[AZA 7]
K 50/00 Vr

IV. Kammer

Bundesrichter Borella, Rüedi und Bundesrichterin Leuzinger;
Gerichtsschreiber Grünvogel

Urteil vom 30. Juli 2001

in Sachen

1. CSS Versicherung, Rösslimattstrasse 40, 6005 Luzern,
2. SMUV Kranken- und Unfallversicherung, Weltpoststrasse
20, 3015 Bern,
3. Krankenkasse Helvetia, Stadelhoferstrasse 25,
8001 Zürich,
4. Krankenkasse KKB, fusioniert mit Visana,
5. Concordia, Regionalagentur, Unitas Schönenwerd, Rechtsdienst,
Weidengasse 3, 5012 Schönenwerd,
6. SKBH Schweizerische Krankenkasse für das Bau- und
Holzgewerbe und verwandte Berufe, Avenue de la Gare 20,
1950 Sion,
7. SKV Krankenkasse des Schweiz. Kaufmännischen Verbandes,
Direktion, 8036 Zürich,
8. OSKA Kranken- und Unfallversicherung, Vadianstrasse 26,
9001 St. Gallen,
9. Concordia Schweizerische Kranken- und Unfallversicherung,
Rechtsdienst, Bundesplatz 15, 6003 Luzern,
10.SBB Krankenkasse der Schweiz. Bundesbahnen, 6002 Luzern,
11.BSK Bodensee Krankenkasse, St. Gallerstrasse 16,

9320 Arbon,
12.Krankenkasse KPT, Tellstrasse 18, 3014 Bern, 13.Öffentliche Krankenkasse Luzern, Pilatusstrasse 28, 6003 Luzern,
14.Hermes Krankenkasse, Rue du Nord 5, 1920 Martigny,

15.Kolping Krankenkasse, Ringstrasse 16, 8600 Dübendorf,
16.Klug Krankenkasse Landis & Gyr, Gubelstrasse 22, 6300 Zug,
17.Die Eidgenössische Gesundheitskasse, Brislachstrasse 2,

4242 Laufen,
18.KFW Winterthur, fusioniert mit WINCARE, 19.Schweiz. Kranken- und Unfallkasse, fusioniert mit SWICA,

20.Concordia Kranken- und Unfallversicherung (ZH), Beatengasse 9, 8001 Zürich,
21.Schweizerische Betriebskrankenkasse SBKK, Römerstrasse

38, 8400 Winterthur,
22.Artisana Kranken- und Unfallversicherung, Effingerstrasse 59, 3008 Bern,
23.Krankenkasse Sanitas, Lagerstrasse 107, 8004 Zürich,

24.Krankenkasse des Schweizerischen Betriebskrankenkassenverbandes (KBV), Badgasse 3, 8400 Winterthur,
25.Intras Krankenkasse, Rue Blavignac 10, 1227 Carouge,

26.Evidenzia, Schweizerische Kranken- und Unfallversicherung, fusioniert mit Visana,
27.PKZH Personalkrankenkasse der Stadt Zürich,

8036 Zürich,
28.OeKK Öffentliche Krankenkasse Basel, Spiegelgasse 12, 4051 Basel,
29.Supra Kranken- und Unfallkasse, Chemin de Primerose 35,

1000 Lausanne,
30.Schweizerische Grütli, fusioniert mit Visana, Beschwerdeführerinnen, vertreten durch den Zentralschweizer Krankenversicherer-Verband, 6000 Luzern, und dieser vertreten durch Rechtsanwalt Dr. Werner Otzenberger, Bruchstrasse 54, 6003 Luzern, gegen
Dr. med. Z._____, Beschwerdegegner, vertreten durch Rechtsanwalt David Husmann, Untermüli 6, 6302 Zug,

und
Schiedsgericht gemäss Art. 89 KVG des Kantons Zug, Zug

A.- Z._____, Dr. med. , Arzt für Allgemeine Medizin (nachfolgend: Arzt), ist in der vom Konkordat der Schweizerischen Krankenversicherer für die Jahre 1993 und 1994 herausgegebenen Behandlungsfallstatistik (nachfolgend: KSK-Statistik) der Arztgruppe 50 (Allgemeinpraktiker [mit Röntgen]) zugeordnet. Die KSK-Statistik weist für den Arzt bezüglich der Arztkosten 195 (1993) sowie 175 Indexpunkte (1994) auf.
Gestützt auf die Daten der am 15. Juli 1994 den Krankenversicherern versandten KSK-Statistiken 1993 machte der Kantonalverband Zugerischer Krankenkassen (KZK) am 3. Juli 1995 bei der Paritätischen Vertrauenskommission der Ärztegesellschaft des Kantons Zug und des KZK (PVK) in Vertretung der im Rubrum des vorliegenden Urteils aufgeführten Krankenversicherer ein Rückforderungsbegehren gegen den Arzt für 1993 über den Betrag vom Fr. 111'608. 15 anhängig.
Die PVK erklärte das Schlichtungsverfahren am 15. Mai 1996 für gescheitert. Ein zusätzlich am 14. Juli 1994 beim Friedensrichteramt X._____ eingereichtes Vermittlungsgesuch wurde vom Friedensrichter am 3. Juni 1996 ebenfalls für erfolglos erklärt.

B.- Am 13. Juni 1996 erhoben die Krankenversicherer beim Schiedsgericht nach Art. 89 KVG des Kantons Zug (nachfolgend:
Schiedsgericht) Klage, mit welcher sie beantragten, den Arzt zur Bezahlung von Fr. 65'796. 55 zu verpflichten.
Mit Eingabe vom 9. August 1996 gelangten die Krankenversicherer gestützt auf die Daten der am 11. August 1995 den Krankenkassen versandten KSK-Statistiken 1994 auch bezüglich des Jahres 1994 an das Schiedsgericht und verlangten die Rückzahlung von Fr. 54'107.-, ohne dass sie vorgängig ein Vermittlungsverfahren angestrengt hätten. In der Folge vereinigte das Schiedsgericht beide Verfahren.
Die Krankenkassen erhöhten am 13. Dezember 1999 ihr Forderungsbegehren vom 13. Juni 1996 auf Fr. 81'696. 50. Mit Entscheid vom 23. Dezember 1999 hiess das Schiedsgericht die Klagen teilweise gut und verpflichtete den Arzt, den Klägerinnen den Betrag von Fr. 49'434.- zu bezahlen. Zudem wurden die amtlichen Kosten von Fr. 10'816.- zu 60 % (Fr. 6489. 60) den Krankenversicherern und zu 40 % (Fr. 4326. 40) dem Arzt auferlegt.

C.- Die Krankenversicherer stellen mit Verwaltungsgerichtsbeschwerde das Begehren, die Angelegenheit sei für weitere Abklärungen an die Vorinstanz zurückzuweisen; eventuell sei der Arzt zur Bezahlung von Fr. 135'803. 50 zu verpflichten. Er habe zudem vor allen Instanzen sämtliche Kosten zu tragen.
Der Arzt schliesst auf Abweisung der Verwaltungsgerichtsbeschwerde und beantragt darüber hinaus, die Rückforderung aus dem Jahre 1993 für verwirkt zu erklären.
Während sich das Schiedsgericht zur Angelegenheit äussert ohne eigene Anträge zu stellen, hat das Bundesamt für Sozialversicherung keine Vernehmlassung eingereicht.

Das Eidg. Versicherungsgericht zieht in Erwägung:

1.- a) Weil der Prozess um die Rückforderung von Kostenvergütungen aus unwirtschaftlicher ärztlicher Behandlung nicht die Bewilligung oder Verweigerung von Versicherungsleistungen betrifft (BGE 119 V 449 Erw. 1), hat das Eidgenössische Versicherungsgericht nur zu prüfen, ob der vorinstanzliche Entscheid Bundesrecht verletzt, 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).

b) Da es sich auch nicht um eine Abgabestreitigkeit im Sinne von Art. 114 Abs. 1 OG handelt und der Beschwerdegegner den vorinstanzlichen Entscheid nicht selbst angefochten hat, geht es in diesem Verfahren nur noch darum, ob über die bereits zuerkannten Fr. 32'712.- für 1993 und Fr. 16'722. 60 für 1994 hinaus insgesamt Fr. 135'803. 50 (81'696. 50; 54'107.-) zurückzuerstatten sind (BGE 119 V 392 Erw. 2b). Soweit sich der Arzt mit dem Einwand, die Krankenversicherer hätten den Rückforderungsanspruch 1993 zu spät geltend gemacht und damit verwirkt, auch gegen den vom Schiedsgericht zugesprochenen Betrag wendet, kann darauf mangels eigenständiger Beschwerdeerhebung nicht eingetreten werden.

2.- In übergangsrechtlicher Hinsicht gehen Schiedsgericht und Parteien zu Recht davon aus, dass auf die vorliegende Streitsache die materiell-rechtlichen 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).

3.- a) Die Rückforderungsansprüche verwirken nach der Rechtsprechung (in sinngemässer Anwendung von Art. 47 Abs. 2 AHVG) nach Ablauf eines Jahres, nachdem die Versicherer vom Anspruch Kenntnis erhalten haben, spätestens aber mit Ablauf von fünf Jahren, seitdem ihnen die einzelne Rechnung eingereicht worden ist (BGE 111 V 135, 103 V 152 Erw. 4; RSKV 1982 Nr. 505 S. 204 Erw. 4b). Die Jahresfrist gilt als gewahrt, wenn innerhalb eines Jahres nach Kenntnisnahme der KSK-Statistik ein Rückforderungsbegehren bei einer vertraglichen Schlichtungsinstanz, der gesetzlich vorgesehenen Vermittlungsbehörde oder (direkt) beim Schiedsgericht das Rückforderungsbegehren eingereicht wird (vgl. BGE 103 V 154 Erw. 4; RSKV 1982 Nr. 505 S. 204 Erw. 4b; auszugsweise in KSK 1996 S. 146 zitiertes Urteil A. und weitere vom 11. Juli 1996 [K 39/95]). Wurde das Rückerstattungsbegehren fristgerecht erhoben, ist die Verwirkung ein für alle Mal ausgeschlossen (vgl. AHI 1998 S. 297 Erw. 5).

b) Die absolute Verwirkungsfrist von fünf Jahren ist sowohl für den das Jahr 1994 betreffenden Rückforderungsanspruch als auch jenen für das Jahr 1995 offenkundig gewahrt.
Weiter wurde nach bindender Feststellung der Vorinstanz (Erw. 1a) den Krankenversicherern die KSK-Statistik für das Jahr 1993 frühestens am 16. Juli 1994 und für das Jahr 1994 am 12. August 1995 zur Kenntnis gebracht. Die Krankenversicherer haben am 3. Juli 1995 bei der nach damals geltendem Recht (§ 20 Abs. 1 EG KUVG des Kantons Zug, in Kraft bis Ende 1995; Art. 19 Ziff. 1 lit. b des Vertrags der Ärztegesellschaft des Kantons Zug mit dem KZK vom 10. Januar 1990) als Vermittlungsbehörde anzurufenden PVK das Rückforderungsbegehren eingereicht, was entgegen der vom Beschwerdegegner vertreten Auffassung zur Wahrung der einjährigen Verwirkungsfrist genügt (Erw. 3a in fine hievor).
Sodann ist auch der Rückforderungsanspruch für das Jahr 1995 fristgerecht geltend gemacht worden. Als fristwahrende Handlung ist hier die Beschwerdeerhebung vom 9. August 1996 beim (seit 1. Januar 1996 direkt anrufbaren) Schiedsgericht (vgl. § 8 EG KVG des Kantons Zug, anwendbar seit dem 1. Januar 1996) zu betrachten.

4.- a) Das Schiedsgericht hat die Grundlagen betreffend die statistische Methode (Fallkostendurchschnittsmethode) als Mittel zur Festsetzung unwirtschaftlicher Behandlung (Art. 23 KUVG) im Wesentlichen zutreffend festgelegt (BGE 119 V 453 Erw. 4). Es kann darauf verwiesen werden.

b) Wo die Wirtschaftlichkeit in Anwendung der statistischen Methode überprüft wird, 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).

aa) Nach der Rechtsprechung liegt der Toleranzbereich zwischen 120 und 130 Indexpunkten. So hat das Eidgenössische Versicherungsgericht etwa Entscheide von Schiedsgerichten bestätigt, welche für eine Praxis ohne (aber auch mit) Besonderheiten 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.

bb) Bei Vorliegen spezifischer Praxisbesonderheiten hat die Rechtsprechung zwei verschiedene rechnerische Methoden als zulässig erachtet. Die eine Methode besteht darin, 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]).

5.- a) In sachverhaltsmässiger Hinsicht ist die Einteilung des Arztes zur Arztgruppe 50 (Allgemeinpraktiker [mit Röntgen]) unbestritten. Ferner ist erstellt, dass die durchschnittlichen Arztkosten pro Fall 1993 195, und im folgenden Jahr 175 Indexpunkte erreichten. Zur Frage, ob beim Beschwerdegegner Praxisbesonderheiten vorliegen, die ein Abweichen vom Fallkostendurchschnitt der Vergleichsgruppe zu begründen vermögen, stellte die Vorinstanz im Patientengut eine überdurchschnittlich hohe Anzahl von an einem Methadonprogramm teilnehmenden drogensüchtigen Patienten fest, was sich zusammen mit dem Umstand, dass die Methadonpatienten sehr kostenintensiv seien, stark auf den Fallkostendurchschnitt auswirke. Ebenso erkannte es auf eine für einen Allgemeinpraktiker untypisch hohe Anzahl von Behandlungen psychisch kranker Personen. Obwohl Beweismassnahmen ergaben, dass sich die den Krankenkassen verrechneten Leistungen nicht lückenlos in den Krankenblättern der Patienten wiederfanden und der Arzt bezüglich psychiatrischer Leistungen selbst einräumte, teilweise unter einer falschen Ziffer abgerechnet zu haben (unter einer Grundposition anstelle einer für psychotherapeutische Leistungen vorgesehenen Ziffer), verzichtete das kantonale
Gericht auf weitere Abklärungen in diese Richtung. Dies weil es das tatsächliche Erbringen der abgerechneten Leistungen trotz der Unzulänglichkeiten in den Krankengeschichten als ausgewiesen betrachtete, der unkorrekten Abrechnung keine entscheidwesentliche Bedeutung beimass und von weiteren Beweismassnahmen, insbesondere der von den Krankenversicherern beantragten fachspezifischen Begutachtung ohnehin keine neuen, relevanten Erkenntnisse erwartete.

b) Diese Sachverhaltsfeststellungen und die damit einhergehende Beweiswürdigungen können weder als offensichtlich unrichtig noch als unvollständig bezeichnet werden.
Von einer Verletzung wesentlicher Verfahrensbestimmungen kann entgegen den Vorbringen in der Verwaltungsgerichtsbeschwerden ebenso wenig die Rede sein. Wenn das Schiedsgericht die Aussage des Arztes, nur tatsächlich erbrachte Leistungen verrechnet zu haben, anhand der gesamten Umstände, insbesondere auch der Aussagen der von den Krankenversicherern angerufenen und der Vorinstanz als Zeugen einvernommenen Methadonpatienten des Arztes, als glaubwürdig erachtet, so ist dies eine Beweiswürdigung, die nicht zu beanstanden ist. Angesichts der in Einzelfällen wie etwa bei psychosozialen Beratungsterminen auftretenden Abgrenzungsschwierigkeiten zwischen dem über die Grundpositionen abzurechnenden Beratungsgespräch und der eigentlichen psychotherapeutischen Behandlung, welche über speziell hiefür vorgesehene Ziffern abzurechenden ist, sowie dem vom Arzt im vorinstanzlichen Verfahren eingebrachten Einwand, wonach das Tarifieren einer psychotherapeutischen Behandlung über die Grundpositionen bei einer Konsultationsdauer von bis zu ½ Stunde die Krankenkassen sowie den Patienten günstiger zu stehen komme, als wenn über die psychotherapeutischen Positionen abgerechnet werde, durfte die Vorinstanz ohne Bundesrecht zu verletzen auch darauf
verzichten, der Frage nach der korrekten Abrechnung psychotherapeutischer Leistungen im Einzelfall weiter nachzugehen. Wie bereits im angefochtenen Entscheid erwogen, erfordert die Überprüfung des Wirtschaft-

lichkeitsgebotes gemäss Art. 23 KUVG mittels der Fallkostendurchschnittsmethode nicht die Kontrolle aller Positionen sämtlicher Rechnungen (BGE 119 V 453 Erw. 4b mit Hinweisen). Soweit die Beschwerdeführer weiter bemängeln, die Vorinstanz habe bei der Festlegung der durchschnittlichen Fallkosten der beiden fraglichen Patientengruppen nicht auf die vom Arzt ins Recht gelegte, selbst verfasste Statistik abstellen dürfen, ohne dass diese vorgängig durch einen Experten überprüft worden seien, ist ihnen entgegenzuhalten, dass hierauf kein gesetzlicher Anspruch besteht. Endlich hat sich das Schiedsgericht im angefochtenen Entscheid mit den Vorbringen der Beschwerdeführer, soweit erheblicher Natur, auseinandergesetzt und damit dem in diesem Zusammenhang von den Krankenkassen angerufen Anspruch auf rechtliches Gehör Genüge getan.

6.- a) Wenn die Vorinstanz den festgestellten Praxisbesonderheiten (überdurchschnittliche Anzahl von begleiteten Methadonprogrammen sowie viele Patienten mit psychiatrischer Diagnose) dadurch Rechnung trägt, dass sie die damit zusammenhängenden Kosten von den gesamten in der KSK-Statistik ausgewiesenen Kosten in Abzug bringt und auf die verbleibenden Kosten einen Toleranzbereich von 20 % gewährt, so kann sie sich dabei auf die bundesgerichtliche Rechtsprechung stützen (vgl. Erw. 4b/bb hievor). Es bestand keine Verpflichtung, diese Praxisbesonderheiten ausschliesslich mit einem Zuschlag zum Durchschnittswert der Fachgruppe 50 zu berücksichtigen, wovon die Beschwerdeführer auszugehen scheinen. Bezüglich der Patienten mit psychiatrischer Diagnose hat die Vorinstanz indessen bloss die Hälfte der ausgewiesenen Behandlungskosten (Fr. 1710.- für 1993; Fr. 1178.- für 1994) berücksichtigt. Zur Begründung wurde im Wesentlichen angeführt, diese würden weit über dem gesamtschweizerischen Durchschnitt der Behandlungskosten von Psychiatern im Jahre 1992 (Fr. 456.-) liegen, weshalb bloss eine teilweise Ausklammerung der Kosten angezeigt sei. Dies kann nicht anders verstanden werden, als dass die Vorinstanz beim Patientengut der psychisch Kranken
eine Überarztung ausmachte.

b) Zwar erweist es sich als richtig, die Wirtschaftlichkeitsfrage auch in den zur Ausscheidung bestimmten Bereichen zu stellen, da sich das Wirtschaftlichkeitsgebot auf sämtliche Teile der ärztlichen Behandlung erstreckt.
Will diese für die psychiatrisch behandelten Patienten in den Jahren 1993 und 1994 beantwortet werden, kann allerdings nicht der gesamtschweizerische Durchschnittswert der Fallkosten eines Psychiaters aus einem davor liegenden Jahr als Vergleichsgrösse herangezogen werden. Nicht nur, dass sich die Verhältnisse jährlich verändern, sondern je nach Region sind die die Kosten beeinflussenden Umstände äusserst unterschiedlich. Abzustellen ist auf die Durchschnittskosten der im gleichen Kanton wie der Arzt praktizierenden Psychiater (Zug), oder, wenn diese Zahlen zu wenig aussagekräftig sind, aller hinreichend ähnlichen Kantone (SVR 2001 KV Nr. 19 S. 51 Erw. 5c und d) aus den Jahren 1993 und 1994. Sodann muss der Umfang der Überarztung für den fraglichen Bereich gesondert bestimmt werden. Entweder schliesst man - wie bereits unter Erw. 4b/bb hievor dargetan - jene Kosten von den gesamten in der KSK-Statistik ausgewiesenen Kosten aus, welche dem für die betreffende Arztgruppe atypischen Patientengut oder atypischen Mehrleistungen zugeschrieben werden, und betrachtet sie dementsprechend auch gesondert. Oder es findet eine gesamthafte Betrachtung statt, in welcher die Praxisbesonderheiten gegebenenfalls mit einem Zuschlag zum Toleranzwert
Berücksichtigung finden. Es wird Sache des Schiedsgerichts sein, an das die Angelegenheit zurückgewiesen wird, die erforderlichen Abklärungen zu tätigen und anschliessend die Wirtschaftlichkeit der psychotherapeutischen Behandlungen in Nachachtung des Gesagten neu zu beurteilen.

c) Was die vom Schiedsgericht für die Neuberechnung des Indexwertes gänzlich ausgeschiedenen Behandlungskosten der in einem Methadonprogramm befindlichen Patienten anbelangt, erachtete es diese zu Recht als angemessen. Nicht nur, dass es zu dieser Frage eine Vielzahl von Beweisauskünften einholte, sondern es zog daraus auch die treffenden Schlüsse: In Anlehnung an die Stellungnahme der Fachstelle für Suchtfragen und Prävention des Kantons Zug vom 19. März 1999 wies es auf eine im Kanton Zug für Methadonpatienten während der Jahre 1993 und 1994 bestehende Sondersituation hin (keine ausreichende psychotherapeutische bzw. psychosoziale Versorgung); weiter führte es mit Blick auf die Weisungen der Gesundheitsdirektion vom 11. April 1989, wonach bei Methadonpatienten eine intensivere (psychosoziale) Betreuung als ein Gespräch im Monat anzustreben sei, in nicht zu beanstandender Weise aus, eine Konsultation pro Woche sei als mit dem Wirtschaftlichkeitsgebot vereinbar zu betrachten, was in Berücksichtigung von Fr. 5.- für die tägliche Methadonabgabe zu durchschnittlichen Fallkosten in der Höhe von Fr. 2392.- im Jahr führe. Der dergestalt errechnete

Betrag liegt gerade 1 % unter den vom Arzt ausgewiesenen durchschnittlichen Behandlungskosten eines Methadonpatienten im Jahre 1993 in der Höhe von Fr. 2418.- und gar über jenen des Jahres 1994 von Fr. 2022.-. Damit liegen diese offenkundig im Rahmen dessen, was als tolerierbar zu bezeichnen ist (vgl. Erw. 4b/aa hievor).

7.- Da mit der Rückweisung an die Vorinstanz auch der Kostenentscheid aufgehoben ist, werden die Einwendungen zur vorinstanzlichen Kostenverteilung gegenstandslos. Es sei dennoch erwähnt, dass die im kantonalen Schiedsgerichtsverfahren nach Art. 89 KVG erfolgte, und damit auf rein kantonalem Verfahrensrecht beruhende (RKUV 2000 Nr. KV 128 S. 231 Erw. 4a) Kostenauflage, unter dem beschränkten Blickwinkel der Bundesrechtsverletzung (Art. 104 OG; BGE 126 V 143; RKUV a.a.O.), insbesondere des Willkürverbots (vgl. BGE 124 V 28 Erw. 6), nicht zu beanstanden gewesen wäre.

8.- Da es nicht um die Bewilligung oder Verweigerung von Versicherungsleistungen geht, ist das Verfahren kostenpflichtig (Art. 134 OG e contrario). Den Krankenkassen ist gestützt auf Art. 159 Abs. 2 in Verbindung mit Art. 135 OG eine Parteientschädigung zu verwehren (SVR 2000 KV Nr. 39 S. 122 Erw. 3).
Demnach erkennt das Eidg. Versicherungsgericht:

I.In Gutheissung der Verwaltungsgerichtsbeschwerde wird
der Entscheid des Schiedsgerichts gemäss Art. 89 KVG
des Kantons Zug vom 23. Dezember 1999 aufgehoben und
die Sache an das Schiedsgericht zurückgewiesen, damit
es, nach erfolgten Abklärungen im Sinne der Erwägungen,
über die Klagen vom 13. Juni sowie 9. August 1996
neu entscheide.

II.Die Gerichtskosten von total Fr. 4500.- werden dem Beschwerdegegner auferlegt.
III. Der geleistete Kostenvorschuss von Fr. 4500.- wird den

Krankenversicherern zurückerstattet.

IV.Dieses Urteil wird den Parteien, dem Schiedsgericht gemäss Art. 89 KVG des Kantons Zug und dem Bundesamt für Sozialversicherung zugestellt.

Luzern, 30. Juli 2001

Im Namen des
Eidgenössischen Versicherungsgerichts
Der Präsident der IV. Kammer:

Der Gerichtsschreiber: