorinstanz auf ein ergänzendes (analytisches) Zusatzgutachten durch Dr. med. A._____ verzichtet und die Wirtschaftlichkeitskontrolle der ärztlichen Tätigkeit des Beschwerdeführers 1 anhand der - im Allgemeinen ohnehin vorzuziehenden (vgl. Erw. 6.1 hievor) - statistischen Methode vorgenommen
hat.
8.
Die Krankenversicherer beantragen nebst einer Rückforderung in Höhe von Fr. 73'043.60 die Zusprechung eines Verzugszinses zu 5 % seit 5. September 1996.
8.1 Rechtsprechungsgemäss werden im Bereich der Sozialversicherung keine Verzugszinsen geschuldet, sofern sie nicht gesetzlich vorgesehen sind; von diesem Grundsatz werden Ausnahmen in Einzelfällen zugelassen, in denen das Rechtsempfinden in besonderer Weise tangiert ist (BGE 119 V 81 Erw. 3a mit Hinweisen; nicht veröffentlichtes Urteil K. vom 18. Oktober 1999, K 152/98, Erw. 7; vgl. auch Schürer, a.a.O., S. 95; anders nunmehr Art. 26 Abs. 2 des vorliegend nicht zur Anwendung gelangenden ATSG [vgl. Erw. 4.2 hievor]). Diese Praxis ist auch in schiedsgerichtlichen Forderungsstreitigkeiten aus geltend gemachter Überarztung in der Krankenversicherung zu befolgen (vgl. BGE 103 V 156 Erw. 7b in fine), wobei in solchen Fällen bei der Beurteilung des Verzugszinsanspruchs eine über die Folgen verspäteter Zahlung allenfalls getroffene Abmachung zwischen den Vertragspartnern zu beachten ist (BGE 117 V 351 f. Erw. 2).
8.2 Eine gesetzliche Verzugszinsregelung für schiedsgerichtliche Streitigkeiten zwischen Krankenversicherern und Ärzten besteht nicht. Da ferner eine entsprechende vertragliche Abmachung weder geltend gemacht wird, noch auf Grund der diesbezüglich verbindlichen Feststellungen des Schiedsgerichts ersichtlich ist (vgl. Erw. 3.2 hievor) und auch keine besonderen Umstände auszumachen sind, welche eine ausnahmsweise Auferlegung von Verzugszinsen rechtfertigen würden, ist der vorinstanzliche Entscheid insofern ebenfalls rechtens. Entgegen der Auffassung der Beschwerdeführer 2 indiziert namentlich die lange Verfahrensdauer, welche in der Natur des aufwändigen Verfahrens begründet und nicht vom Beschwerdeführer 1 zu verantworten ist, kein Abweichen vom Grundsatz.
9.
Da vorliegend keine Versicherungsleistungen im Streite stehen (vgl. Erw. 3.2 hievor), ist das Verfahren kostenpflichtig (Art. 134 OG e contrario). Während den Krankenversicherern gestützt auf Art. 159 Abs. 2 in Verbin-

dung mit Art. 135 OG eine Parteientschädigung zu verwehren ist (SVR 2000 KV Nr. 39 S. 122 Erw. 3), hat Dr. med. W._____ für das Verfahren K 107/01 Anspruch auf eine solche (Art. 159 Abs. 1 in Verbindung mit Art. 135 OG).
Demnach erkennt das Eidg. Versicherungsgericht:
1.
Die Verfahren K 107/01 und K 116/01 werden vereinigt.
2.
Die Verwaltungsgerichtsbeschwerden werden abgewiesen.
3.
Die Gerichtskosten von ingesamt Fr. 6000.- werden den Parteien je zur Hälfte auferlegt. Sie sind durch die geleisteten Kostenvorschüsse von Fr. 12'500.- (Krankenversicherer) und Fr. 3500.- (Dr. med. W._____) gedeckt; die Differenzbeträge von Fr. 9500.- (Krankenversicherer) und Fr. 500.- (Dr. med. W._____) werden zurückerstattet.
4.
Die Beschwerde führenden Krankenversicherer haben Dr. med. W._____ für das Verfahren vor dem Eidgenössischen Versicherungsgericht eine Parteientschädigung von Fr. 2500.- (einschliesslich Mehrwertsteuer) zu bezahlen.
5.
Dieses Urteil wird den Parteien, dem Schiedsgericht in der Kranken- und Unfallversicherung des Kantons Solothurn und dem Bundesamt für Sozialversicherung zugestellt.
Luzern, 13. Mai 2003

Im Namen des Eidgenössischen Versicherungsgerichts

Die Vorsitzende der II. Kammer: Die Gerichtsschreiberin: