



Bundesgericht  
Tribunal fédéral  
Tribunale federale  
Tribunal federal

Zurück

Bundesgericht  
Tribunal fédéral  
Tribunale federale  
Tribunal federal



**9C\_558/2018, 9C\_559/2018**

**Urteil vom 12. April 2019**

**II. sozialrechtliche Abteilung**

Besetzung  
Bundesrichterin Pfiffner, Präsidentin,  
Bundesrichterinnen Glanzmann, Moser-Szeless,  
Gerichtsschreiber Fessler.

Verfahrensbeteiligte  
Dr. med. A. \_\_\_\_\_,  
vertreten durch Rechtsanwalt Dr. Thomas Eichenberger,  
Beschwerdeführer,

*gegen*

9C\_558/2018

1. CSS Kranken-Versicherung AG, Tribschenstrasse 21, 6005 Luzern,
2. SUPRA-1846 SA, Avenue de la Rasude 8, 1006 Lausanne,
3. Sumiswalder Krankenkasse, Spitalstrasse 47, 3454 Sumiswald,
4. CONCORDIA Schweizerische Kranken- und Unfallversicherung AG, Rechtsdienst, Bundesplatz 15, 6002 Luzern,
5. Atupri Gesundheitsversicherung, Zieglerstrasse 29, 3007 Bern,
6. Avenir Assurance Maladie SA, Rechtsdienst, Rue des Cèdres 5, 1920 Martigny,
7. KPT Krankenkasse AG, Tellstrasse 18, 3014 Bern,
8. ÖKK Kranken- und Unfallversicherungen AG, Bahnhofstrasse 9, 7302 Landquart,
9. Vivao Sympany AG, vormals Vivao Sympany Schweiz AG, vormals ÖKK Öffentliche Krankenkassen Schweiz, Peter Merian-Weg 4, 4052 Basel,
10. Kolping Krankenkasse AG, Wallisellenstrasse 55, 8600 Dübendorf,
11. Easy Sana Krankenversicherung AG, Rue des Cèdres 5, 1920 Martigny,
12. EGK Grundversicherungen AG, Brislachstrasse 2, 4242 Laufen,
13. Krankenkasse SLKK, Hofwiesenstrasse 370, 8050 Zürich,
14. Progrès Versicherungen AG, Zürichstrasse 130, 8600 Dübendorf,
15. SWICA Krankenversicherung AG, Römerstrasse 38, 8401 Winterthur,
16. Galenos Kranken- und Unfallversicherung, Militärstrasse 36, Postfach, 8021 Zürich,
17. Mutuel Krankenversicherung AG, Rechtsdienst, Rue des Cèdres 5, 1920 Martigny,
18. Sanitas Grundversicherungen AG, Jägerstrasse 3, 8021 Zürich,
19. Intras Kranken-Versicherung AG, Avenue de Valmont 41, 1010 Lausanne,
20. Philos Krankenversicherung AG, Rechtsdienst, Rue des Cèdres 5, 1920 Martigny,
21. Assura-Basis SA, Avenue Charles-Ferdinand Ramuz 70, 1009 Pully,
22. Visana AG, Weltpoststrasse 19/21, 3015 Bern,
23. Agrisano Krankenkasse AG, Laurstrasse 10, 5200 Brugg AG,
24. Helsana Versicherungen AG, Versicherungsrecht, Zürichstrasse 130, 8600 Dübendorf,
25. sana24 AG, Weltpoststrasse 19, 3015 Bern,
26. Arcosana AG, Tribschenstrasse 21, 6005 Luzern,
27. vivacare AG, Weltpoststrasse 19, 3015 Bern,
28. Compact Grundversicherungen AG, Jägerstrasse 3, 8021 Zürich,

alle vertreten durch Verein santésuisse,  
und dieser vertreten durch Rechtsanwalt Dr. Vincent Augustin,  
Beschwerdegegner,

und

9C\_559/2018

1. CSS Kranken-Versicherung AG, Tribschenstrasse 21, 6005 Luzern,
2. Supra-1846 SA, Chemin des Plaines 2, 1007 Lausanne,
3. CONCORDIA Schweizerische Kranken- und Unfallversicherung AG, Rechtsdienst, Bundesplatz 15, 6002 Luzern,
4. Atupri Gesundheitsversicherung, Zieglerstrasse 29, 3007 Bern,
5. Avenir Assurance Maladie SA, Rechtsdienst, Rue des Cèdres 5, 1920 Martigny,
6. KPT Krankenkasse AG, Tellstrasse 18, 3014 Bern,
7. ÖKK Kranken- und Unfallversicherungen AG, Bahnhofstrasse 9, 7302 Landquart,
8. Vivao Sympany AG, vormals Vivao Sympany Schweiz AG, vormals ÖKK Öffentliche Krankenkassen Schweiz, Peter Merian-Weg 4, 4052 Basel,
9. Kolping Krankenkasse AG, Wallisellenstrasse 55, 8600 Dübendorf,
10. Easy Sana Krankenversicherung AG, Rue des Cèdres 5, 1920 Martigny,
11. EGK Grundversicherungen AG, Brislachstrasse 2, 4242 Laufen,
12. Progrès Versicherungen AG, Zürichstrasse 130, 8600 Dübendorf,
13. SWICA Krankenversicherung AG, Römerstrasse 38, 8401 Winterthur,
14. Galenos Kranken- und Unfallversicherung, Militärstrasse 36, Postfach, 8021 Zürich,
15. Mutuel Krankenversicherung AG, Rechtsdienst, Rue des Cèdres 5, 1920 Martigny,
16. Sanitas Grundversicherungen AG, Jägerstrasse 3, 8021 Zürich,
17. Intras Kranken-Versicherung AG, Avenue de Valmont 41, 1010 Lausanne,
18. Philos Krankenversicherung AG, Rechtsdienst, Rue des Cèdres 5, 1920 Martigny,
19. Assura-Basis SA, Avenue Charles-Ferdinand Ramuz 70, 1009 Pully,
20. Visana AG, Weltpoststrasse 19/21, 3015 Bern,
21. Agrisano Krankenkasse AG, Laurstrasse 10, 5200 Brugg AG,
22. Helsana Versicherungen AG, Versicherungsrecht, Zürichstrasse 130, 8600 Dübendorf,
23. sana24 AG, Weltpoststrasse 19, 3015 Bern,
24. Arcosana AG, Tribschenstrasse 21, 6005 Luzern,
25. vivacare AG, Weltpoststrasse 19, 3015 Bern,
26. Compact Grundversicherungen AG, Jägerstrasse 3, 8021 Zürich,

alle vertreten durch Verein santésuisse,  
und dieser vertreten durch Rechtsanwalt Dr. Vincent Augustin,  
Beschwerdegegner.

Gegenstand  
Krankenversicherung,

Beschwerden gegen die Entscheide des Schiedsgerichts in Sozialversicherungsstreitigkeiten des Kantons Bern vom 10. Juni 2018 (220 16 682 SCHG und 200 17 670 SCHG).

### Sachverhalt:

#### A.

Am 13. Juni 2016 reichten verschiedene Krankenversicherer, u.a. die CSS Kranken-Versicherung AG, vertreten durch santésuisse, beim Schiedsgericht in Sozialversicherungsstreitigkeiten des Kantons Bern Klage gegen Dr. med.

A. \_\_\_\_\_, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin, ein mit dem Rechtsbegehren, es sei der Betrag gerichtlich zu ermitteln, welchen ihnen der Beklagte wegen unwirtschaftlicher Behandlungsweise gemäss Rechnungssteller-Statistik (RSS) 2014 zurückzuerstatten habe (Verfahren SCHG/2016/662).

Am 14. Juli 2017 erhoben mehrere Krankenversicherer, darunter wiederum die CSS Kranken-Versicherung AG, vertreten durch santésuisse, Klage gegen Dr. med. A. \_\_\_\_\_ mit dem Rechtsbegehren, der Beklagte sei zu verpflichten, pro 2015 jene Beträge zurückzuzahlen, die aus unwirtschaftlicher Behandlung resultierten (Verfahren SCHG/2017/670).

Der ins Recht gefasste Arzt beantragte in seinen Antworten, die Klagen seien abzuweisen. In Replik und Duplik hielten die Parteien jeweils an ihren Begehren fest.

#### B.

Mit Entscheiden vom 10. Juni 2018 hiess das Schiedsgericht in Sozialversicherungsstreitigkeiten des Kantons Bern die Klagen gut. Es verpflichtete Dr. med. A. \_\_\_\_\_, den klagenden Krankenversicherern den Betrag von Fr. 270'959.45 für das Jahr 2014 bzw. Fr. 289'902.20 für das Jahr 2015 zurückzuerstatten.

#### C.

Dr. med. A. \_\_\_\_\_ hat gegen beide schiedsgerichtlichen Entscheide Beschwerde in öffentlich-rechtlichen Angelegenheiten erhoben (Verfahren 9C\_558/2018 und 9C\_559/2018) mit den hauptsächlichen Rechtsbegehren, diese seien aufzuheben und die Klagen abzuweisen; eventualiter sei die Sache nach Massgabe der Erwägungen an die Vorinstanz zurückzuweisen, welche anzuweisen sei, die Wirtschaftlichkeit der Praxisführung anhand einer Einzelfallprüfung, allenfalls nach der Screening-Methode zu untersuchen.

Die Krankenversicherer beantragen die Abweisung der Beschwerden, soweit darauf eingetreten werden könne. Das Bundesamt für Gesundheit verzichtet auf eine Vernehmlassung.

**Erwägungen:**

1. Die Verfahren 9C\_558/2018 und 9C\_559/2018 betreffen die Statistikjahre 2014 und 2015. Es stellen sich im Wesentlichen dieselben Rechtsfragen auf der Grundlage vergleichbarer Sachverhalte. Es rechtfertigt sich daher, die Verfahren zu vereinigen und in einem einzigen Urteil zu erledigen (vgl. Art. 24 BZP i.V.m. Art. 71 BGG).
2. In den Beschwerden wird die Gegenpartei mit "Diverse Krankenversicherer" bezeichnet. Es besteht indessen kein Zweifel über die Identität der Beschwerdegegner und eine Verwechslungsgefahr ist ausgeschlossen. Eine Berichtigung der Parteibezeichnung ist daher zulässig (vgl. Art. 23 lit. a BZP i.V.m. Art. 71 BGG sowie Art. 221 Abs. 1 lit. a ZPO; Urteile 4A\_510/2016 vom 26. Januar 2017 E. 3.1 und 4A\_560/2015 vom 20. Mai 2016 E. 4.2).
3. Beschwerde in öffentlich-rechtlichen Angelegenheiten kann unter anderem wegen Verletzung von Bundesrecht erhoben werden (Art. 95 lit. a BGG). Das Bundesgericht legt seinem Urteil den Sachverhalt zu Grunde, den die Vorinstanz festgestellt hat (Art. 105 Abs. 1 BGG). Es kann die Sachverhaltsfeststellung der Vorinstanz von Amtes wegen berichtigen oder ergänzen, wenn sie offensichtlich unrichtig [wie die Beweiswürdigung willkürlich; **BGE 142 II 433** E. 4.4 S. 444] ist oder auf einer Rechtsverletzung im Sinne von Artikel 95 beruht (Art. 105 Abs. 2 BGG; vgl. auch Art. 97 Abs. 1 BGG). Das Bundesgericht wendet das Recht von Amtes wegen an (Art. 106 Abs. 1 BGG; zur Rüge- und Begründungspflicht der Parteien Art. 42 Abs. 2 und Art. 106 Abs. 2 BGG sowie **BGE 138 I 171** E. 1.4 S. 176 und **BGE 133 II 249** E. 1.4.1 und E. 1.4.2 S. 254).
4. Der Beschwerdeführer rügt im Zusammenhang mit einem Schreiben von santésuisse vom 14. März 2016 einen Verstoss gegen Treu und Glauben. Das kantonale Schiedsgericht hat den nämlichen Einwand als nicht stichhaltig erachtet. Der Beschwerdeführer äussert sich nicht zu den betreffenden Erwägungen, womit es sein Bewenden hat.
5. Streitgegenstand bildet die - auf Art. 59 Abs. 1 lit. b KVG gestützte (**BGE 141 V 25**) - Verpflichtung des Beschwerdeführers, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin, zur Rückerstattung von Fr. 270'959.45 für das Jahr 2014 und Fr. 289'902.20 für das Jahr 2015 wegen Verletzung des Gebots der Wirtschaftlichkeit der Leistungen nach Art. 56 Abs. 1 KVG.
6. Das kantonale Schiedsgericht prüfte die Wirtschaftlichkeit der Praxistätigkeit des Beschwerdeführers auf der Datengrundlage gemäss der Rechnungssteller-Statistik (RSS) 2014 und 2015. Vergleichsgruppe, welcher ein Indexwert von 100 Punkten für die jeweils betrachteten Kosten pro erkrankte Person zugeordnet wird, bildeten die im Kanton Bern praktizierenden Ärzte der Fachrichtung "Allgemeine Innere Medizin". Es verneinte Praxisbesonderheiten, welche einen Zuschlag zum Toleranzwert von 130 Punkten rechtfertigten oder eine Modifikation der Vergleichsgruppe erforderten. Der Index der totalen (direkten und veranlassten) Kosten (147 Punkte [2014], 150 Punkte [2015]) lag darüber, ebenso der Index der totalen Kosten, berechnet nach dem Varianzanalysenmodell (ANOVA-Methode [vgl. E. 7.1 hinten]; 145 Punkte [2014], 147 Punkte [2015]). Es bejahte daher eine unwirtschaftliche Behandlungsweise in den betreffenden Jahren (**BGE 133 V 37**). Ebenfalls lagen die Indizes der totalen direkten Kosten (RSS) betreffend Arzt- und Medikamentenkosten: 149 Punkte [2014], 146 Punkte [2015]; ANOVA betreffend Arztkosten, ohne Medikamente: 186 Punkte [2014], 184 Punkte [2015] ausserhalb des Toleranzbereichs, weshalb im Rahmen des zweiten Überprüfungssteps eine Rückforderung zu erfolgen habe (Urteil 9C\_535/2014 vom 15. Januar 2015 E. 5.4, nicht publ. in: **BGE 141 V 25**, aber in: SVR 2015 KV Nr. 8 S. 29; zur statistischen Methode des Durchschnittskostenvergleichs auf der Grundlage der RSS **BGE 137 V 43** E. 2.2 S. 45 und **BGE 136 V 415** E. 6.2 S. 416 f.). Bei der Berechnung der rückzuerstattenden Vergütungen unter Ausschluss der veranlassten Kosten (vgl. E. 7.1 hinten) erwog das Schiedsgericht zutreffend, der ANOVA-Index der direkten Kosten umfasse die vom Arzt selber abgegebenen Medikamente nicht. Der Index der gesamten (direkten und veranlassten) Medikamentenkosten (141 Punkte [2014], 139 Punkte [2015]) liege ebenfalls über dem Toleranzwert von 130 Punkten, jedoch unter dem Index der direkten Arztkosten (186 Punkte [2014], 184 Punkte [2015]). Die veranlassten Medikamentenkosten würden nach der RSS gar einen Index von 174 (2014) bzw. 182 (2015) aufweisen, was erheblich über dem Toleranzwert liege. Bei dieser Ausgangslage bestehe auch für die Medikamentenkosten eine Rückzahlungspflicht. Zu Gunsten des ins Recht gefassten Arztes habe eine gesonderte Berechnung des Rückerstattungsbetrages zu erfolgen für die direkten Arztkosten einerseits und für die direkten Medikamentenkosten andererseits. Dementsprechend ermittelte das Schiedsgericht die Summe der rückzuerstattenden Vergütungen nach der Formel
- a. für die direkten Arztkosten, ausgehend von einem Index von 186: ' (direkte Arztkosten x (ANOVA-Index direkte Arztkosten - 130 Punkte) / ANOVA-Index direkte Arztkosten)
- +  
b. für die Medikamentenkosten, ausgehend von einem Index von 141 ' (direkte Medikamentenkosten x (ANOVA-Index totale [direkte und veranlasste] Medikamentenkosten - 130 Punkte) / ANOVA-Index totale Medikamentenkosten) '.

Daraus ergaben sich für

2014 Fr. 270'959.45 (Fr. 258'049.80 + Fr. 12'909.65)

2015 Fr. 289'902.20 (Fr. 279'320.60 + Fr. 10'581.60).

7. Der Beschwerdeführer bestreitet die Anwendbarkeit der ANOVA-Methode. Die Wirtschaftlichkeitskontrolle habe nach der Screening-Methode zu erfolgen. Sodann rügt er, die Methodik (Berechnung und Modelle) sei nicht offengelegt worden, was seinen Anspruch auf rechtliches Gehör nach Art. 29 Abs. 2 BV verletze. Schliesslich sei die RSS-Datenbasis fehlerhaft und weise erhebliche Ungereimtheiten auf. Gestützt darauf könne keine Rückforderung begründet werden.

**7.1.** Das Varianzanalysenmodell (ANOVA-Methode) zur Bemessung der Wirtschaftlichkeit der Leistungen von praktizierenden Ärztinnen und Ärzten im Hinblick auf die Rückerstattung der Honorare wegen nicht wirtschaftlicher ambulanter Tätigkeit beruht auf derselben Datenbasis wie die Rechnungssteller-Statistik (RSS). Vergleichsgruppe bilden die Ärzte und Ärztinnen einer Facharztgruppe (gemäss Einteilung der FMH) in der Schweiz. Im Unterschied zum Durchschnittskostenvergleich werden die Kosten der einzelnen Leistungserbringer in Bezug auf die statistisch signifikanten, d.h. nicht zufälligen Merkmale Alter und Geschlecht der Patienten sowie Kanton, in dem die ambulante ärztliche Tätigkeit ausgeübt wird, standardisiert. Damit werden die Kosten so ausgewiesen, als hätte der betreffende Arzt die gleiche Alters- und Geschlechterverteilung wie die Vergleichsgruppe als Ganzes und wie wenn alle Leistungserbringer im selben Kanton tätig wären. Die ANOVA-Methode ergibt Indizes betreffend die direkten Kosten (ohne Medikamente), die Medikamentenkosten (direkt und veranlasst) sowie die totalen Kosten (jeweils pro Erkrankten; Urteil 9C\_517/2017 vom 10. November 2018 E. 5.3).

Die Vereinigung der Schweizer Ärztinnen und Ärzte (FMH) auf der einen Seite, santésuisse (Die Schweizer Krankenversicherer) und curafutura (Die innovativen Krankenversicherer) auf der anderen Seite haben sich in einem am 27. Dezember 2013/16. Januar 2014 gestützt auf Art. 56 Abs. 6 KVG geschlossenen Vertrag auf die Varianzanalyse (ANOVA) als statistische Methode zur Kontrolle der Wirtschaftlichkeit verständigt. Dies kann nicht als gesetzwidrig bezeichnet werden, wie das Bundesgericht im Urteil 9C\_264/2017 vom 18. Dezember 2017 (**BGE 144 V 79**) erkannte und woran es seither festgehalten hat (Urteil 9C\_517/2017 vom 10. November 2018 E. 5.2 mit Hinweis). Die Vorbringen in den Beschwerden geben zu keiner anderen Betrachtungsweise Anlass. Die vom Kläger eingereichte eigene Praxisabklärung "Praxiscockpit Ponte Nova" ändert daran nichts. Die Screening-Methode, auf welche sich die Vertragspartner geeinigt haben, soll erst ab dem Statistikjahr 2017 zur Anwendung gelangen (vgl. Urteil 9C\_67/2018 vom 20. Dezember 2018 E. 10). Davon kann schon aus Gründen der Gleichbehandlung keine Ausnahme gemacht werden.

**7.2.** Die ANOVA-Methode ist weder als mathematisches Modell noch in Bezug auf die (RSS-) Datenbasis in Frage zu stellen. Wie bisher hat indessen der ins Recht gefasste Arzt aus Gründen des rechtlichen Gehörs (Art. 29 Abs. 2 BV) Anspruch darauf, in die für die Wirtschaftlichkeitsprüfung massgebenden Unterlagen Einsicht zu nehmen (**BGE 136 V 415** E. 6.3.1 S. 417; Urteil 9C\_732/2010 vom 7. April 2011 E. 4.4, in: SVR 2011 KV Nr. 15 S. 57). Dazu gehört grundsätzlich alles, was notwendig ist, um das Zustandekommen der massgebenden Indizes nachvollziehen zu können. Da das Varianzanalysenmodell als akzeptiert zu gelten hat (**BGE 144 V 79** E. 5.3.2 S. 82), bedarf es jedoch, entgegen den Vorbringen in der Beschwerde, keiner Darlegung der "Methodik", namentlich wie Alter und Geschlecht der Patienten sowie kantonale Kostenunterschiede im ANOVA-Index berücksichtigt werden (Urteil 9C\_517/2017 vom 10. November 2018 E. 5.4).

**7.3.** Zur gerügten Mangelhaftigkeit der Daten der RSS hat sich das kantonale Schiedsgericht in E. 5.2 der angefochtenen Entscheide geäussert. Der Beschwerdeführer vermag nicht substantiiert aufzuzeigen, inwiefern die betreffenden Erwägungen Bundesrecht verletzen.

**8.** Der Beschwerdeführer macht Praxisbesonderheiten geltend, welche eine Wirtschaftlichkeitskontrolle durch statistischen Vergleich mit irgendeiner Gruppe von praktizierenden Ärzten der Fachrichtung "Allgemeine Innere Medizin" ausschliessen würden bzw. das Überschreiten des Toleranzwertes von 130 Indexpunkten zu erklären vermöchten. Es sei eine Einzelfallprüfung durchzuführen. Im Eventualstandpunkt bestreitet er die Berechnung des Rückerstattungsbetrages. Bei einem RSS-Index direkte Medikamentenkosten von lediglich 64 (2014) und 60 Punkten (2015) könne er diesbezüglich nicht zu einer Rückerstattung angehalten werden. Sodann sei der ANOVA-Index der totalen Kosten von 145 (2014) und 147 Punkten (2015) anzuwenden. Der Rückforderungsbetrag könne sich somit auf maximal Fr. 88'664.90 (2014) und Fr. 110'067.35 (2015) belaufen.

**8.1.** Nach der zur statistischen Methode des Durchschnittskostenvergleichs entwickelten Rechtsprechung hatte bei der Prüfung der Wirtschaftlichkeit der ambulanten ärztlichen Praxistätigkeit eine Gesamtbetrachtung Platz zu greifen (Urteil 9C\_535/2014 vom 15. Januar 2014 E. 5.4 mit Hinweisen, nicht publ. in: **BGE 141 V 25**, aber in: SVR 2015 KV Nr. 8 S. 29; **BGE 137 V 43** E. 2.5.6 S. 49; **133 V 37**). Massgebend war vorerst der Index aller direkten und veranlassten Kosten pro Erkrankten. Lag dieser innerhalb des Toleranzbereichs, war das Wirtschaftlichkeitsgebot nicht verletzt. Andernfalls war - in einem zweiten Schritt - zu prüfen, ob der Index der totalen direkten Kosten pro Erkrankten den Toleranzwert (von in der Regel zwischen 120 und 130 Punkten) übertraf. Nur in diesem Fall bestand eine Rückerstattungspflicht, welche sich zudem lediglich auf die (totalen) direkten Kosten bezog (**BGE 137 V 43**). Im Weiteren konnten besondere Praxismerkmale einen Zuschlag zum Toleranzwert (zum Indexwert, der den Toleranzwert begrenzt) rechtfertigen (Urteil des Eidg. Versicherungsgerichts K 144/97 vom 16. Februar 2000 E. 4b, in: SVR 2001 KV Nr. 19 S. 51), oder sie erforderten unter Umständen eine Modifizierung der Vergleichsgruppe, weil nur auf diese Weise die notwendige Homogenität (hinreichende Vergleichbarkeit) erreicht werden konnte (vgl. Gebhard Eugster, Krankenversicherung, in: Soziale Sicherheit, SBVR Bd. XIV, 3. Aufl. 2016, S. 680 Rz. 890 und dortige Hinweise auf die Rechtsprechung; Urteil des Eidg. Versicherungsgerichts K 85/00 vom 18. Februar 2002 E. 5b). Diese Rechtsprechung gilt grundsätzlich auch bei Anwendung der ANOVA-Methode (Urteil 9C\_67/2018 vom 20. Dezember 2018 E. 12.1).

## 8.2.

**8.2.1.** Das kantonale Schiedsgericht hat in E. 6 der angefochtenen Entscheide die Gründe dargelegt, weshalb die geltend gemachten Praxisbesonderheiten (erhöhtes Patientenalter, überdurchschnittliche Zahl von Haus- und Heimbefuchen, dauernde Erreichbarkeit, kein Notfalldienst, hoher Anteil an ausländischen Patienten, hoher Anteil an Selbstzahlern) weder eine Ausweitung des Toleranzbereichs rechtfertigten noch eine Modifizierung der Vergleichsgruppe erforderten. Dagegen führt der Beschwerdeführer in erster Linie die Rechtsprechung ins Feld. Diese anerkennt als untypische Praxismerkmale, die einen erhöhten Fallkostendurchschnitt rechtfertigen können, u.a. sehr viele langjährige und sehr viele ältere Patientinnen und Patienten, eine überdurchschnittliche Zahl von Hausbesuchen, einen sehr hohen Anteil an ausländischen Patientinnen und Patienten sowie den Umstand, keine Notfallpatienten zu behandeln (vgl. etwa die Hinweise im Urteil des Eidg. Versicherungsgerichts K 83/05 vom 4. Dezember 2006 E. 4.3).

**8.2.2.** Im vorliegenden Fall fällt besonders ins Gewicht, dass die Anzahl der Hausbesuche (2'832 [2014], 3'357 [2015]) zwei- bzw. zweieinhalb Mal höher ist als beim Arzt der Vergleichsgruppe mit der zweitmeisten Anzahl, wie das

Schiedsgericht verbindlich festgestellt hat (E. 3). Allerdings sei, so das Gericht weiter, ein Hausbesuch in vielerlei Hinsicht unwirtschaftlich und unzumutbar, weil die Praxisinfrastruktur fehle und mit einer Wegpauschale mehr als der effektive Zeitaufwand entschädigt werde. Sodann erfolge bei Heimpatienten in erster Linie eine (palliative) Betreuung, welche zur Hauptsache durch gut ausgebildetes Pflegepersonal rund um die Uhr erfolge. Eine ärztliche Betreuung sei lediglich noch in beschränktem Masse notwendig. Ob der Beschwerdeführer tatsächlich seine Heimpatienten unnötigerweise über das medizinisch Indizierte hinaus behandelte, was dieser u.a. mit dem Hinweis darauf bestreitet, vom Pflegepersonal nur avisiert zu werden, wenn ein Problem vorliege, kann grundsätzlich erst nach diesbezüglichen Abklärungen gesagt werden. Die von den Versicherern im vorinstanzlichen Verfahren eingereichten Rechnungen betreffend das Jahr 2015 geben diesbezüglich keinen Aufschluss. Insofern beruht die Würdigung des kantonalen Schiedsgerichts - Heim- und Hausbesuche stellen keine Praxisbesonderheit dar - auf ungenügender Sachverhaltsfeststellung.

**8.2.3.** Im Weiteren ist auch das kantonale Schiedsgericht von einem hohen Anteil an ausländischen sowie französischsprachigen Patienten ausgegangen. Der beklagte Arzt habe jedoch weder glaubhaft gemacht noch belegt, dass dieser Umstand kausal für die erhöhten Kosten seiner Praxis wäre. Indessen liegt es in der Natur der Sache, dass die Behandlung von Personen, welche der Sprache des Arztes nicht mächtig sind und umgekehrt, zeitaufwändiger und tendenziell kostenintensiver ist. Es kommt dazu, dass Personen mit Migrationshintergrund einen vergleichsweise schlechteren Gesundheitszustand aufweisen, wie der Beschwerdeführer unter Hinweis auf die Broschüre "Gesundheit in der Schweiz - Fokus chronische Erkrankungen. Nationaler Gesundheitsbericht 2015" (Schweizerisches Gesundheitsobservatorium [Hrsg.], S. 41, vorbringt. In erster Linie vom durchschnittlichen Ausländeranteil der Patienten in der Vergleichsgruppe hängt ab, ob unter diesem Titel eine Erhöhung des Toleranzwertes gerechtfertigt oder allenfalls sogar eine Modifikation des Vergleichskollektivs erforderlich ist. Diesbezüglich steht nur, aber immerhin fest, dass der Anteil der ausländischen Staatsangehörigen an der Wohnbevölkerung am Praxisstandort rund 30 Prozent beträgt. Gemäss Beschwerdeführer sind rund 48 Prozent der von ihm behandelten Patienten ausländischer Nationalität. Insofern ist ausreichend belegt, dass hier eine Praxisbesonderheit vorliegt.

**8.2.4.** Nach verbindlicher Feststellung des Schiedsgerichts (E. 3) hatte der Beschwerdeführer in den Jahren 2014 und 2015 keinen Notfalldienst geleistet. Dieser Umstand stellt gemäss langjähriger Rechtsprechung eine Praxisbesonderheit dar (Urteil des Eidg. Versicherungsgerichts K 83/05 vom 4. Dezember 2006 E. 4.3). Notfallpatienten bleiben während kürzerer Zeit beim betreffenden Arzt in Behandlung und verursachen damit weniger Kosten als die anderen Patienten, die er schon längere Zeit behandelt und ein überdurchschnittliches Alter aufweisen (Urteil des Eidg. Versicherungsgerichts K 152/98 vom 18. Oktober 1999 E. 5e). In diesem Zusammenhang ist unerheblich, dass es dem Beschwerdeführer freigestanden hätte, sich am Notfalldienst zu beteiligen und so eine bessere Kostenstruktur seiner Praxis zu erreichen, wie das Schiedsgericht erwogen hat. Umgekehrt ist nicht auszuschliessen, dass aufgrund seiner jederzeitigen Erreichbarkeit die eigenen Patienten sich in Notfallsituationen, d.h. ausserhalb der Praxisöffnungszeiten, an ihn wendeten und nicht an den diensthabenden Notfallarzt, was den Kostendurchschnitt erhöht, wie er vorbringt. Soweit das Bundesgericht in **BGE 144 V 79** E. 6.1 S. 83 - nicht näher begründet - eine solche Besonderheit verneint hat, ist dies zu berichtigen. Auch bezüglich dieser Praxisbesonderheit hat das kantonale Schiedsgericht aufgrund ungenügender Grundlage entschieden.

**8.2.5.** Der angefochtene Entscheid kann aus folgenden weiteren Gründen nicht bestätigt werden: Die vom kantonalen Schiedsgericht vorgenommene gesonderte Berechnung des Rückerstattungsbetrages, aufgeteilt nach Arztkosten einerseits und Medikamentenkosten andererseits (E. 6), widerspricht dem Grundsatz, dass auch im Rahmen des zweiten Schrittes der Wirtschaftlichkeitsprüfung (E. 8.1) eine gesamtheitliche, die direkten Arzt- und Medikamentenkosten umfassende Betrachtungsweise Platz zu greifen hat. Daran ändert nichts, dass es keinen ANOVA-Index direkte Kosten gibt, welcher auch die vom Arzt selber abgegebenen Medikamente umfasst (E. 7.1. Abgesehen davon ist fraglich, ob sich die unter anderem deswegen vorgenommene gesonderte Berechnung zugunsten des Beschwerdeführers auswirken soll (E. 6). Dies kann aber offen bleiben. Denn bei Anwendung des RSS-Index der totalen direkten Kosten (149 Punkte [2014] und 146 Punkte [2015]), welcher auch die Medikamentenkosten umfasst, resultierte ein deutlich tieferer Rückerstattungsbetrag (Fr. 130'395.- [2014] und Fr. 122'212.- [2015]). In diesem Zusammenhang ist zu beachten, dass der RSS-Index der direkten Arztkosten (201 Punkte [2014] und 194 Punkte [2015]) grösser ist als der entsprechende ANOVA-Index (186 Punkte [2014] und 184 Punkte [2015]), was auch für den Gesamtkostenindex (RSS: 147 Punkte [2014] und 150 Punkte [2015]; ANOVA: 145 Punkte [2014] und 147 Punkte [2015]) gilt. Dies lässt annehmen, dass ein ANOVA-Index direkte Kosten, der auch die Medikamente umfasst, ebenfalls tiefer als der entsprechende RSS-Index wäre. Im Übrigen ist es inkonsequent, bei einer gesonderten Berechnung den ANOVA-Index der gesamten (direkten und veranlassten) Medikamentenkosten anzuwenden, wie dies das kantonale Schiedsgericht getan hat (E. 6).

**8.3.** Bei diesen uneinheitlichen Grundlagen ist es unmöglich, den verschiedenen Praxisbesonderheiten durch eine Erhöhung des Toleranzwertes angemessen Rechnung zu tragen. Auch ist nicht bekannt, ob sich für eine wie auch immer modifizierte, d.h. enger gefasste Facharztgruppe "Allgemeine Innere Medizin" ganze Schweiz ein ANOVA-Index berechnen lässt.

Die Wirtschaftlichkeitskontrolle für die Jahre 2014 und 2015 ist daher anhand eines (reinen) Durchschnittskostenvergleichs, ausgehend von einem Index der Gesamtkosten (direkt und veranlasst) von 147 Punkten (für 2014) und 150 Punkten (für 2015) und - im zweiten Schritt - vom Index der totalen direkten Kosten von 149 Punkten (für 2014) und 146 Punkten (für 2015), dies kombiniert mit der analytischen Methode, welche darin besteht, eine repräsentative Anzahl von Rechnungen in Bezug auf den diagnostischen und therapeutischen Aufwand zu überprüfen (Urteil 9C\_28/2017 vom 15. Mai 2017 E. 4.4 mit Hinweis). Auf entsprechend angepassten Grundlagen wird das kantonale Schiedsgericht neu über die streitige Rückerstattungspflicht zu entscheiden haben.

**9.**  
Die Beschwerden sind im Eventualstandpunkt begründet.

**10.**  
Ausgangsgemäss haben die Beschwerdegegner die Gerichtskosten zu tragen (Art. 66 Abs. 1 BGG) und dem Beschwerdeführer eine Parteientschädigung zu bezahlen (Art. 68 Abs. 2 BGG).

**Demnach erkennt das Bundesgericht:**

- 1.**  
Die Beschwerden werden teilweise gutgeheissen. Die Entscheide des Schiedsgerichts in Sozialversicherungsstreitigkeiten des Kantons Bern vom 10. Juni 2018 werden aufgehoben und die Sache zu neuer Entscheidung im Sinne der Erwägungen an dieses zurückgewiesen. Im Übrigen werden die Beschwerden abgewiesen.
- 2.**  
Die Gerichtskosten von Fr. 10'000.- werden den Beschwerdegegnern auferlegt.
- 3.**  
Die Beschwerdegegner haben den Beschwerdeführer für das bundesgerichtliche Verfahren mit Fr. 4'000.- zu entschädigen.
- 4.**  
Dieses Urteil wird den Parteien, dem Schiedsgericht in Sozialversicherungsstreitigkeiten des Kantons Bern und dem Bundesamt für Gesundheit schriftlich mitgeteilt.

Luzern, 12. April 2019  
Im Namen der II. sozialrechtlichen Abteilung  
des Schweizerischen Bundesgerichts

Die Präsidentin: Pfiffner

Der Gerichtsschreiber: Fessler