Eidgenössisches Versicherungsgericht
Tribunale federale delle assicurazioni
Tribunal federal d'assicuranzas

Sozialversicherungsabteilung
des Bundesgerichts

Prozess
{T 7}
K 150/03

Urteil vom 18. Mai 2004
I. Kammer

Besetzung
Präsident Borella, Bundesrichterin Leuzinger, Bundesrichter Ferrari, Ursprung und Kernen; Gerichtsschreiber Schmutz

Parteien
Dr. med. X._____, Beschwerdeführer, vertreten durch Rechtsanwalt Dr. Ueli Kieser, Ulrichstrasse 14, 8032 Zürich,

gegen

1. ASSURA Kranken- und Unfallversicherung,
C.-F. Ramuz 70, 1009 Pully,
2. Concordia Schweizerische Kranken- und Unfallversicherung, Bundesplatz 15, 6003 Luzern,
3. CSS Versicherung, Rösslimattstrasse 40, 6005 Luzern,
4. Caisse-maladie et accident FUTURA, Administration, Rue du Nord 5, 1920 Martigny,
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 Krankenversicherung AG, Bollstrtasse 61, 3076 Worb,
9. INTRAS Krankenkasse, Rue Blavignac 10, 1227 Carouge,
10. Kolping Krankenkasse, Badenerstrasse 78, 8004 Zürich,
11. Krankenkasse KPT, Direktion, Tellstrasse 18, 3014 Bern,
12. Krankenkasse KBV, Direktion, Badgasse 3, 8400 Winterthur,
13. SBB Krankenkasse der Schweiz. Bundesbahnen, 6002 Luzern,
14. Krankenkasse Zurzach, Promenadenstrasse 6, 5330 Zurzach,
15. La Caisse Vaudoise - Fondation Vaudoise d'assurance en cas de maladie et d'accidents, Rue Caroline 11, 1001 Lausanne,
16. Öffentliche Krankenkasse Basel-Stadt, Spiegelgasse 12, 4051 Basel,
17. Öffentliche Krankenkasse Luzern (neu Xundheit), Pilatusstrasse 28, 6002 Luzern,
18. Caisse-maladie Progrès, Rue Daniel-Jean Richard 19, 2400 Le Locle,
19. PROVITA Gesundheitsversicherung, Brunngasse 4, 8400 Winterthur,
20. SANITAS Krankenversicherung, Lagerstrasse 107, 8004 Zürich,
21. SKBH Kranken- und Unfallversicherung, Rue du Nord 5, 1920 Martigny,
22. SMUV Kranken- und Unfallversicherungen, Weltpoststrasse 20, 3015 Bern,
23. SUPRA Krankenkasse, Chemin de Primerose 35, 1000 Lausanne 3,
24. SWICA Gesundheitsorganisation, Rechtsdienst, Römerstrasse 38, 8401 Winterthur,
25. Concordia Unitas, Rechtsdienst, Weidengasse 3, 5012 Schönenwerd,
26. Universa Krankenkasse, Verwaltung, Rue du Nord 5, 1920 Martigny,
27. VISANA, Weltpoststrasse 19/21, 3000 Bern,

28. Wincare Versicherungen, Konradstrasse 14, 8401 Winterthur,
alle vertreten durch Fürsprech Dr. Peter Reinhart, Lagerhausstrasse 5, 4502 Solothurn

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

(Entscheid vom 25. August 2003)

Sachverhalt:

A.
Dr. med. X._____, Arzt für Allgemeine Medizin FMH mit Praxis in Y._____ (nachfolgend: Arzt), ist in der vom Konkordat der Schweizerischen Krankenversicherer (heute: santésuisse) für die Jahre 1998 und 1999 herausgegebenen Behandlungsfallstatistik (nachfolgend: KSK-Statistik [heute: Rechnungsstellerstatistik der santésuisse]) der Arztgruppe 50 (Allgemeinpraktiker mit Röntgen) zugeordnet. Die KSK-Statistik weist für ihn bei den Arztkosten 1998 152 Indexpunkte und 1999 162 Indexpunkte aus, bei den Medikamenten (direkte und veranlasste Kosten) für beide Jahre je 149 Punkte.

Gestützt auf die Daten der KSK-Statistik 1998 und 1999 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 18. September 2000 die folgenden Rückforderungsbegehren gegen den Arzt anhängig: Fr. 205'903.80 wegen Überarzten im Jahre 1998 nebst Zins zu 5 % seit 22. September 1999 und Fr. 242'809.95 wegen Überarzten im Jahre 1999 nebst Zins zu 5 % seit 25. Juli 2000. An der am 8. August 2002 vor dem Obmann des Schiedsgerichtes durchgeführten Vermittlungsverhandlung anerkannte der Arzt die Klage bis zum Betrag von Fr. 50'000.-, die Krankenversicherer gaben die Bereitschaft zu Protokoll, die Rückforderung für den Fall der gütlichen Beilegung vergleichsweise auf Fr. 280'000.- zu reduzieren. Ein Vergleich kam nicht zu Stande.

B.
Am 19. September 2002 reichten die Krankenversicherer beim Schiedsgericht die schriftlich begründete Klage ein mit den bereits in der Eingabe vom 18. September 2000 gestellten Rechtsbegehren. Mit Entscheid vom 25. August 2003 hiess das Schiedsgericht die Klage teilweise gut und verpflichtete den Arzt, den Klägern den Betrag von Fr. 380'941.35 und eine Parteientschädigung von Fr. 15'000.- zu bezahlen. Zudem wurden die Verfahrenskosten mit einer Urteilsgebühr von Fr. 4'000.-, total Fr. 6'300.-, dem Arzt auferlegt.

C.
Der Arzt lässt Verwaltungsgerichtsbeschwerde führen mit dem Begehren, die Forderungsklage der Krankenversicherer sei in Aufhebung des angefochtenen Entscheids abzuweisen, eventualiter sei die Sache zum Neuentscheid in formell zutreffender Weise an die Vorinstanz zurückzuweisen.

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.
Bei den im Rubrum des vorliegenden Urteils aufgeführten Krankenversicherern handelt es sich um jene, welche bereits im Entscheid des Schiedsgerichts vom 25. August 2003 als Kläger aufgeführt sind. Einzelne dieser Krankenversicherer haben mit anderen Krankenversicherern fusioniert; insoweit gehen die mit dem vorliegenden Urteil begründeten Rechte und Pflichten auf die Rechtsnachfolger der im Rubrum aufgeführten Krankenversicherer über.

3.
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).

4.
Weil es sich beim Rückforderungsprozess wegen Überarztung nicht um eine Abgabestreitigkeit im Sinne von Art. 114 Abs. 1 OG handelt (SVR 1995 KV 40 125), ist das Eidgenössische Versicherungsgericht an den Antrag des Beschwerdeführers, wonach der den Beschwerdegegnern insgesamt Fr. 380'941.35 zusprechende Schiedsgerichtsentscheid aufzuheben sei, gebunden. Das Eidgenössische Versicherungsgericht ist daher nicht befugt, über die Differenz zum vorinstanzlich eingeklagten Rückforderungsbetrag von Fr. 67'772.40 zu befinden. Ferner ist die Überprüfung des Eidgenössischen Versicherungsgerichts auf das Anspruchsfundament beschränkt, das dem vorinstanzlich zugesprochenen Rückerstattungsbetrag von Fr. 380'941.35 zu Grunde liegt, d.h. auf die Beurteilung der Arzt- und Medikamentenkosten (selber abgegebene und verordnete). Nicht zu erstrecken hat sich die Prüfung dagegen auf die von der vorinstanzlichen Rückerstattungszusprechung nicht erfassten übrigen veranlassten Kosten.

5.
5.1 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 (Kieser, Formelle Fragen der pauschalen Rückforderung, in Schaffhauser/Kieser [Hrsg.], Wirtschaftlichkeitskontrolle in
der Krankenversicherung, St. Gallen 2001, S. 134 f.).

5.2 Der Beschwerdeführer hat bereits vor Schiedsgericht (Eingabe vom 27. Februar 2003) geltend gemacht, eine erhebliche Zahl (88) der 1999 durchgeführten Behandlungen sei vertrauensärztlich bewilligt gewesen. Der Anteil am Gesamtvolumen der Patienten mache 8 % aus. Die daraus sich ergebenden Kosten seien überdurchschnittlich hoch. Gemäss Rechtsprechung (RKUV 1999 Nr. K 994 S. 324) dürften diese Behandlungskosten nicht mit berücksichtigt werden.
5.2.1 Die Vorinstanz hat zu diesem Einwand keine Stellung bezogen. Insoweit liegt eine Verletzung der Begründungspflicht vor. Dies führt aber in casu nicht zur Rückweisung an das Schiedsgericht, weil der Beschwerdeführer nicht ausser Stande war, die Sache auch vor dem Eidgenössischen Versicherungsgericht vorzubringen (vgl. BGE 129 V 196 mit Hinweisen).
5.2.2 Indessen erweist sich der Einwand als zu wenig substanziiert. Es wird zwar festgehalten, die gestützt auf die vertrauensärztliche Bewilligung erfolgten Behandlungen seien mit überdurchschnittlich hohen Kosten

verbunden, konkrete Zahlen werden aber in diesem Zusammenhang nicht genannt. In der Verwaltungsgerichtsbeschwerde wird vorgebracht, die vertrauensärztlich bewilligten Behandlungen dürften einen Kostenanteil von 20 % ausmachen. Bei einem Anteil von 8 % am Gesamtvolumen der Patienten wird damit gesagt, die Kosten für die vertrauensärztlich bewilligten Behandlungen seien zweieinhalb Mal höher als diejenigen für die übrigen Behandlungen. Auch im vorinstanzlichen Verfahren wurde einzig ausgeführt, die vertrauensärztlichen Behandlungen seien erfahrungsgemäss komplexe und kostspielige Fälle. Unterlagen, insbesondere Rechnungsauszüge, welche diese Behauptung belegen, wurden jedoch nicht zum Beweis angeboten, obwohl sich der Beschwerdeführer im Klaren sein musste, dass allein er diesen Beweis hätte führen können. Durch eine Konkretisierung des pauschalen Einwandes mit klar belegten Fakten hätte er allenfalls darlegen können, der von der Vorinstanz festgestellte Sachverhalt sei offensichtlich unrichtig oder unvollständig
festgestellt worden (Art. 105 Abs. 2 in Verbindung mit Art. 132 lit. a OG).
5.2.3 Der im vorliegenden Verfahren festgestellte Sachverhalt lässt sich im Übrigen mit demjenigen in RKUV 1999 Nr. K 994 S. 324 nicht vergleichen. In jenem Fall hatte der Beschwerdeführer nachgewiesen, dass die grosse Mehrzahl der von ihm im massgeblichen Zeitraum durchgeführten Behandlungen gestützt auf Art. 2 Abs. 3 der Verordnung 8 zum KUVG bewilligt worden waren. Ein solcher Nachweis liegt in casu gerade nicht vor. Der Einwand erweist sich daher als unbehelflich.

6.
6.1 Bei der Wirtschaftlichkeitsprüfung der ärztlichen Tätigkeit nach Art. 23 KUVG/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.).

6.2 Die Rechtsprechung zu der auf Art. 23 KUVG/56 KVG 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.

6.3 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).

6.4 Das Schiedsgericht hat seiner Beurteilung des Rückerstattungsanspruches aus unwirtschaftlicher Behandlungsweise nach Art. 56 KVG die statistische Methode im Sinne der Rechtsprechung (vgl. Erw. 6.2) zu Grunde gelegt.
6.4.1 Dieses Vorgehen ist bundesrechtlich nicht zu beanstanden, sind doch keinerlei stichhaltige Gründe ersichtlich, welche hier gegen die Anwendung des Durchschnittskostenvergleichs sprechen. Dabei hat sich das Schiedsgericht zu Recht auf die KSK-Statistik abgestützt, denn die Rechtsprechung hat Lösungsansätze entwickelt (vgl. Erw. 6.1 - 6.3), welche auch bekannte Mängel der KSK-Statistik ausgleichen (vgl. dazu Eugster, Wirtschaftlichkeitskontrolle ambulanter ärztlicher Leistungen mit statistischen Methoden, Diss.Zürich 2003, Nr. 627 f. S.218 f.).
6.4.2 Einzig die KSK-Statistik liefert (vorliegend) Daten, die einen echten Vergleich zwischen verschiedenen Leistungserbringern und damit eine Aussage über das Einhalten bzw. über das Verletzen des gesetzlichen Wirtschaftlichkeitsgebotes ermöglichen. Diese Voraussetzungen erfüllt die vom Beschwerdeführer eingereichte Statistik gerade nicht. Sie wurde nicht über mehrere Jahre geführt und zeigt keinen Vergleich zu andern Praxen auf.
6.4.3 Der Einwand, bei den Allgemeinpraktikern sei ein deutlich höherer Toleranzwert (von mind. 140 Indexpunkten) zu wählen, ist nicht substanziiert. So ist nicht dargetan, warum es sich hier um eine besonders inhomogene Vergleichsgruppe handeln soll, nur weil hier Personen besonders häufig in Teilzeitpensen tätig sind. Der Vergleichsindex weist nicht die Abweichung der Gesamtkosten, sondern der Durchschnittskosten pro Arzt und Erkrankten aus.

6.5 Es bleibt in materiellrechtlicher Hinsicht zu prüfen, ob das Schiedsgericht die statistische Methode in bundesrechtswidriger oder tatsächlich qualifiziert unrichtiger Weise (Art. 105 Abs. 2 OG) zur Anwendung gebracht hat. Mit den in der Verwaltungsgerichtsbeschwerde hinsichtlich Vergleichbarkeit und Praxisbesonderheiten vorgebrachten Rügen hat sich, soweit sie substanziiert wurden, die Vorinstanz bereits befasst. Es wird hier auf die entsprechenden Erwägungen verwiesen. Soweit diese Einwände nicht schon durch die Vorinstanz berücksichtigt worden sind, sind sie unbegründet.
6.5.1 Der Beschwerdeführer macht vorab geltend, seine Praxis zeichne sich dadurch aus, dass er über weit überdurchschnittlich viele langjährige Patientinnen und Patienten verfüge, weshalb auch das Durchschnittsalter zwischen 1992 und 1999 von 39,8 auf 43 Jahre gestiegen sei. Es sei statistisch erwiesen, dass ältere Personen häufiger medizinische Hilfe benötigten und die Gesundheitsausgaben pro Kopf mit zunehmendem Alter wachsen. Auch sei die Zahl der Erkrankten in der erwähnten Zeitspanne erheblich gesunken, weil er neue Patientinnen und Patienten nur sehr zurückhaltend aufgenommen habe. Wie die Beschwerdegegner zu Recht vorbringen, können darin keine überdurchschnittlich hohe Kosten rechtfertigende Praxisbesonderheiten erkannt werden, weil in den hier zur Diskussion stehenden Jahren 1998 und 1999 das Durchschnittsalter mit 42,3 und 43 Jahren gar nicht signifikant vom Durchschnittsalter der Arztgruppe 50 (42,1 und 42,5 Jahre) abwich. Auch das unter Hinweis auf Eugster (a.a.O, Nr. 405 f. S. 151 und Nr. 675 f. S. 233 f.) dargelegte Gegenargument, dass gelegentlich Praxisanfängern etwa wegen dem objektiv ausgewiesenen Mehraufwand für Erstbehandlungsfälle ein erhöhter Aufwand zuzugestehen sei, demgegenüber aber bei langjährigen, dem
Arzt vertrauten Patientinnen und Patienten die Krankengeschichten bekannt sind und daher häufiger auf eine umfangreiche Diagnostik verzichtet werden kann, ist stichhaltig.
6.5.2 Der Arzt erhebt zudem den Einwand, er habe in der massgebenden Zeit überdurchschnittlich viele behandlungsintensive Patientinnen und Patienten betreut, wobei insbesondere ins Gewicht falle, dass er weit überdurchschnittlich viele Desensibilisierungen durchgeführt habe. Darin ist indes nach wie vor keine relevante Praxisbesonderheit zu erkennen, da kein Vergleich zum üblichen Durchschnitt solcher Behandlungen in der

Ärztegruppe 50 verfügbar ist. Auch sollen auf Grund der vom Beschwerdeführer edierten Zusammenstellung "Umfrage Ärzteverein Oberes Wasseramt über spezielle ärztliche Tätigkeiten 1998" die Hälfte der befragten Allgemeinpraktiker solche Desensibilisierungen ausführen, was zumindest Fragen zur Relevanz einer solchen Praxisbesonderheit aufwirft.
6.5.3 Des Weitern macht der Beschwerdeführer geltend, er habe überdurchschnittlich viele besonders schwere Krankheitsbilder zu behandeln gehabt. Er habe einen hohen Anteil an kombinierten Diagnosen zu stellen gehabt, was auch darauf zurückzuführen sei, dass seine Praxis eine im Quervergleich hohe Quote an chronisch kranken Patientinnen und Patienten aufgewiesen habe. Wie die Beschwerdegegner jedoch zu Recht anführen, ist nach wie vor nicht belegt, dass der Beschwerdeführer überdurchschnittlich viele besonders schwere Krankheitsbilder zu behandeln hatte.
6.5.4 Ob es sich bei den vom Beschwerdeführer besonders häufig durchgeführten Ultraschalluntersuchungen um eine Praxisbesonderheit handelt, muss offen bleiben. Der Beschwerdeführer hat wie bereits im vorinstanzlichen Verfahren nicht dargetan, inwiefern es tatsächlich nötig war, bei der Struktur der von ihm behandelten Patientinnen und Patienten eine solche Behandlung besonders häufig durchzuführen. Er ist damit seiner Mitwirkungspflicht (vgl. Erw. 5.1) ungenügend nachgekommen.
6.5.5 Auch die Tatsache, dass der Beschwerdeführer bei zwei Altersheimen als Heimarzt bzw. als Heimarztstellvertreter tätig war, kann nicht als Praxisbesonderheit gewertet werden, weil, wie die Beschwerdegegner zu Recht anführen, die zur Begründung einer Praxisbesonderheit gemachten Vorbringen eines hohen Durchschnittsalters und einer hohen Zahl langjähriger bzw. hochbetagter Patientinnen und Patienten bereits verworfen worden sind (vgl. Erw. 5.6.1) und auch nicht zweifach zum Nachweis einer Praxisbesonderheit berücksichtigt werden könnten. Bei Heimbewohnerinnen und -bewohnern kommt hinzu, dass die behandelten Personen im gleichen Haus untergebracht sind und von ausgebildetem (Pflege-)Personal betreut werden, womit die Arbeit des Heimarztes erleichtert wird und sich dies bei ihm nicht in höheren Kosten niederschlagen kann.

6.6 Das Schiedsgericht hat somit 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. Was in der Verwaltungsgerichtsbeschwerde hiezu eingewendet wird, dringt nicht durch und ist im angefochtenen Entscheid entkräftet worden. Beweisergänzungen sind damit nicht notwendig.

7.
Die Vorinstanz hat bei der Bemessung der rückzuerstattenden Vergütungen auch die veranlassten Medikamentenkosten berücksichtigt. Der Beschwerdeführer wendet sich gegen eine Rückforderung dieser Kosten.

7.1 Unter veranlassten Kosten sind die Kosten für Leistungen der obligatorischen Krankenpflegeversicherung zu verstehen, die von anderen Leistungserbringern auf Anordnung des Arztes oder der Ärztin erbracht werden, und die Kosten für die von diesen verordneten, durch Apotheken abgegebenen Arzneimittel.

7.2 Ziel von Art. 23 KUVG war die Verwirklichung oder Wiederherstellung des gesetzlichen Zustandes (BGE 103 V 152 Erw. 3). Unter der Geltung von Art. 23 KUVG erstreckte sich das Gebot der Wirtschaftlichkeit der Behandlung auf sämtliche Teile der ärztlichen Behandlung (Urteil A. vom 30. Juli 2001, K 50/00, Erw. 6b in initio). Es galt nach dem Wortlaut dieser Bestimmung insbesondere auch in Bezug auf die Verordnung von Arzneimitteln sowie die Anordnung von Heilanwendungen und Analysen. Nach der Rechtsprechung sprach dies dafür, 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 stand nicht entgegen, dass die veranlassten Kosten bei einem anderen als dem in Frage stehenden Arzt anfielen, und insofern nicht ein eigentlicher Rückerstattungstatbestand im Sinne des analog anwendbaren Art. 47 AHVG gegeben war. Trotz des insoweit besonderen Charakters der Rückforderung liess sich der Einbezug der veranlassten Kosten in die Wirtschaftlichkeitsprüfung somit nicht beanstanden (RKUV 2003 Nr. KV 250 S. 225). Die vorliegend zu entscheidende Frage, wie es sich mit der
Rückerstattungspflicht bei angeordneten Medikamenten und Massnahmen unter der Geltung des neuen Art. 56 KVG verhält, liess das Eidgenössische Versicherungsgericht in RKUV 2003 Nr. KV 250 S. 225 Erw. 6.4, wie auch im späteren Urteil F. vom 15. Juli 2003 (K 108/01, K 118/01), noch offen.

7.3 Wie der Beschwerdeführer richtig darlegt, begründet die Vorinstanz den von ihr als zulässig befundenen Einschluss der veranlassten Kosten in die Rückforderungssumme im Wesentlichen damit, dass die Rückforderung ihren Ursprung im diagnostischen und therapeutischen Handeln des Arztes habe. Der Beschwerdeführer bezeichnet diese Auffassung als verfehlt und bundesrechtswidrig, da sich Art. 56 Abs. 2 KVG ausdrücklich auf die Verweigerung der Vergütung bzw. auf die Rückforderung der zu Unrecht erfolgten Vergütung beziehe. Der Gesetzgeber habe damit klar auf die direkten Kosten Bezug genommen, denn veranlasste Kosten würden gar nicht dem Arzt bzw. der Ärztin vergütet, sondern (beispielsweise) dem Apotheker. Damit stehe eindeutig fest, dass die veranlassten Kosten von der Rückforderung auszuschliessen seien. Er verweist auf im Ergebnis übereinstimmende Hinweise von Eugster (a.a.O., Nr. 842 f. S. 285) und Schürer (a.a.O., S. 89 f. Ziff. 37).

7.4 Die Beschwerdegegner halten dagegen, in Art. 23 KUVG sei unter der Marginalie "Wirtschaftlichkeit der Behandlung" noch ausdrücklich ausgeführt gewesen, dass die Leistungserbringer (und damit die Ärzte) sich auch beim Verordnen von Arzneimitteln auf das durch das Interesse des Versicherten und den Behandlungszweck erforderliche Mass zu beschränken haben. Sie weisen zu Recht darauf hin, dass der Wesensgehalt von Art. 23 KUVG unverändert in den neuen Art. 56 KVG übernommen worden ist. Nach RKUV 2002 Nr. KV 230 S. 471 Erw. 2.2.2 (mit Hinweis auf BGE 126 V 23 Erw. 4a) wird die Rückerstattungsordnung des KVG weiterhin durch den sinngemäss anwendbaren Art. 47 AHVG ergänzt, und auch eine unwirtschaftliche Behandlung nach Art. 56 Abs. 2 KVG kann somit Rechtsgrund bilden, um bereits erfolgte Zahlungen von der versicherten Person zurückzufordern. Daran ändert nichts, dass der Versicherer gegenüber dem Leistungserbringer einen eigenen Rückerstattungsanspruch hat, dies unabhängig von der Person des Schuldners der Vergütung der Leistung (vgl. BGE 127 V 283 f. Erw. 4). Auch Eugster hält 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 müssen wirtschaftlich sein, sondern auch seine Anordnungen, mit welchen er Leistungen Dritter veranlasst (Derselbe, a.a.O., Nr. 101 S. 46 und Nr. 587 S. 204). Maurer (Das neue Krankenversicherungsrecht, Basel/Frankfurt am Main 1996, S. 53) führt ebenfalls aus, dass das in Art. 32 Abs. 1 KVG umschriebene, das Wirtschaftlichkeitsgebot umfassende Effizienzprinzip vom Arzt beispielsweise dann verletzt wird, wenn er unnötig viele oder zu teure Heilmittel abgibt oder verordnet. Wenn er in dieser Weise mehr tut als medizinisch geboten, liegt Überarztung vor und der Versicherer darf die Übernahme der Kosten ablehnen oder Zahlungen zurückfordern.

7.5 Da Art. 56 KVG den Wesensgehalt von Art. 23 KUVG unverändert übernommen hat, ist auch dessen Ziel die Verwirklichung oder Wiederherstellung des gesetzlichen Zustandes bei Verletzung des Gebots der Wirtschaftlichkeit der Behandlung. Das Wirtschaftlichkeitsgebot erstreckt sich weiterhin auf sämtliche Teile der ärztlichen Behandlung und findet 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 spricht 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 lassen sich somit nicht beanstanden.

8.
Schliesslich ist der Vorwurf der ungenügenden Protokollierung der vorinstanzlichen Verhandlung unbegründet, hat doch der Gerichtsschreiber auf die mündlichen Ausführungen der Beschwerdegegner vor Schiedsgericht hingewiesen und sind diese dem Vertreter des Beschwerdeführers schriftlich übergeben worden. Eine Verletzung der Verfahrensrechte des Beschwerdeführers fällt schon daher ausser Betracht, weil er an der vorinstanzlichen Verhandlung vertreten und demnach in der Lage war, sich die Ausführungen anzuhören und darauf zu entgegnen.

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).

Demnach erkennt das Eidg. Versicherungsgericht:

1.
Die Verwaltungsgerichtsbeschwerde wird abgewiesen.

2.
Die Gerichtskosten von Fr. 9'000.- werden dem Beschwerdeführer auferlegt und mit dem geleisteten Kostenvorschuss verrechnet.

3.
Der Beschwerdeführer hat den Beschwerdegegnern eine Parteientschädigung von Fr. 2'500.- (einschliesslich Mehrwertsteuer) zu bezahlen.

4.
Dieses Urteil wird den Parteien, dem Schiedsgericht in der Kranken- und Unfallversicherung des Kantons Solothurn und dem Bundesamt für Gesundheit (BAG) zugestellt.
Luzern, 18. Mai 2004
Im Namen des Eidgenössischen Versicherungsgerichts
Der Präsident der I. Kammer: Der Gerichtsschreiber: