Eidgenössisches Versicherungsgericht
Tribunale federale delle assicurazioni
Tribunal federal d'assicuranzas

Sozialversicherungsabteilung
des Bundesgerichts

Prozess
{T 7}
K 108/01
K 118/01

Urteil vom 15. Juli 2003
IV. Kammer

Besetzung
Präsidentin Leuzinger, Bundesrichter Rüedi und Ferrari; Gerichtsschreiber Schmutz

K 108/01
Parteien
1. Artisana Kranken- und Unfallversicherung, Effingerstrasse 59, 3008 Bern,
2. Avenir Assurances, 1700 Fribourg,
3. Basler Krankenkasse, Aeschengraben 21, 4051 Basel,
4. Krankenkasse Asea Brown Boveri, Brugger- strasse 46, 5400 Baden,
5. Betriebskrankenkasse Lindt und Sprüngli AG, 8802 Kilchberg,
6. CSS Versicherung, Rösslimattstrasse 40, 6005 Luzern,
7. Eidg. Kranken- und Unfallkasse, 4242 Laufen,
8. Galenos Kranken- und Unfallversicherung, Miliärstrasse 36, 8004 Zürich,
9. Krankenkasse Helvetia, Stadelhoferstrasse 25, 8001 Zürich,
10. Hermes Krankenkasse, Avenue de la Gare 20, 1950 Sion,
11. INTRAS Krankenkasse, Rue Blavignac 10, 1227 Carouge,
12. KFW Winterthur, fusioniert mit WINCARE,
13. Kolping Krankenkasse, Badenerstrasse 78, 8004 Zürich,
14. Concordia Schweizerische Kranken- und Unfallversicherung, Bundesplatz 15, 6003 Luzern,
15. Krankenkasse Agrisano, Laurstrasse 10, 5200 Brugg,
16. Krankenkasse KBV, Badgasse 3, 8400 Winterthur,
17. Krankenkasse KPT, Tellstrasse 18, 3014 Bern,
18. SBB Krankenkasse der Schweiz. Bundesbahnen, 6002 Luzern,
19. Krankenkasse Steffisburg, Unterdorfstrasse 6, 3612 Steffisburg,
20. Krankenkasse Zurzach, Hauptstrasse 62, 5330 Zurzach,
21. Krankenkasse Kuko, Bollstrasse 61, 3076 Worb,
22. Mutual Assurances, 1211 Genf,
23. Öffentliche Krankenkasse Basel, Spiegelgasse 12, 4051 Basel,
24. Öffentliche Krankenkasse Luzern, Pilatus- strasse 28, 6003 Luzern,
25. Krankenkasse Sanitas, Lagerstrasse 107, 8004 Zürich,
26. SKBH Schweizerische Krankenkasse für das Bau- und Holzgewerbe und verwandte Berufe, Rue du Nord 5, 1920 Martigny,
27. Krankenkasse SLKK, Hotzestrasse 53, 8006 Zürich,
28. SMUV Kranken- und Unfallversicherungen, Weltpoststrasse 20, 3015 Bern,
29. PROVITA Gesundheitsversicherung, Brunn- gasse 4, 8400 Winterthur,
30. Sumiswalder Kranken- und Unfallkasse, Spitalstrasse 47, 3454 Sumiswald,
31. SUPRA Krankenkasse, Chemin de Primerose 35, 1000 Lausanne,
32. SWICA Krankenversicherung AG, Regional- direktion Zürich, Schwamendingenstrasse 44, 8050 Zürich,

33. CONCORDIA, Regionalagentur, Unitas Schönenwerd, Rechtsdienst, Weidengasse 3, 5012 Schönenwerd,
34. Universa Krankenkasse, Verwaltung, Rue du Nord 5, 1920 Martigny,
35. Visana, Weltpoststrasse 19, 3015 Bern,

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

F._____, Beschwerdegegner, vertreten durch Fürsprech Peter Meier, Schmiedengasse 33, 5012 Schönenwerd

und

K 118/01
F._____, Beschwerdeführer, vertreten durch Fürsprech Peter Meier, Schmiedengasse 33, 5012 Schönenwerd,

gegen

1. Artisana Kranken- und Unfallversicherung, Effingerstrasse 59, 3008 Bern,
2. Avenir Assurances, 1700 Fribourg,
3. Basler Krankenkasse, Aeschengraben 21, 4051 Basel,
4. Krankenkasse Asea Brown Boveri, Brugger- strasse 46, 5400 Baden,
5. Betriebskrankenkasse Lindt und Sprüngli AG, 8802 Kilchberg,
6. CSS Versicherung, Rösslimattstrasse 40, 6005 Luzern,
7. Eidg. Kranken- und Unfallkasse, 4242 Laufen,
8. Galenos Kranken- und Unfallversicherung, Miliärstrasse 36, 8004 Zürich,
9. Krankenkasse Helvetia, Stadelhoferstrasse 25, 8001 Zürich,
10. Hermes Krankenkasse, Avenue de la Gare 20, 1950 Sion,
11. INTRAS Krankenkasse, Rue Blavignac 10, 1227 Carouge,
12. KFW Winterthur, fusioniert mit WINCARE,
13. Kolping Krankenkasse, Badenerstrasse 78, 8004 Zürich,
14. Concordia Schweizerische Kranken- und Unfallversicherung, Bundesplatz 15, 6003 Luzern,
15. Krankenkasse Agrisano, Laurstrasse 10, 5200 Brugg,
16. Krankenkasse KBV, Badgasse 3, 8400 Winterthur,
17. Krankenkasse KPT, Tellstrasse 18, 3014 Bern,
18. SBB Krankenkasse der Schweiz. Bundesbahnen, 6002 Luzern,
19. Krankenkasse Steffisburg, Unterdorfstrasse 6, 3612 Steffisburg,
20. Krankenkasse Zurzach, Hauptstrasse 62, 5330 Zurzach,
21. Krankenkasse Kuko, Bollstrasse 61, 3076 Worb,
22. Mutual Assurances, 1211 Genf,
23. Öffentliche Krankenkasse Basel, Spiegelgasse 12, 4051 Basel,
24. Öffentliche Krankenkasse Luzern, Pilatus- strasse 28, 6003 Luzern,
25. Krankenkasse Sanitas, Lagerstrasse 107, 8004 Zürich,
26. SKBH Schweizerische Krankenkasse für das Bau- und Holzgewerbe und verwandte Berufe, Rue du Nord 5, 1920 Martigny,
27. Krankenkasse SLKK, Hotzestrasse 53, 8006 Zürich,
28. SMUV Kranken- und Unfallversicherungen, Weltpoststrasse 20, 3015 Bern,
29. PROVITA Gesundheitsversicherung, Brunn- gasse 4, 8400 Winterthur,
30. Sumiswalder Kranken- und Unfallkasse, Spitalstrasse 47, 3454 Sumiswald,
31. SUPRA Krankenkasse, Chemin de Primerose 35, 1000 Lausanne,

32. SWICA Krankenversicherung AG, Regional- direktion Zürich, Schwamendingenstrasse 44, 8050 Zürich,
33. CONCORDIA, Regionalagentur, Unitas Schönenwerd, Rechtsdienst, Weidengasse 3, 5012 Schönenwerd,
34. Universa Krankenkasse, Verwaltung, Rue du Nord 5, 1920 Martigny,
35. Visana, Weltpoststrasse 19, 3015 Bern,
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 15. Mai 2001)

Sachverhalt:
A.
Med. pract. F._____, Arzt für Allgemeine Medizin FMH (nachfolgend: Arzt), ist in der vom Konkordat der Schweizerischen Krankenversicherer (heute: santésuisse) für das Jahr 1993 herausgegebenen Behandlungsfallstatistik (nachfolgend: KSK-Statistik) der Arztgruppe 50 (Allgemeinpraktiker mit Röntgen) zugeordnet. Die KSK-Statistik des Jahres 1993 weist für den Arzt bei den Arztkosten 167 und bei den Medikamentenkosten 165 Indexpunkte aus.

Gestützt auf die Daten der KSK-Statistik 1993 machte der Verband Solothurnischer Krankenversicherer (nachfolgend: Krankenversicherer) beim Schiedsgericht in der Kranken- und Unfallversicherung des Kantons Solothurn (nachfolgend: Schiedsgericht) in Vertretung der im Rubrum des vorliegenden Urteils aufgeführten Krankenversicherer die folgenden Rückforderungsbegehren gegen den Arzt anhängig: Fr. 195'126.30 wegen Überarztung im Jahre 1993 nebst Zins zu 5 % seit 5. Juli 1994 und Fr. 7000.- für physiotherapeutische Behandlungen ausserhalb der Arztpraxis in den Jahren 1993 und 1994. An der am 14. Dezember 1995 vor dem Obmann des Schiedsgerichtes durchgeführten Vermittlungsverhandlung waren die Krankenversicherer bereit, vergleichsweise die Rückforderung wegen Überarztung auf Fr. 67'000.- zu reduzieren und auf die zweite Forderung über Fr. 7000.- zu verzichten. Der Arzt war bereit, vergleichsweise Fr. 10'000.- zu bezahlen. Ein Vergleich kam nicht zu Stande.
B.
Am 29. Februar 1996 reichten die Krankenversicherer beim Schiedsgericht die schriftlich begründete Klage ein, mit welcher sie beantragten, den Arzt zur Bezahlung von Fr. 131'339.15 nebst Zins zu 5 % seit 5. Juli 1994 zu verpflichten. Das Schiedsgericht gab bei Dr. med. Z._____, Facharzt für Allgemeinmedizin FMH, ein Gutachten in Auftrag, welches am 24. Dezember 1999 beim Schiedsgericht einging. Mit Entscheid vom 15. Mai 2001 hiess das Schiedsgericht die Klage teilweise gut und verpflichtete den Arzt, den Klägern den Betrag von Fr. 110'575.- und eine Parteientschädigung von Fr. 30'000.- zu bezahlen. Zudem wurden die Verfahrenskosten mit einer Urteilsgebühr von Fr. 5000.-, total Fr. 40'000.-, dem Arzt auferlegt.
C.
Die Krankenversicherer stellen mit Verwaltungsgerichtsbeschwerde das Begehren, der Arzt sei zur Bezahlung von Fr. 131'339.15 nebst Zins zu 5 % seit dem 5. Juli 1994 zu verpflichten.

Der Arzt schliesst auf Abweisung der Verwaltungsgerichtsbeschwerde. Das Bundesamt für Sozialversicherung verzichtet auf eine Vernehmlassung.
D.
Der Arzt führt Verwaltungsgerichtsbeschwerde mit dem Begehren, die Forderungsklage der Krankenversicherer sei in Aufhebung des angefochtenen Entscheids vollumfänglich abzuweisen, eventualiter sei die Sache zum Neuentscheid nach Neubeurteilung der im Antrag im Detail aufgeführten Fragen an die Vorinstanz zurückzuweisen, unter Kostenfolgen zu Lasten der Krankenversicherer im Umfang sämtlicher Gerichts- und Parteikosten des gesamten vor- und letztinstanzlichen Verfahrens.

Die Krankenversicherer schliessen auf Abweisung der Verwaltungsgerichtsbeschwerde. Das Bundesamt für

Sozialversicherung 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 im vorliegenden Fall die neuen Bestimmungen nicht anwendbar (vgl. auch Erw. 5 hienach).
2.
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 123 V 215 Erw. 1, 120 V 466 Erw. 1 mit Hinweisen; vgl. auch BGE 127 V 33 Erw. 1, 157 Erw. 1, 126 V 285 Erw. 1; Poudret, Commentaire de la loi fédérale d'organisation judiciaire, Bd. 1, S. 343 unten f.).
3. Streitig ist, ob d angefochtenen Verfügung nicht um die Bewilligung oder Verweigerung von Versicherungsleistungen handelt, hat das Eidgenössische Versicherungsgericht nur zu prüfen, ob das vorinstanzliche Gericht Bundesrecht verletzt hat, einschliesslich Überschreitung oder Missbrauch des Ermessens, oder ob der rechtserhebliche Sachverhalt offensichtlich unrichtig, unvollständig oder unter Verletzung wesentlicher Verfahrensbestimmungen festgestellt worden ist (Art. 132 in Verbindung mit Art. 104 lit. a und b sowie Art. 105 Abs. 2 OG).
4.
4.1 Streitig ist, ob der Arzt den Krankenversicherern für das Jahr 1993 eine Rückerstattung im Betrag von Fr. 131'339.15 nebst Zins zu 5 % zu leisten hat.
4.2 Da es sich bei der angefochtenen Verfügung nicht um die Bewilligung oder Verweigerung von Versicherungsleistungen handelt, hat das Eidgenössische Versicherungsgericht nur zu prüfen, ob das vorinstanzliche Gericht Bundesrecht verletzt hat, einschliesslich Überschreitung oder Missbrauch des Ermessens, oder ob der rechtserhebliche Sachverhalt offensichtlich unrichtig, unvollständig oder unter Verletzung wesentlicher Verfahrensbestimmungen festgestellt worden ist (Art. 132 in Verbindung mit Art. 104 lit. a und b sowie Art. 105 Abs. 2 OG).
5.
In übergangsrechtlicher Hinsicht gehen Schiedsgericht und Parteien 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).
6.
6.1 Nach Art. 89 Abs. 5 KVG regelt der Kanton das Verfahren vor dem Schiedsgericht, welches einfach und rasch zu sein hat. Das Schiedsgericht stellt unter Mitwirkung der Parteien die für den Entscheid erheblichen Tatsachen fest; es erhebt die notwendigen Beweise und ist in der Beweiswürdigung frei. Die Mitwirkungspflicht der Parteien (Art. 13 VwVG; BGE 119 V 211 Erw. 3b mit Hinweisen) erstreckt sich auf sämtliche für den Entscheid wesentlichen Tatsachen und umfasst auch die Pflicht der Partei zur Edition von Urkunden, welche sich in ihren Händen befinden (Rhinow/Koller/Kiss, Öffentliches Prozessrecht und Justizverfassungsrecht des Bundes, Basel 1996, S. 218 Rz 1126). Sie gilt insbesondere für Tatsachen, welche die Behörde ohne die Mitwirkung der Partei gar nicht oder nicht mit vernünftigem Aufwand erheben könnte (BGE 124 II 365 Erw. 2b mit Hinweis). In dem als Klageverfahren ausgestalteten Verfahren vor dem kantonalen Schiedsgericht gemäss Art. 89 KVG kommt der Mitwirkungspflicht eine weitgehende Bedeutung zu, weil die Parteien am ehesten in der Lage sind, zur Feststellung des massgebenden Sachverhalts beizutragen (SVR 2002 KV Nr. 31 S. 111 Erw. 3a mit Hinweis auf Kieser, Formelle Fragen der pauschalen Rückforderung, in
Schaffhauser/Kieser [Hrsg.], Wirtschaftlichkeitskontrolle in der Krankenversicherung, St. Gallen 2001, S. 134 f.).
6.2 Bei der Wirtschaftlichkeitsprüfung der ärztlichen Tätigkeit nach Art. 23 KUVG (und 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 Schürer, Honorarrückforderung wegen Überarztung bei ambulanter ärztlicher Behandlung - Materiellrechtliche Aspekte, in: Schaffhauser/Kieser [Hrsg.], a.a.O., 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.; Schürer, a.a.O., S. 81 ff.). Eine Einzelfallprüfung anhand der in einem bestimmten Zeitraum ergangenen Honorarrechnungen kann sich aber 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 (nicht veröffentlichtes Urteil C. vom 11. Juli 1996,
K 39/95; vgl. auch Schürer, a.a.O., S. 78). Dies setzt voraus, dass für jeden Einzelfall Kenntnis über die Diagnose, die durchgeführten Untersuchungen und Behandlungen sowie das angestrebte diagnostische und therapeutische Ziel besteht.

6.3 Die Rechtsprechung zur auf Art. 23 KUVG gestützten Rückforderung wegen Missachtung des Gebots der Wirtschaftlichkeit der Behandlung durch Ärzte und Ärztinnen geht davon aus, dass da, wo die Wirtschaftlichkeit in Anwendung der statistischen Methode überprüft wird, eine Unwirtschaftlichkeit nicht schon bei Überschreitung des statistischen Mittelwertes (100 Indexpunkte) vermutet werden darf. Vielmehr ist den Ärzten und Ärztinnen einerseits ein Toleranzbereich (BGE 119 V 454 Erw. 4c in fine) und zudem allenfalls ein Zuschlag zum Toleranzwert (zum den Toleranzbereich begrenzenden Indexwert) zuzugestehen, um spezifischen Praxisbesonderheiten Rechnung zu tragen (RKUV 1988 Nr. K 761 S. 92 Erw. 4c; SVR 2001 KV Nr. 19 S. 52 Erw. 4b). Das Eidgenössische Versicherungsgericht hat im in SVR 1995 KV Nr. 40 S. 125 veröffentlichten Urteil E. vom 12. September 1994 (K 44/94) in Erw. 4b ausgeführt, dass bei der Festlegung des Toleranzwertes über den Index 130 nicht hinausgegangen werden sollte, um die statistische Falldurchschnittsmethode nicht ihres Sinns zu entleeren. Nach der Rechtsprechung liegt der Toleranzbereich vielmehr zwischen 120 und 130 Indexpunkten. So hat das Eidgenössische Versicherungsgericht etwa Entscheide von Schiedsgerichten
bestätigt, welche für eine Praxis insoweit eine Überarztung annahmen, als 120 Indexpunkte (RSKV 1978 Nr. 315 S. 50 Erw. 6b; nicht veröffentlichtes Urteil H. vom 18. November 1992, K 11/92), 125 Indexpunkte (RSKV 1982 Nr. 489 S. 124 Erw. 4a; nicht veröffentlichtes Urteil W. vom 14. Dezember 1995, K 45/95) oder 130 Indexpunkte (SVR 1995 KV Nr. 40 S. 125 Erw. 4; RKUV 1986 Nr. K 654 S. 5 Erw. 5a) überschritten wurden.

6.4 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).

7.

Die Rüge der mangelnden Aktivlegitimation der Krankenversicherer ist unbegründet, denn nach BGE 127 V 281 haben diese gegenüber einem Leistungserbringer auch dann einen eigenen Anspruch auf Rückerstattung von Zahlungen, die von diesem zu Unrecht bezogen worden sind, wenn der Versicherte Schuldner der Vergütung ist (Erw. 5c mit Hinweisen).

8.

In materieller Hinsicht lässt der Arzt vorbringen, es sei ihm nach dem Wortlaut des angefochtenen Entscheides

wegen seiner Praxisbesonderheiten eine Überschreitung des statistischen Mittelwertes bis auf je 140 Indexpunkte zugestanden worden. Er habe Anspruch darauf, dass ihm zusätzlich je ein Toleranzbereich von 20-30 Indexpunkten eingeräumt werde. Deshalb sei eine Rückforderung nicht gerechtfertigt. Dem ist nicht zu folgen. Zwar hat die kantonale Instanz in den Erwägungen nicht ausdrücklich zwischen dem Toleranzbereich (oder Toleranzwert) und dem Zuschlag zum Toleranzwert unterschieden (vgl. dazu Erw. 6.3). Aus dem Kontext des Entscheides geht aber klar hervor, dass das Gericht dem Arzt nicht mehr als einen Zuschlag von 40 Punkten zum statistischen Mittelwert von 100 Punkten zugestehen wollte. Es gibt denn keine gesetzliche Regelung darüber, wie im Verfahren wegen Missachtung des Wirtschaftlichkeitsgebots die Grenze zur rückerstattungspflichtigen Unwirtschaftlichkeit, also der Kürzungsindex, zu fixieren ist (vgl. dazu Schürer, a.a.O., S. 94 f.). Jeder Streitfall ist auf Grund der konkreten Verhältnisse zu entscheiden und das Schiedsgericht übt innerhalb der gesetzten Schranken (vgl. Erw. 4.2 hievor) sein Ermessen frei aus. Die
richtige Ermessensausübung muss zwar überprüfbar sein, eine systematische Unterscheidung in Toleranzindex und Zuschlag für Praxisbesonderheiten bei der Bestimmung des Kürzungsindexes ist aber dazu nicht notwendig. Es bestehen keine Anhaltspunkte dafür, dass das Schiedsgericht mit der Festsetzung des Kürzungsindexes auf je 140 Punkte in den beiden Kostenbereichen sein Ermessen überschritten oder missbraucht hätte.

9.

Ebenso nicht stichhaltig ist das Argument der Krankenversicherer, der Gerichtsgutachter Dr. med. Z._____ habe geäussert, der Arzt habe generell um 30-70% und in Einzelfällen gar um 90% überarztet. Der Experte hat lediglich angemerkt, die formale Beurteilung der Rechnungen - gestützt auf die vorhandenen Einträge in den Krankengeschichten - würde seines Erachtens zu einer Beanstandung im Umfang von 30-70% des Betrages der durchgesehenen Rechnungen führen. Damit hat er aber nicht gesagt, dass sich hinter jeder Beanstandung eine Überarztung versteckt, und auch nicht, dass sich die beanstandeten Mängel der Rechnungsstellung immer zu Gunsten des Arztes ausgewirkt hätten. Wie sich indes nach der Erstellung des Gutachtens auf Grund der unwidersprochen gebliebenen Aussage des Arztes gezeigt hat, waren viele Daten, welche der Experte bei der Auswertung vermisste, in der Arztpraxis auf Papier oder elektronisch abgelegt. Diese Informationen hätten beschafft werden können, und der Experte hätte sich nicht auf eine formale Schätzung beschränken dürfen. Die Voristanz zog aber aus dem erwähnten Hinweis des Gutachters den richtigen Schluss. Sie stellte fest, dass zwar Praxisbesonderheiten vorlagen, die Praxisführung aber auf Grund einer nicht
optimalen Praxisführung den Wirtschaftlichkeitserfordernissen nicht entsprach, und deshalb dem Arzt lediglich ein (Kürzungs)Index von 140Punkten in den beiden Kostenbereichen (ärztliche Behandlung und Arzneimittel) zuzugestehen sei. Dass sie sich dabei der statistischen Methode bediente, ist angesichts des Scheiterns des Versuchs einer analytischen Bemessung nicht nur verständlich, sondern auch rechtsprechungskonform (vgl. Erw.6.2).

10.

Hinsichtlich der Berücksichtigung von Praxisbesonderheiten rügt der Arzt auf der einen Seite, das Schiedsgericht habe diese entweder nicht berücksichtigt oder aber dazu rechtswidrige oder willkürliche Schlussfolgerungen gezogen, während sich die Krankenversicherer auf der anderen Seite daran stossen, dass die Vorinstanz dem Arzt in beiden Kostenbereichen überhaupt eine Praxisbesonderheit (Betreuung überdurchschnittlich vieler Patienten mit einer psychiatrischen Diagnose) zugestanden hat, was sie als klar willkürlich bezeichnen.

10.1 Der Arzt macht vorab geltend, er habe 1993 drei Psychotherapeut/innen beschäftigt, die sich in eineinhalb Stellen teilten. Bei den Kosten der ärztlichen Leistungen von Fr. 364'000.- entfiel 1993 auf die delegierte Psychotherapie ein Anteil von Fr. 49'256.-. Wie die Krankenversicherer zu Recht darauf hinweisen, hat das Schiedsgericht ausdrücklich anerkannt, dass der Arzt im betreffenden Jahr als Praxisbesonderheit überdurchschnittlich viele Patienten mit einer psychiatrischen Diagnose zu betreuen hatte. Es gewichtete diese Besonderheit zusammen mit den anderen bejahten Praxisbesonderheiten (Betreuung vieler Suchtkranker, HIV-positiver, an AIDS Erkrankter, Durchführung von Methadonprogrammen) so, dass es dem Arzt in beiden Kostenbereichen je einen Zuschlag von 40 Punkten zum statistischen Mittelwert zuerkannte. Auch bei Annahme eines Toleranzbereichs von 120 Indexpunkten beträgt der Zuschlag für Praxisbesonderheiten immer noch je 20 Punkte. Die mit einem Anteil von etwas mehr als 10 % bei den ärztlichen Leistungen zu Buche schlagenden Kosten für delegierte Psychotherapie sprengen damit den vom Schiedsgericht nach richterlichem Ermessen abgesteckten Rahmen nicht.

10.2 Zu der in diesem Zusammenhang vom Arzt erhobenen Rüge, die Vorinstanz habe bestimmte von ihm vorgelegte Zahlen nicht hinterfragt oder in Zweifel gezogen, ist vorab festzuhalten, dass eine gewisse Zurück-

haltung bei der Zuerkennung von Kostenauswirkungen behaupteter Praxisbesonderheiten durchaus angebracht ist, wenn die Einzelfallprüfung aus Gründen scheitert, die zu einem nicht unerheblichen Teil vom Arzt mit zu vertreten sind. Im Übrigen sind aber mit dem bei den Arzneimittelkosten festgelegten Kürzungsindex die im kantonalen Verfahren vom Arzt nachgewiesenen Kosten für Methadonprogramme, AIDS-Medikamente und Psychopharmaka (Fr. 75'569.-) bei der zugestandenen Differenz von 40 Punkten über dem statistischen Mittelwert ebenfalls abgedeckt. Deshalb ist hier nur im Grundsatz daran zu erinnern, dass die Rechtsprechung bei Vorliegen spezifischer Praxisbesonderheiten zwei verschiedene rechnerische Methoden als zulässig erachtet hat. Die eine Methode besteht darin, wie vorliegend bei Anerkennung spezifischer Praxisbesonderheiten einen Zuschlag zum zunächst festgelegten Toleranzwert zu veranschlagen (SVR 2001 KV Nr. 19 S. 52 Erw. 4b, 1995 KV Nr. 40 S. 125 Erw. 4). Es ist aber auch zulässig, die spezifischen Praxisbesonderheiten
anhand konkreter Erhebungen zu quantifizieren und den entsprechenden Faktura-Betrag von den gesamten in der KSK-Statistik ausgewiesenen Kosten in Abzug zu bringen (SVR 1995 KV Nr. 40 S. 125 Erw. 4b; nicht veröffentlichte Urteile W. vom 14. Dezember 1995, K 45/95, und S. vom 29. Oktober 1993, K 101/92). Werden in einem solchen Falle jene Kosten von den gesamten in der KSK-Statistik ausgewiesenen Kosten ausgeschieden, welche dem für die betreffende Arztgruppe atypischen Patientengut oder atypischen Mehrleistungen zugeschrieben werden, ist die Wirtschaftlichkeitsfrage für den bei dieser Berechnung ausgeklammerten Teil gesondert zu beantworten (vgl. Urteil A. vom 30. Juli 2001, K 50/00, Erw. 4 und 6). In dem eben genannten Verfahren, an dem ein Allgemeinpraktiker mit einem ähnlichen Patientengut wie der vorliegend Beschwerde führende Arzt beteiligt war, hatte das Schiedsgericht die zweite der eben genannten Berechnungsmethoden angewandt. Vorliegend war es aber aus den bereits genannten Gründen (vgl. Erw. 9) zumindest für 1993 nicht möglich, die spezifischen Praxisbesonderheiten anhand konkreter Erhebungen zu quantifizieren und den entsprechenden Faktura-Betrag festzustellen.

10.3 Der im selben Zusammenhang von den Krankenversicherern erhobene Vorwurf, es sei klar willkürlich, dass die Vorinstanz in beiden Kostenbereichen überhaupt eine Praxisbesonderheit zugestanden habe, ist nicht nachvollziehbar. Er überzeugt schon deshalb nicht, weil er im klaren Widerspruch zu früheren Aussagen und Einlassungen von Seiten der Krankenversicherer im Schiedsgerichtsverfahren steht.

11.

11.1 Aber auch die Rüge des Arztes trifft daneben, die Vorinstanz habe sich nicht dazu geäussert, ob er in der KSK-Statistik zu Recht der Gruppe der Allgemeinpraktiker (mit Röntgen) zugeordnet sei. Wie bis anhin hat er auch im Verwaltungsgerichtsbeschwerdeverfahren nicht dargelegt, welche andere Zuordnung zu einer Untergruppe der KSK-Statistik seines Erachtens die Richtige wäre. Da er den Berufstitel eines praktischen Arztes trägt und als Allgemeinpraktiker mit Allgemeinpraxis der FMH angehört, besteht die von ihm nicht widerlegte Vermutung, dass die erfolgte Zuordnung zur Gruppe der Allgemeinpraktiker richtig ist. Sofern auf Grund der Weiter- und Fortbildung eine Veränderung des Patientenkreises eintrat, die kostenwirksam ist, kann dies bei der Festsetzung des Kürzungsindexes als Praxisbesonderheit berücksichtigt werden. Das Schiedsgericht hat denn auch ausdrücklich anerkannt, dass in der Allgemeinpraxis überdurchschnittlich viele Patienten mit einer psychiatrischen Diagnose zu betreuen waren.

11.2 Durch die Verlängerung der Erfassungsperiode für Erkrankungsfälle bei der KSK-Statistik von drei auf zwölf Monate ab 1991 sank zwar bei einem Patientenkreis mit überdurchschnittlich vielen langdauernden Behandlungsfällen die ausgewiesene Zahl an Erkrankungen bei gleichen Kosten ab. Das Argument des Schiedsgerichts greift so gesehen zu kurz, wenn es dazu feststellt, es habe sich 1993 ja bereits um das dritte Jahr nach der Umstellung gehandelt. Indessen hat es aber ausdrücklich anerkannt, dass der Arzt im betreffenden Jahr überdurchschnittlich viele Psychiatriepatienten, Suchtpatienten, Methadonbezüger, HIV-Positive und an AIDS Erkrankte behandelte, und es hat dies als Praxisbesonderheit gewertet; damit hat es den infolge der Verlängerung der Erfassungsperiode vom Arzt gegenüber den Vergleichspraxen geforderten Ausgleich bewerkstelligt.

11.3 Das Schiedsgericht hat seiner Beurteilung des Rückerstattungsanspruches aus unwirtschaftlicher Behandlungsweise nach Art. 23 KUVG die statistische Methode im Sinne der Rechtsprechung (vgl. Erw. 6.2) zu Grunde gelegt. Dieses Vorgehen ist bundesrechtlich nicht zu beanstanden, sind doch keinerlei stichhaltige Gründe ersichtlich, welche hier gegen die Anwendung des Durchschnittskostenvergleichs sprechen. Die vorinstanzlich in deutscher Übersetzung aufgelegte Studie (André Dubey/François Dufresne, Etude du contrôle du caractère économique des traitements basé sur les statistiques du Concordat des assureurs-maladie suisses", Lausanne, Februar 2000) gibt keinen Anlass, die Rechtsprechung zum Durchschnittskostenvergleich einer Überprüfung zu unterziehen. Die Studie weist einen geringen Praxisbezug auf und setzt sich nicht mit der Rechtsprechung

auseinander, obwohl diese Lösungsansätze entwickelt hat (vgl. Erw. 6.2-6.4), welche bekannte, auch von den Autoren geschilderte Mängel der KSK-Statistik ausgleichen. Die Studie bietet keine Ansätze, die innert nützlicher Frist und auf der Grundlage des geltenden Rechts umsetzbar wären.
12.
Wenn der Arzt rügt, auf Debitorenverluste und Inkassokosten dürften keine Rückforderungen gemacht werden, verkennt er, dass Debitorenverluste und zusätzliche Inkassokosten im Vergütungssystem des Tiers garant zwar vom Leistungserbringer zu tragen sind, aber bei einem betriebswirtschaftlich bemessenen und sachgerecht strukturierten Tarif (Art.43 Abs.4 KVG) bereits einberechnet sind. Dies wirkt sich in einer entsprechenden Erhöhung des statistischen Mittelwerts der Behandlungskosten sämtlicher Praxen und damit des Kürzungsindexes aus. Es wäre somit systemwidrig, wegen Debitorenverlusten oder Inkassokosten bei der Festsetzung des Kürzungsindexes im konkreten Fall einen Zuschlag oder bei der Berechnung des Rückforderungsanspruchs einen Abzug vorzusehen.
13.
13.1 Die Vorinstanz hat bei der Bemessung der rückzuerstattenden Vergütungen auch die veranlassten Kosten berücksichtigt. Darunter sind die Kosten für Leistungen der obligatorischen Krankenpflegeversicherung zu verstehen, die auf Anordnung des in Frage stehenden Arztes oder der in Frage stehenden Ärztin erbracht wurden und die Kosten für die von ihnen verordneten, aber nicht selber abgegebenen Arzneimittel. Seit 1986 statistisch erfasst werden die Kostenstellen "Medikamente von Apotheke", "Labor auswärts", "Physio- und Ergotherapie auswärts", "Röntgen auswärts" sowie "Spitalkosten ambulant" (vgl. Schürer, a.a.O., S. 71 ff., S. 85 Ziff. 27).
13.2 Das Gebot der Wirtschaftlichkeit der Behandlung nach Art. 23 KUVG erstreckt sich auf sämtliche Teile der ärztlichen Behandlung (Urteil A. vom 30. Juli 2001, K 50/00, Erw. 6b in initio). Es gilt nach dem Wortlaut dieser Bestimmung insbesondere auch in Bezug auf die Verordnung von Arzneimitteln sowie die Anordnung von wissenschaftlich anerkannten Heilanwendungen und Analysen. Im Urteil L. vom 24. April 2003 (K 9/00) hat das Eidgenössische Versicherungsgericht erwogen, dass dies dafür spricht, auch die veranlassten Kosten bei der Wirtschaftlichkeitsprüfung zu berücksichtigen, und zwar bei der Bestimmung der Indizes im Rahmen der statistischen Methode ebenso wie bei der Bemessung der Rückerstattungspflicht. Dem steht nicht entgegen, dass die veranlassten Kosten bei einem anderen als dem oder der in Frage stehenden Arzt oder Ärztin angefallen sind und insofern nicht ein eigentlicher Rückerstattungstatbestand im Sinne des hier analog anwendbaren Art. 47 AHVG gegeben ist. Ziel von Art. 23 KUVG ist die Verwirklichung oder Wiederherstellung des gesetzlichen Zustandes (BGE 103 V 152 Erw. 3). Der Einbezug der veranlassten Kosten in die Wirtschaftlichkeitsprüfung lässt sich somit nicht beanstanden. Im erwähnten Verfahren K 9/00 befand
das Eidgenössische Versicherungsgericht, die Vorinstanz habe dem insoweit besonderen Charakter der Rückforderung durch Reduktion des auf diese Kosten entfallenden Rückerstattungsbetrages angemessen Rechnung getragen. Entsprechend ist vorliegend festzustellen, dass das Schiedsgericht den auf die veranlassten Kosten für Medikamente entfallenden Rückerstattungsbetrag zwar nicht speziell gekürzt hat, dass es aber durch den zu Gunsten des Arztes um 5 Indexpunkte nach oben korrigierten Kürzungsindex einen Ausgleich geschaffen hat. Wenn es so die Rückforderung auf den Medikamentenkosten um rund Fr. 10'000.- kürzte, ist die nunmehr auf den veranlassten Medikamentenkosten anteilsmässig verbliebene Rückerstattung von Fr. 2428.- (= 4,69 % von insgesamt rückzuerstattenden Fr. 51'770.-) nicht zu beanstanden. Wie es sich unter dem neuen Recht (Art. 56 KVG) verhält, braucht hier nicht entschieden werden (vgl. immerhin Eugster, Wirtschaftlichkeitskontrolle ambulanter ärztlicher Leistungen mit statistischen Methoden, Diss. Zürich 2003, S. 285 ff. sowie Schürer, a.a.O., S. 89 f. Ziff. 37).
14.
Nach ständiger bisheriger Rechtsprechung werden im Bereich der Sozialversicherung grundsätzlich keine Verzugszinsen geschuldet, sofern sie nicht gesetzlich vorgesehen sind; von diesem Grundsatz wurden Ausnahmen zugelassen in Einzelfällen, in denen das Rechtsempfinden in besonderer Weise tangiert ist (BGE 119 V 78 mit Hinweisen). Diese Praxis ist auch in schiedsgerichtlichen Forderungsstreitigkeiten aus geltend gemachter Überarztung in der Krankenversicherung zu befolgen (vgl. BGE 103 V 156 Erw. 7), 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 Erw. 2). Eine gesetzliche Verzugszinsregelung für schiedsgerichtliche Streitigkeiten zwischen Krankenversicherern und Ärzten besteht nicht. Vorliegend gibt es gemäss den Feststellungen der Vorinstanz auch nicht eine vertragliche Abmachung. Besondere Umstände, welche ein Abweichen vom Grundsatz, dass im Bereich der Sozialversicherung keine

Verzugszinsen geschuldet sind, rechtfertigen würden, liegen ebenfalls nicht vor. Insbesondere rechtfertigt die lange Verfahrensdauer kein Abweichen vom Grundsatz, da diese primär in der Natur des aufwändigen Verfahrens liegt.

15.

Verfahren um Rückforderungen gegen den Leistungserbringer 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 - vorliegend reduzierte - Parteientschädigung zu (SVR 1995 KV Nr. 40 S. 125 ff. Erw. 5b).

Demnach erkennt das Eidg. Versicherungsgericht:

1.

Die Verfahren K 108/01 und K 118/01 werden vereinigt.

2.

Die Verwaltungsgerichtsbeschwerden werden abgewiesen.

3.

Die Gerichtskosten von insgesamt Fr. 5000.- werden den Krankenversicherern zu 15 % (Fr. 750.-) und med. pract. F._____ zu 85 % (Fr. 4250.-) auferlegt. Sie sind durch die geleisteten Kostenvorschüsse von Fr. 17'500.- (Krankenversicherer) und Fr. 5000.- (med. pract. F._____) gedeckt; die Differenzbeträge von Fr. 16'750.- (Krankenversicherer) und Fr. 750.- (med. pract. F._____) werden zurückerstattet.

4.

Med. pract. F._____ hat den Krankenversicherern für das Verfahren vor dem Eidgenössischen Versicherungsgericht eine Parteientschädigung von Fr. 3500.- (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, 15. Juli 2003

Im Namen des Eidgenössischen Versicherungsgerichts

Die Präsidentin der IV. Kammer: Der Gerichtsschreiber: