Eidgenössisches Versicherungsgericht
Tribunale federale delle assicurazioni
Tribunal federal d'assicuranzas

Sozialversicherungsabteilung
des Bundesgerichts

Prozess
{T 7}
K 93/02

Urteil vom 26. Juni 2003
III. Kammer

Besetzung
Präsident Borella, Bundesrichter Meyer und Lustenberger; Gerichtsschreiber Schmutz

Parteien
Dr. med. X._____, Beschwerdeführer, vertreten durch Rechtsanwalt François A. Bernath, Bellerivestrasse 42, 8034 Zürich,

gegen

1. Wincare Versicherungen, Rechtsdienst, Konradstrasse 14, 8400 Winterthur,
2. Öffentliche Krankenkasse Winterthur, Palmstrasse 16, 8402 Winterthur,
3. Krankenkasse Wädenswil, Schönenbergstrasse 28, 8820 Wädenswil,
4. KGW Krankenkasse der Gewerbetreibenden Winterthur, Schaffhauserstrasse 61, 8400 Winterthur,
5. Krankenkasse Zurzach, Hauptstrasse 62, 5330 Zurzach,
6. CSS Versicherung, Rösslimattstrasse 40, 6005 Luzern,
7. Krankenkasse Aquilana, Bruggerstrasse 46, 5400 Baden,
8. SUPRA Krankenkasse, chemin de Primerose 35, 1000 Lausanne 3,
9. CONCORDIA, Regionalagentur, Unitas Schönenwerd, Rechtsdienst, Weidengasse 3, 5012 Schönenwerd,
10. Krankenkasse Kuko, Bollstrasse 61, 3076 Worb,
11. Concordia Schweizerische Kranken- und Unfallversicherung, Bundesplatz 15, 6003 Luzern,
12. Krankenkasse SBB, Schwarztorstrasse 57, 3030 Bern,
13. L'AVENIR Versicherungen, Petit-Moncor 6, 1752 Villars-sur-Glâne,
14. Krankenkasse KPT, Tellstrasse 18, 3014 Bern,
15. Hermes Krankenkasse, avenue de la Gare 20, 1950 Sion,
16. PKK Zürich Kranken- und Unfallversicherung, Widdergasse 1, 8022 Zürich,
17. Die Eidgenössische Gesundheitskasse, Brislachstrasse 2, 4242 Laufen,
18. SWICA Gesundheitsorganisation, Rechtsdienst, Römerstrasse 38, 8401 Winterthur,
19. Galenos Kranken- und Unfallversicherung, Miliärstrasse 36, 8004 Zürich,
20. Mutuelle Valaisanne, Administration, rue du Nord 5, 1920 Martigny,
21. Krankenkasse Sanitas, Lagerstrasse 107, 8004 Zürich,
22. Krankenkasse KBV, Badgasse 3, 8400 Winterthur,
23. INTRAS Krankenkasse, rue Blavignac 10, 1227 Carouge GE,
24. UNIVERSA Krankenkasse, av. de la Gare 20, 1950 Sitten,
25. VISANA, Weltpoststrasse 19/21, 3000 Bern,
26. Helsana Versicherungen AG, Stadelhoferstrasse 25, 8001 Zürich,

alle handelnd durch santésuisse Zürich-Schaffhausen, Löwenstrasse 29, 8001 Zürich, und dieser vertreten durch Rechtsanwalt Dr. Urs Eschmann, Ankerstrasse 61, 8004 Zürich

Vorinstanz
Schiedsgericht in Sozialversicherungsstreitigkeiten des Kantons Zürich, Winterthur

(Entscheid vom 26. Juni 2002)

Sachverhalt:
A.
Dr. med. X._____, Facharzt FMH für Allgemeine Medizin, war in der vom Konkordat der Schweizerischen Krankenversicherer (heute: santésuisse) für das Jahr 1995 herausgegebenen Behandlungsfallstatistik (nachfolgend: KSK-Statistik) der Fachgruppe 55 "Allgemeine Innere Medizin (mit Röntgen)" zugeordnet. Die KSK-Statistik wies einen Arztkostenindex von 171 Punkten aus. Unter weiteren Kostenpositionen waren für "Medikamente vom Arzt" 48, für "Medikamente von Apotheke" 249, für "Labor auswärts" 211 sowie für "Physio- und Ergotherapie auswärts" 243 Indexpunkte aufgeführt.
B.
Gestützt auf diese Daten reichte der Verband Zürcher Krankenversicherer (nachfolgend: Krankenversicherer) am 4. September 1997 beim Schiedsgericht in Sozialversicherungsstreitigkeiten des Kantons Zürich (nachfolgend: Schiedsgericht) in Namen der ihm zu jenem Zeitpunkt angeschlossenen 55 Krankenversicherer Klage gegen den Arzt ein und stellte wegen unwirtschaftlicher Behandlungsweise im Jahr 1995 ein Rückforderungsbegehren über den Betrag von Fr. 114'519.55. Im Hinblick auf einen Schlichtungsversuch vor der Blauen Kommission der Ärztegesellschaft des Kantons Zürich wurde am 16. Januar 1998 das Verfahren vor dem Schiedsgericht sistiert. Nach dem Scheitern des Sühnverfahrens verlangten am 24. Juni 1999 28 Krankenversicherer, die nach eigenen Angaben auf Grund von Behandlungen des Arztes im Jahr 1995 effektiv Leistungen erbracht hatten, die Fortführung des Schiedsgerichtsverfahrens. Die Parteien erklärten, auf einen weiteren Sühneversuch vor dem leitenden Mitglied des Schiedsgerichts zu verzichten, worauf am 3. September 1999 das Hauptverfahren eröffnet und den Parteien Gelegenheit gegeben wurde, Schiedsrichter vorzuschlagen. Mit Verfügung vom 28. März 2002 ersetze das leitende Mitglied des Schiedsgerichts zwei in der neuen
Amtsperiode nicht mehr amtierende Schiedsrichter. Am 26. Juni 2002 hiess das Schiedsgericht die Klage gut und verpflichtete den Arzt, an 26 der 28 Kläger bzw. an deren Rechtsnachfolger den Betrag von gesamthaft Fr. 97'240.- zu bezahlen.
C.
Der Arzt führt dagegen Verwaltungsgerichtsbeschwerde mit dem Begehren, der Entscheid sei aufzuheben, eventualiter sei die Sache zur Neubeurteilung an die Vorinstanz zurückzuweisen.

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. 3 hienach).
2.
Bei den im Rubrum des vorliegenden Urteils aufgeführten Krankenversicherern handelt es sich um jene, welche bereits im Entscheid des Schiedsgerichts vom 26. Juni 2002 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.
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 Vor-

schriften 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).

4.

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.

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 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; 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.).

5.3 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.

5.4 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).

6.

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 Fr. 97'240.- zusprechende Schiedsgerichtsentscheid aufzuheben sei, gebunden. Das Eidgenössische Versicherungsgericht ist daher nicht befugt, über die Differenz zum vorinstanzlich eingeklagten Rückforderungsbetrag von Fr. 114'590.55 zu befinden. Ferner ist die Überprüfung des Eidgenössischen Versicherungsgerichts auf das Anspruchsfundament beschränkt, das dem vorinstanzlich zugesprochenen Rückerstattungsbetrag von Fr. 97'240.- zu Grunde liegt, d.h. auf die Beurteilung der Arztkosten und der veranlassten Labor-, Physio- sowie Ergotherapiekosten. Nicht zu erstrecken hat sich die Prüfung dagegen auf die von der vorinstanzlichen Rückerstattungszusprechung nicht erfassten Kosten "Medikamente vom Arzt", wo ein unterdurchschnittlicher Index von 48 ausgewiesen ist, und auch nicht auf die veranlassten Kosten für "Medikamente von Apotheke", wo das Erfassungsblatt für den Beschwerdeführer einen Index von 249 ausweist.

7.

Das Schiedsgericht hat seiner Beurteilung des Rückerstattungsanspruches aus unwirtschaftlicher Behandlungsweise nach Art. 23 KUVG die statistische Methode im Sinne der Rechtsprechung (vgl. Erw. 5.2) 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 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, wie die Vorinstanz zutreffend erkannt hat. 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.

8.

Steht somit die Zulässigkeit der Anwendung der statistischen Durchschnittsmethode im Falle des Beschwerdeführers fest, bleibt in materiellrechtlicher Hinsicht zu prüfen, ob das Schiedsgericht dieses Beweismittel in bundesrechtswidriger oder tatsächlich qualifiziert unrichtiger Weise (Art. 105 Abs. 2 OG) zur Anwendung gebracht hat.

8.1 Ausgehend von den in den vorinstanzlichen Akten liegenden Auszügen aus der Behandlungsfallstatistik ist die Vorinstanz von vom Beschwerdeführer verursachten Arztkosten von Fr. 316'473.- und veranlassten Kosten von Fr. 26'936.- (für Labor) und Fr. 41'623.- (für Physio- und Ergotherapie) ausgegangen. Bei 1995 insgesamt behandelten 442 krankenversicherten Patienten ergibt dies durchschnittliche Kosten von Fr. 716.-, Fr. 61.- und Fr. 94.- (Divisionen der eingangs erwähnten Gesamtkosten durch die Anzahl der Patienten). Diese Werte entsprechen bei den verursachten Arztkosten einem Index von 171 (d.h. plus rund 70 %), wogegen der Index 100 die von den 243 Ärzten in der Vergleichsgruppe "Allgemeine Innere Medizin (mit Röntgen)" durchschnittlich verursachten Arztkosten von Fr. 419.- darstellt. Im Hinblick darauf, dass das Durchschnittsalter der vom Beschwerdeführer behandelten Patienten mit 49,2 Jahren leicht über dem Durchschnitt der in der Vergleichsgruppe behandelten Patienten von 48,4 Jahren liegt, hat die Vorinstanz den Index 100 von Fr. 419.- auf Fr. 426.- angehoben. In Berücksichtigung der vom Beschwerdeführer geltend gemachten Praxisbesonderheiten, speziell

das überwiegende Behandeln von chronisch kranken Langzeitpatienten, hat
das Schiedsgericht sodann dem Beschwerdeführer eine Abweichung vom Index 100 um 30 % zugestanden, was rund Fr. 128.- pro behandelten Patient ausmacht. Demzufolge hat das Schiedsgericht im Umfang von Fr. 554.- pro Patient noch eine wirtschaftliche Behandlungsweise anerkannt (Summe des altersbedingt bereinigten Index 100 von Fr. 426.- und der eingeräumten Toleranz von 30 % resp. Fr. 128.-). Im überschiessenden Teil von Fr. 162.- pro Patient (d.h. in der Differenz von Fr. 554.- zu den durchschnittlich verursachten Arztkosten pro Patient von Fr. 716.-) hat die Vorinstanz Unwirtschaftlichkeit angenommen. Bei den weiter berücksichtigten Kosten (Labor bzw. Ergo- und Physiotherapie auswärts) hat sie dem Beschwerdeführer sogar eine Toleranzmarge von 40 % eingeräumt. In Anbetracht der hier vom Beschwerdeführer veranlassten Durchschnittskosten von Fr. 61.- resp. Fr. 94.- im Vergleich zu den ausgewiesenen Indizes 100 (bzw. den entsprechenden Werten) hat dies nicht mehr von der Toleranzmarge gedeckte Werte von Fr. 20.- (Labor) und Fr. 39.- (Physio- und Ergotherapie) ergeben. Pro Patient hat der Beschwerdeführer somit um Fr. 221.- (Fr. 162.- + Fr. 20.- + Fr. 39.-) überarztet. Diese Zahl hat das Schiedsgericht unter Berücksichtigung des
Umstandes, dass zwei mit je einer behandelten Person am Recht stehende Krankenversicherer sich bei Einleitung des Überarztungsverfahrens nicht als Kläger konstituiert hatten, mit 440 (442 total behandelte Patienten, abzüglich 2) multipliziert, was den zugesprochenen Rückerstattungsbetrag von Fr. 97'240.- (440 x Fr. 221.-) ergibt.
8.2 Mit dieser Verfahrensweise hat das Schiedsgericht 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.
9.
Der Schiedsgerichtsentscheid hält aber nicht nur in Bezug auf die Anwendung der Durchschnittskostenvergleichsmethode stand, sondern auch in Bezug auf die weiteren materiellrechtlichen und prozessualen Rügen, welche in der Verwaltungsgerichtsbeschwerde erhoben werden:
9.1 Von einer Verwirkung des Rückerstattungsanspruchs kann keine Rede sein. Ausweislich der Akten ist die Behandlungsfallstatistik für das Jahr 1995 am 11. September 1996 vom Konkordat der schweizerischen Krankenkassen versandt worden. Für eine frühere (inoffizielle) Kenntnis der Beschwerdegegner gibt es keine im Rahmen von Art. 105 Abs. 2 OG durchdringenden Anhaltspunkte. Das Rückerstattungsbegehren ist am 4. September 1997 und damit innerhalb der einjährigen Verwirkungsfrist gemäss der nach ständiger Rechtsprechung des Eidgenössischen Versicherungsgerichts (BGE 119 V 300 Erw. 4b) zu Art. 23 KUVG analogieweise anwendbar erklärten Fristenregelung des Art. 47 AHVG eingereicht worden.
9.2 Von einer Einreichung des Rückerstattungsbegehrens durch den dafür nicht aktiv legitimierten Krankenkassenverband und einem daraufhin erfolgten unzulässigen Parteiwechsel kann ebenfalls nicht gesprochen werden. Dazu hat das Schiedsgericht das Nötige gesagt. Das Vorgehen der Beschwerdegegner entspricht üblicher Praxis, wie sie das Eidgenössische Versicherungsgericht in einer Vielzahl von Präjudizien unbeanstandet gelassen hat (in RKUV 2000 Nr. KV 128 S. 230 nicht veröffentlichte Erw. 1a des Urteils S. vom 25. Mai 2000 [K 129/99]).
9.3 Die Rüge an den von den Beschwerdegegnern vorinstanzlich aufgelegten Abrechnungen des Beschwerdeführers (sie würden nicht das Behandlungsjahr 1995 betreffen; sie stammten von versicherten Personen, die der Beschwerdeführer nie behandelt habe; usw.) ist unbehelflich. Wie im angefochtenen Entscheid dargelegt, hat das Schiedsgericht für die Festlegung des Rückerstattungsbetrages nicht massgeblich auf das Gebaren des Beschwerdeführers im einzelnen Abrechnungsfall abgestellt.
9.4 Zu prüfen bleibt die Rüge betreffend die teilweise Neubesetzung der Richterbank, welche deswegen nötig wurde, weil das kantonale Verfahren sehr lange und über die Amtsdauer zweier ursprünglich mitwirkender, dann aber nicht mehr gewählter Schiedsrichter angedauert hatte. Es trifft ausweislich der Akten zu, dass die zweite Bestellungsverfügung vom 28. März 2002, im Unterschied zur ersten vom 11. Januar 2000, nicht den formularmässigen Vermerk trägt, dass die Parteien sich zur verfügten Besetzung des Schiedsgerichts innert Frist auszusprechen und gegebenenfalls Ablehnungsgründe vorzutragen hätten. Nichtsdestotrotz ist im Vorgehen des kantonalen Gerichtes keine Bundesrechtswidrigkeit zu erblicken. Art. 89 KUVG verlangt das vom Beschwerdeführer geforderte Prozedere nicht, und eine allfällige Verletzung entsprechender kantonaler Vorschriften, die in der Verwaltungsgerichtsbeschwerde nicht dargelegt wird, stellt keine Bundesrechtswidrigkeit im Sinne von Art. 104 lit. a OG dar. Vielmehr entspricht das Vorgehen § 10 der Verordnung des Kantons Zürich

über das Schiedsgericht in Sozialversicherungsstreitigkeiten (GS 832.11), nach dessen Abs. 1, zweiter Satz, die Schiedsrichter, die im Einzelfall mitzuwirken haben, in gleicher Zahl den
Gruppen entnommen werden, die für die jeweiligen Parteien bestimmt sind, und wonach das leitende Mitglied diesen ein Vorschlagsrecht einräumen kann, aber nicht muss. Es wäre mit dem Grundsatz von Treu und Glauben sowie dem Rechtsmissbrauchsverbot nicht vereinbar, Ablehnungs- und Ausstandsgründe, die in einem früheren Prozessstadium hätten geltend gemacht werden können, erst später vorzubringen. Ein echter oder vermeintlicher Organisationsmangel ist deshalb bei erster Gelegenheit geltend zu machen. Wer den Ablehnungsgrund nicht unverzüglich vorbringt, nachdem er davon Kenntnis erhalten hat, sondern sich auf den Prozess einlässt, verwirkt den Anspruch (BGE 124 I 121 Erw. 2; 119 Ia S. 228 f.; 118 Ia 282 Erw. 3a; in SVR 2001 BVG Nr. 7 S. 27 veröffentlichte Erw. 1 von BGE 126 V 303). Das hat auch bei einer vom leitenden Mitglied des Schiedsgerichts verfügten teilweisen Neubesetzung der Richterbank zu gelten. Es geht nicht an, dass der Beschwerdeführer nach Erhalt der prozessleitenden Verfügung nicht reagiert, den Entscheid des Schiedsgerichts abwartet und nun diesen mit Verwaltungsgerichtsbeschwerde als bundesrechtswidrig, weil nicht in gehöriger Besetzung ergangen, anficht.
10.
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 Parteientschädigung zu (SVR 1995 KV Nr. 40 S. 125 ff. Erw. 5b).

Demnach beschliesst das Eidg. Versicherungsgericht:

1.
Die Verwaltungsgerichtsbeschwerde wird abgewiesen.
2.
Die Gerichtskosten von Fr. 4’500.- werden unter Verrechnung mit dem geleisteten Kostenvorschuss dem Beschwerdeführer auferlegt.
3.
Der Beschwerdeführer hat den Beschwerdegegnerinnen eine Parteientschädigung von Fr. 2’500.- zu bezahlen (einschliesslich Mehrwertsteuer).
4.
Dieser Entscheid wird den Parteien, dem Schiedsgericht in Sozialversicherungsstreitigkeiten des Kantons Zürich und dem Bundesamt für Sozialversicherung zugestellt.
Luzern, 26. Juni 2003
Im Namen des Eidgenössischen Versicherungsgerichts
Der Präsident der III. Kammer: Der Gerichtsschreiber: