

Dans le cadre d'une action en remboursement fondée sur l'art. 56 LAMal, les données doivent faire l'objet d'un **examen au cas par cas** par les assureurs-maladie. Une telle action présuppose que : 1) le fournisseur de prestations identifié dans le *screening* comme étant à l'origine de coûts importants ait pu invoquer des particularités (non évidentes) de son cabinet et qu'il ait pu les justifier ou qu'il ait pu formuler d'autres objections (par ex. concernant l'étendue de la marge de tolérance) ; 2) l'association des assureurs ait procédé aux clarifications et évaluations nécessaires de nature statistique (ou analytique) ; 3) les parties aient tenté de trouver un accord à l'amiable. Ce processus doit **intervenir avant qu'il soit éventuellement constaté dans quelle mesure le cas d'espèce se distingue de l'indice de comparaison affiché dans le *screening***. A défaut, les bases de décision seront considérées comme incomplètes par rapport aux exigences du contrat de *screening* et ce en violation, du point de vue méthodologique, des directives convenues par les partenaires tarifaires fondées sur l'art. 56 al. 6 LAMal.

Auteur : Guy Longchamp

Beschwerde gegen das Urteil des Schiedsgerichts in Sozialversicherungsstreitigkeiten des Kantons Bern vom 17. Februar 2022 (200 19 553 SCHG).

Sachverhalt:

A.

Bei der A. AG handelt es sich um eine Einrichtung der ambulanten Krankenpflege, die seit dem 3. Januar 2017 zulasten der obligatorischen Krankenpflegeversicherung unter einer Zahlstellenregister (ZSR) -Nummer tätig ist. Leitender Arzt ist Dr. med. B., Facharzt Allgemeine Innere Medizin, der über Fähigkeitsausweise in Psychosomatischer und Psychosozialer Medizin, delegierter Psychotherapie, Sachkunde für dosisintensives Röntgen und Praxislabor verfügt. Im Jahr 2017 waren zudem drei Ärztinnen mit Facharztstitel Allgemeine Innere Medizin sowie vier psychologische Psychotherapeuten bei der A. AG angestellt.

Am 5. Juli 2019 reichten verschiedene Krankenversicherer vertreten durch den Branchenverband Santéuisse beim Schiedsgericht in Sozialversicherungsstreitigkeiten des Kantons Bern eine Rückforderungsklage wegen unwirtschaftlicher Behandlungsweise im Statistikjahr 2017 ein. Sie beantragten, die Beklagte A. AG sei zu verpflichten, für das Jahr 2017 gemäss Regressions-Index einen Betrag von Fr. 480'350.- zurückzuzahlen, eventuell gemäss ANOVA-Index einen solchen von Fr. 945'959.-. Es sei davon Vormerk zu nehmen, dass sich die klagenden Krankenversicherer das Recht vorbehielten, den Rückforderungsbetrag nach Abschluss des Beweisverfahrens anzupassen.

B.

Mit Urteil vom 17. Februar 2022 hiess das Schiedsgericht in Sozialversicherungsstreitigkeiten des Kantons Bern die Klage gut und verurteilte die A. AG, für das Jahr 2017 einen Betrag von insgesamt Fr. 719'451.70 zurückzuerstatten.

C.

Die A. AG führt Beschwerde in öffentlich-rechtlichen Angelegenheiten mit den Rechtsbegehren, das angefochtene Urteil sei aufzuheben und die Klage abzuweisen. Eventuell sei die Sache zur Neuurteilung an die Vorinstanz zurückzuweisen mit der Vorgabe, "zur Überprüfung der behaupteten Überarztung durch die Beklagte die analytische Methode, systematische Einzelfallprüfung oder repräsentative Einzelfallprüfung mit Hochrechnung anzuwenden, bzw. die Einzelfallanalyse gemäss Vertrag zwischen FMH, santésuisse und curafutura vom 20.03.2018 betreffend die Screening-Methode durchzuführen".

Die Beschwerdegegner beantragen, die Beschwerde sei abzuweisen, soweit auf sie einzutreten sei. Eventuell sei die Sache zur neuen Entscheidung an die Vorinstanz zurückzuweisen. Die Beschwerdeführerin nimmt Stellung.

Erwägungen:

1.

Bei Namensänderungen und Fusionen von Krankenversicherern gehen die Ansprüche der Versicherungsträger auf ihre Rechtsnachfolger über. Die Parteibezeichnung wird im Rubrum von Amtes wegen angepasst (Urteil 9C_115/2023 vom 29. Mai 2024 E. 1.1).

2.

Das Bundesgericht legt seinem Urteil den Sachverhalt zugrunde, den die Vorinstanz festgestellt hat (Art. 105 Abs. 1 BGG). Es kann die vorinstanzliche Sachverhaltsfeststellung auf entsprechende Rüge hin oder von Amtes wegen berichtigen oder ergänzen, wenn sie offensichtlich unrichtig (d.h. willkürlich) ist oder auf einer Rechtsverletzung im Sinn von Art. 95 BGG beruht (Art. 97 Abs. 1 und Art. 105 Abs. 2 BGG; BGE 145 V 57 E. 4). Recht wendet das Bundesgericht von Amtes wegen an (Art. 106 Abs. 1 BGG).

3.

Die Beschwerdeführerin bringt zunächst vor, die Beschwerdegegnerinnen hätten die relative Verwirkungsfrist nicht eingehalten.

3.1. Nach der allgemeinen Rückerstattungsregel von Art. 25 Abs. 2 ATSG (in der bis Ende 2020 geltenden Fassung; vgl. BGE 144 V 210 E. 4.3.1; 129 V 354 E. 1) erlischt der Rückforderungsanspruch mit Ablauf eines Jahres, nachdem die Versicherungseinrichtung davon Kenntnis erhalten hat, spätestens aber mit Ablauf von fünf Jahren nach Entrichtung der einzelnen Leistung. Diese Verwirkungsfrist ist auf Rückforderungen nach Art. 59 Abs. 1 lit. b und Abs. 3 lit. a KVG sinngemäss anwendbar (vgl. BGE 133 V 579 E. 4.1 [hinsichtlich zu Unrecht bezahlter Vergütungen nach Art. 56 Abs. 2 KVG]).

3.2. Die relative Verwirkungsfrist ist eingehalten, wenn das Rückforderungsbegehren innerhalb eines Jahres nach Kenntnis der zur Beurteilung der Überarztung dienenden Statistik beim Schiedsgericht eingereicht wird (Urteil K 9/07 vom 25. März 2008 E. 7.2). Die Vorinstanz stellt fest, die Datenaufbereitung sei am 17. Juli 2018 erfolgt. Die am 8. Juli 2019 der Post übergebene Klageschrift wahre die Frist. Es sei nicht ersichtlich, weshalb die Klägerschaft die notwendigen Daten bereits vor dem 17. Juli 2018 hätte kennen müssen.

Die Beschwerdeführerin wendet ein, es falle auf, dass für die Datenaufbereitung des Statistikdienstleisters SASIS AG in vielen Fällen der 17. Juli (2018) angegeben werde. Es sei sehr unwahrscheinlich, dass alle diese Wirtschaftlichkeitsfälle am gleichen Tag aufbereitet worden seien. Angesichts der seit langer Zeit laufenden Gespräche zwischen den Parteien wäre es für die Santésuisse zumutbar gewesen, die Zahlen laufend zu überprüfen und zu dokumentieren. Anrechenbare

Kenntnisnahme sei gegeben, sobald die Santésuisse bei Beachtung der gebotenen und zumutbaren Aufmerksamkeit hätte erkennen müssen, dass die Voraussetzungen für eine Rückerstattung bestehen (vgl. BGE 146 V 217 E. 2.1). Das Schreiben der SASIS AG vom 17. Juli 2018, in dem die Aufbereitung der Rechnungssteller-Statistik am gleichen Tag bestätigt werde, sei bloss eine Parteibehauptung. Das "quasi selbst erstellte" Schreiben - die SASIS AG sei eine Tochtergesellschaft der Santésuisse - habe keinen Beweiswert. Die Klägerschaft habe die Folgen der Beweislosigkeit zu tragen und die Forderung als verwirkt zu gelten.

3.3. Nach der Rechtsprechung ist für die Kenntnisnahme das Datum der Erstellung der Statistik massgeblich (Urteil 9C_135/2022 vom 12. Dezember 2023 E. 2.2, nicht publ. in BGE 150 V 129). Die Beschwerdeführerin macht geltend, das Datum der Datenaufbereitung erscheine willkürlich, zumal auch in anderen Fällen immer dasselbe Datum angegeben werde. Es sind jedoch keine tatsächlichen Umstände ersichtlich, die ein Abstellen auf die betreffende Feststellung der Vorinstanz als willkürlich erscheinen lassen würden (vgl. Art. 105 Abs. 2 BGG; oben E. 2). Auch mit Blick auf die im Vorfeld der Klageerhebung stattgefundenen Gespräche ist der Santésuisse keine frühere Kenntnisnahme anzurechnen. Erst die vollständigen, aggregierten Daten eines Jahres erlauben eine Wirtschaftlichkeitsprüfung für den betreffenden Zeitraum. Das Datum des 17. Juli 2018 wird im Übrigen nicht nur im Schreiben der SASIS AG angegeben; es wird auch in der Rechnungssteller-Statistik als Zeitpunkt der Datenaufbereitung bezeichnet. Eine unwahre Angabe liefe auf eine Falschbeurkundung hinaus; von einer solchen ist nicht auszugehen, solange keine konkreten Hinweise darauf hindeuten. Der Verwirkungseinwand ist unbegründet.

4.

In der Sache ist strittig, ob das kantonale Schiedsgericht Bundesrecht verletzt, indem es die Beschwerdeführerin in Anwendung von Art. 59 Abs. 1 lit. b KVG für das Jahr 2017 zu einer Rückerstattung wegen unwirtschaftlicher Behandlungsweise (sog. "Überarztung") im Betrag von Fr. 719'451.70 verurteilt.

5.

5.1. Die zu Lasten der obligatorischen Krankenpflegeversicherung abgerechneten Leistungen müssen wirksam, zweckmässig und wirtschaftlich sein (Art. 32 Abs. 1 KVG). Der Leistungserbringer muss seine Leistungen auf das Mass beschränken, das im Interesse der Versicherten liegt und für den Behandlungszweck erforderlich ist (Art. 56 Abs. 1 KVG). Gegen Leistungserbringer, die gegen die im Gesetz vorgesehenen Wirtschaftlichkeits- und Qualitätsanforderungen verstossen, werden Sanktionen ergriffen. Dazu gehört die gänzliche oder teilweise Rückerstattung der Honorare, welche für nicht angemessene Leistungen bezogen wurden (Art. 59 Abs. 1 lit. b und Abs. 3 lit. a KVG).

5.2. Gegenstand der Wirtschaftlichkeitskontrolle ist die Gesamtheit der unter einer Zahlstellenregister (ZSR) -Nummer in Rechnung gestellten und vergüteten Leistungen nach Art. 24 ff. KVG. Bei Gruppenpraxen, die als juristische Person firmieren, gilt die Einrichtung insgesamt (unter einer einzigen ZSR-Nummer) als Leistungserbringer (vgl. Art. 35 Abs. 2 lit. n KVG; BGE 135 V 237 E. 4.1 und E. 4.4). Das Gebot einer wirtschaftlichen Leistungserbringung ist verletzt, wenn ein Leistungserbringer im Vergleich mit - zu einer Referenzgruppe zusammengefassten - Leistungserbringern gleicher Fachrichtung erheblich mehr verrechnet, ohne dass er kostenwirksame Besonderheiten (Leistungsangebot, Zusammensetzung Patientenkollektiv etc.) geltend machen könnte (vgl. BGE 150 V 129 E. 4.1; 144 V 79 E. 6.1; 137 V 43 E. 2.2; 136 V 415 E. 6.2). Die vom überprüften Leistungserbringer während einer bestimmten Periode im Durchschnitt pro Patient durch Eigen- oder Drittleistungen ausgelösten Kosten des Krankenversicherers (individueller Fallwert) werden den entsprechenden Kosten der Referenzgruppe (Gruppenfallwert) gegenübergestellt (BGE 150 V 129 E. 4.4.1; 135 V 237 E. 4.6.1). Die Referenzgruppe muss in ihrer Zusammensetzung dem geprüften Leistungserbringer hinreichend ähnlich sein (BGE 137 V 43 E. 2.2).

5.3. Nach Art. 56 Abs. 6 KVG legen die Leistungserbringer und Krankenversicherer vertraglich eine Methode zur Kontrolle der Wirtschaftlichkeit fest.

Dem gesetzlichen Auftrag folgend vereinbarten die beteiligten Verbände (Tarifpartner) am 20. März 2018 die Screening-Methode. Diese gilt für sämtliche Wirtschaftlichkeitskontrollverfahren ab dem Statistikjahr 2017 (vgl. nunmehr auch die aktualisierte Fassung des Vertrags vom 1. Februar 2023, in Kraft mit Wirkung seit 1. Januar 2023). Das Screeningverfahren dient erst einmal dazu, Leistungserbringer zu identifizieren, deren auffällige Kostenstruktur auf eine möglicherweise unwirtschaftliche Behandlungsweise hinweist (BGE 150 V 129 E. 5.3.1). Auffällige Kosten sind nicht mit unwirtschaftlicher Behandlungsweise gleichzusetzen: Die Tarifpartner halten im Ingress des Vertrags über die Screening-Methode fest, diese finde "Anwendung als erster Schritt der Wirtschaftlichkeitskontrolle". Unmittelbarer Gegenstand der Vereinbarung sei allein die zweistufige Regressionsanalyse, die "als Screening-Methode zur Detektion von Ärzten mit auffälligen Kosten" diene. Weise ein Arzt auffällige Kosten auf, so heisse dies nicht per se, dass er unwirtschaftlich arbeite. Ob dies zutreffe, sei mittels Einzelfallanalyse näher abzuklären (Ziff. 1 und 2 des Vertrags).

5.4.

5.4.1. Die Screening-Methode gestaltet den "ersten Schritt" der Wirtschaftlichkeitskontrolle. Sie besteht in einer zweistufigen Regressionsanalyse, mit der der Fallkostenindex der geprüften Praxis vorläufig bestimmt wird. Die Vereinbarung installiert auf der ersten Stufe die - die Patienten betreffenden - Morbiditätsindikatoren "Alter", "Geschlecht", "pharmazeutische Kostengruppen (Pharmaceutical Cost Groups, PCG) ", "Franchisen" und "Spital- oder Pflegeheimaufenthalt im Vorjahr". Auf der zweiten Stufe kommen die auf den Leistungserbringer bezogenen Faktoren "Facharztgruppe" und "Standortkanton" hinzu.

Die Regressionsanalyse erlaubt es, anerkannte praxisspezifische Effekte zu standardisieren, d.h. die betreffenden Abweichungen auf den Durchschnittswert der betreffenden Vergleichsgruppe zu normieren. Durch eine solche Neutralisierung verhaltensunabhängiger kostenrelevanter Faktoren kann letztlich der Kosteneffekt einer unwirtschaftlichen Behandlung isoliert werden. Anhand von gewichtenden Regressionsparametern resp. -koeffizienten wird bestimmt, in welchem Mass beispielsweise die Morbidität im konkreten Fall kostenwirksam ist. Dabei werden Abweichungen von den Durchschnittskosten der betreffenden Facharztgruppe, die auf im Patientenkollektiv überdurchschnittlich häufig vorkommende, kostenintensive chronische Erkrankungen zurückzuführen sind, erfasst und von Auffälligkeiten abgegrenzt, die einer ineffizienten Behandlungsweise geschuldet sind (dazu BGE 150 V 129 E. 4.4.1 mit Hinweisen).

Die vertragliche Festlegung der Methodik und der in der Regressionsanalyse verwendeten Indikatoren und Faktoren dient einer gleichmässigen Identifizierung von Leistungserbringern mit erhöhten Kosten ("Verdachtsfälle"). Eine Einschränkung von Beweismitteln oder -themen ist damit nicht verbunden, zumal die Regressionsanalyse keine abschliessende Feststellung über die Wirtschaftlichkeit hervorbringt. Deswegen stellt sie auch keine Beweismethode dar (BGE 150 V 129E. 5.3.2; vgl. aber die Kritik an der vertraglichen Umsetzung von Art. 56 Abs. 6 KVG mit Blick auf Untersuchungsmaxime und freie Beweiswürdigung im schiedsgerichtlichen Verfahren bei UELI KIESER, Interessenabwägung - ein sichtender Gang durch das Sozialversicherungsrecht, in: ZSR 2024 II S. 200 ff.; ferner MIRINA GROSZ, Einzelfallprüfung vs. statistikbasierte Tatsachenermittlung im Verwaltungsrecht: Die Wirtschaftlichkeitsprüfung gemäss Art. 56 KVG, in: BJM 2024 S. 261).

Die Bestimmung der zum Vergleich heranzuziehenden Indizes erfolgt anhand von Daten der Versicherer, also beiderseits auf statistischer Grundlage (zur Frage des Datenzugangs des kontrollierten Leistungserbringers vgl. BGE 136 V 415 E. 6.3; Urteil 9C_282/2013 vom 31. August 2013

E. 4.2 und 4.3). Das standardisierte Screening erlaubt es, die betreffenden Leistungserbringer frühzeitig auf einen möglichen Verstoss gegen die gesetzlichen Wirtschaftlichkeitsanforderungen hinzuweisen (vgl. Urteil K 57/95 vom 5. Juli 1996 E. 4). Das ist nach Treu und Glauben schon deswegen geboten, weil eine Rückforderung nach Art. 59 Abs. 1 lit. b KVG kein Verschulden des Leistungserbringers voraussetzt (BGE 141 V 25 E. 8.4; vgl. GEBHARD EUGSTER, Rechtsprechung des Bundesgerichts zum KVG, 2. Aufl. 2018, N. 2 zu Art. 59 KVG; ISABELLE HÄNER, in: Basler Kommentar zum KVG/KVAG, 2020, N. 12 und 28 zu Art. 59 KVG).

5.4.2. Eine Arztpraxis ist nicht schon dann kostenauffällig, wenn sich beim Screening ergibt, dass der Kostenindex der geprüften Praxis den statistischen Mittelwert der Vergleichsgruppe (100 Indexpunkte) überschreitet. Vielmehr ist beim Fallkostenvergleich eine Toleranzmarge von 20 bis 30 Indexpunkten zu veranschlagen und vom Praxisindexwert abzuziehen. Zweck dieser Marge ist es, im Rahmen des Grundsatzes der ärztlichen Behandlungsfreiheit dem individuellen Praxisstil des Leistungserbringers Rechnung zu tragen (vgl. GEBHARD EUGSTER, Krankenversicherung, in: Soziale Sicherheit, SBVR Bd. XIV, 3. Aufl. 2016, S. 682 Rz. 902; zur Therapiefreiheit vgl. GROSZ, a.a.O., S. 265). Die Bestimmung der Höhe der Toleranzmarge im Einzelfall steht im pflichtgemässen Ermessen der Krankenversicherer resp. des Schiedsgerichts. Für die Ermessensausübung wird beispielsweise massgebend sein, ob der Leistungserbringer auf bestimmte Krankheiten oder besondere Therapieformen spezialisiert ist, die nicht als Praxisbesonderheiten gelten können (vgl. BGE 150 V 129 E. 5.4). Im vorliegenden Fall könnte dies unter Umständen mit Bezug auf einen Praxisschwerpunkt "Psychosomatische und Psychosoziale Medizin" zutreffen (vgl. unten E. 9.2.3).

5.5. Als "zweiter Schritt" der Wirtschaftlichkeitskontrolle folgt die Einzelfallprüfung.

5.5.1. Die Tarifpartner sehen vor, dass die Santésuisse und/oder die Versicherer bei Leistungserbringern mit erhöhten Indexwerten unter anderem auf der Basis des Regressionsberichts eine erste interne Einzelfallanalyse durchführen. Der Leistungserbringer erhalte Gelegenheit, seine Sicht darzulegen, d.h. "allfällige im Rahmen der Screening-Methode nicht berücksichtigte Praxisbesonderheiten objektiv und nachvollziehbar aufzuzeigen, welche seine Praxis wesentlich von den Leistungserbringern seines Vergleichskollektivs unterscheiden und darum zu einem erhöhten Regressionsindexwert führen" (vgl. aktualisierte Fassung des Screening-Vertrags vom 1. Februar 2023, Ziff. 2 Abs. 4 und 5; BGE 150 V 129 E. 4.3.3).

5.5.2. Die in der Regressionsanalyse ermittelten Indexwerte des kostenstatistisch auffälligen Arztes werden im zweiten Teil der Wirtschaftlichkeitskontrolle also mit den konkreten Verhältnissen abgeglichen. Überdurchschnittliche Kosten können gegebenenfalls durch praxisspezifische Effekte erklärt und der aufgrund eines auffälligen Regressionsindex entstandene Verdacht unwirtschaftlicher Behandlungsweise in diesem Umfang ausgeräumt werden. Der (um die Toleranzmarge verminderte) Praxisindexwert ist entsprechend dem Kosteneffekt von signifikanten individuellen Eigenschaften der Praxis und des Patientenkollektivs (sog. Praxisbesonderheiten) zu reduzieren (BGE 150 V 129 E. 5.5). Als Praxisbesonderheiten zu berücksichtigen sind Merkmale wie beispielsweise sehr viele langjährige und/oder ältere Patienten, eine überdurchschnittliche Zahl von Hausbesuchen, ein sehr hoher Anteil an ausländischen Patienten oder der Umstand, dass keine Notfallpatienten behandelt werden (vgl. Urteil 9C_558/2018 vom 12. April 2019 E. 8.1 und 8.2). Ein Praxiseffekt ist - wo möglich - anhand von Praxisdaten und statistischen Vergleichswerten auszuweisen; Besonderheiten, deren Kostenwirksamkeit nicht auf statistischem Weg bezifferbar sind, können auch auf analytischem Weg (anhand ausgewählter Patientendossiers oder Rechnungen) beurteilt werden (BGE 150 V 129 E. 5.2.4 mit Hinweisen).

Der Umstand, dass ein kostenwirksamer Faktor bereits als Morbiditätsvariable im Screening-Modell zum Tragen gekommen ist (oben E. 5.4.1), schliesst nicht von vornherein aus, dass er zusätzlich als Praxisbesonderheit berücksichtigt wird. Wenn davon auszugehen ist, dass die konkreten

Auswirkungen jenes Faktors in der Regressionsanalyse nicht wenigstens annähernd neutralisiert wurden, ist eine individuelle Betrachtung angezeigt (dazu BGE 150 V 129 E. 5.5.3). Hinsichtlich einer angemessenen Erfassung der Morbidität ist vor allem auf Angaben des Leistungserbringers über das Vorkommen und die Verteilung von Diagnosen im Patientenkollektiv zurückzugreifen (vgl. TRÜMLER/WERDER, Klarstellung des Bundesgerichts: Wirtschaftlichkeitsverfahren brauchen Einzelfallprüfungen, in: Jusletter 29. April 2024, Rz. 17). Entgegen Art. 42 Abs. 3bis KVG fehlen in den Abrechnungsdaten der Krankenversicherer regelmässig diagnostische Informationen (zur amtl. Publ. vorgesehene Urteil 9C_125/2022 vom 10. September 2024 E. 5.7). Im Screening-Verfahren muss die Morbidität denn auch indirekt über Indikatoren ("Proxies") wie z.B. die pharmazeutischen Kostengruppen PCG provisorisch erschlossen werden (vgl. TROTTMANN/FISCHER/VON RECHENBERG/TELSER, Weiterentwicklung der statistischen Methode zur Überprüfung der Wirtschaftlichkeit: Schlussbericht der Polynomics AG, Studie im Auftrag von FMH, Santésuisse und Curafutura, 2017 [= Anhang des Screening-Vertrags vom 20. März 2018], S. 26 Ziff. 4.6 und S. 70). Die naturgemäss damit verbundenen grossen Ungenauigkeiten können mittels diagnostischer Daten zumindest verringert werden.

5.5.3. Der Leistungserbringer ist zur Mitwirkung verpflichtet. Soweit Praxisbesonderheiten nicht augenscheinlich sind und die Krankenversicherer die Verhältnisse von sich aus abklären, muss er glaubhaft machen, unter welchen Gesichtspunkten eine Einzelfallbetrachtung angezeigt ist und inwiefern die im Rahmen des Screenings erkannte Kostenauffälligkeit auf Praxisbesonderheiten zurückzuführen ist (BGE 150 V 129 E. 5.3.2, 5.5.1 und 5.6; EUGSTER, SBVR, S. 683 f. Rz. 908 f.). Die Substantiierungsobliegenheit des Leistungserbringers umfasst die Besonderheit als solche und deren grundsätzliche Auswirkungen auf die Kostenstruktur. Er muss den allfälligen Kosteneffekt aber nicht exakt quantifizieren; dies ist dem Prüfverfahren der Krankenversicherer vorbehalten.

5.6. Die Wirtschaftlichkeit einer ambulanten ärztlichen Praxistätigkeit und - gegebenenfalls - die Rückforderung beurteilen sich auf unterschiedlicher Grundlage. Für die Frage der Wirtschaftlichkeit ist eine Gesamtbetrachtung aller Kosten massgebend, die vom Verhalten des Arztes abhängig sind. Der Gesamtkostenindex umfasst direkte und veranlasste Kosten pro Erkrankten, also auch solche für verordnete Medikamente, Laborleistungen, Mittel und Gegenstände sowie Physiotherapie. Liegt der Gesamtkostenindex der Praxis (abzüglich Toleranzmarge) über dem Gesamtkostenindex der Referenzgruppe, ist die Frage der wirtschaftlichen Behandlungsweise näher zu prüfen.

Rückforderbar sind hingegen nur direkte Kosten pro Patient (einschliesslich der vom betreffenden Arzt abgegebenen Medikamente; BGE 150 V 129 E. 4.1; 137 V 43 E. 2.5; 133 V 37 E. 5.3). Somit kann für die Berechnung einer Rückerstattung nicht unmittelbar auf den im Screening ermittelten (Gesamt-) Kostenindex zurückgegriffen werden. Vom rückerstattungserheblichen Index der direkten Kosten sind ausserdem die Toleranzmarge und zusätzlich die Kosteneffekte von Praxisbesonderheiten abzuziehen.

6.

Strittig ist zunächst, ob die klagenden Krankenversicherer und das kantonale Schiedsgericht methodisch rechtskonform auf eine unwirtschaftliche Behandlungsweise geschlossen haben. Die Beschwerdeführerin bringt vor, im Vorfeld der Klage habe keine sachgerechte und vollständige Einzelfallprüfung stattgefunden.

6.1.

6.1.1. Die Vorinstanz geht davon aus, die Methode des arithmetischen Durchschnittskostenvergleichs erbringe praxismässig den vollen Beweis. Das gelte auch für die ab dem Statistikjahr 2017 anwendbare, tarifvertraglich vereinbarte Regressionsanalyse. Der Screening-Vertrag sehe vor, dass nach dem ersten Schritt der Wirtschaftlichkeitskontrolle (Screening) mittels "Einzelfallanalyse" festgestellt werde, ob eine Praxis mit auffälligen Kosten tatsächlich unwirtschaftlich arbeite.

Einzelfallanalyse meine hier nicht eine Analyse aller Daten der einzelnen Patienten, sondern eine Betrachtung des Einzelfalls, d.h. die Prüfung auffälliger Praxisbesonderheiten. Demnach sei nach Vorliegen der Ergebnisse der Regressionsanalyse, entgegen der Meinung der Beschwerdeführerin, nicht zusätzlich nach der analytischen Methode vorzugehen.

6.1.2. Die Beschwerdeführerin wendet ein, die Frage, ob unwirtschaftlich behandelt werde, beantworte sich nach dem Willen der Parteien des Screening-Vertrags abschliessend erst im Rahmen einer dem Screening nachgelagerten Einzelfallanalyse, mit der die vergleichsweise hohen Kosten einer "auffälligen" Praxis im Detail untersucht würden. Damit könne nicht nur die - schon früher bekannte und somit ohnehin erforderliche - Prüfung von Praxisbesonderheiten gemeint sein. Nach einer ersten Sichtung könne sich ergeben, dass eine systematische Einzelfallprüfung (oder eine repräsentative mit Hochrechnung) erfolgen müsse. Sicherlich sei der Aufwand in diesem Fall gross und allenfalls der Beizug eines (vertrauensärztlichen) Experten nötig. Solange die Santésuisse aber, statt den Einzelfall zu betrachten, sich darauf beschränke, alle Besonderheiten kategorisch zu bestreiten, werde man mit Blick auf den geltenden Vertrag nicht vermeiden können, Rechnungen anhand gestellter Diagnosen und verordneter Therapien durch Spezialisten prüfen zu lassen. Eine solche Beurteilung habe hier nicht, auch nicht im Rahmen der Vergleichsgespräche, stattgefunden. Dies verletze die verbindlichen vertraglichen Abmachungen und damit auch Art. 56 Abs. 6 KVG. Da die vertraglich vorgesehene Methode zur Kontrolle der Wirtschaftlichkeit nicht befolgt worden sei, fehle es am Nachweis einer unwirtschaftlichen Behandlungsweise. Entsprechend bestehe keine Rückerstattungspflicht.

6.2. Die seit dem Rechnungsjahr 2017 geltenden methodischen Vorgaben betonen die Zweiteilung der Wirtschaftlichkeitsprüfung (oben E. 5.4 und 5.5). Eine im Screening konstatierte Auffälligkeit leitet ein entsprechendes Feststellungsverfahren ein; dabei handelt es sich um den "zweiten Schritt" der Wirtschaftlichkeitsprüfung, die im Übrigen nicht mit der "Zweistufigkeit" der Regressionsanalyse zu verwechseln ist (dazu E. 5.4.1).

Bei der Einzelfallprüfung soll nicht eine Auswertung von Patientendossiers im Vordergrund stehen. Auch wenn der Screening-Vertrag die Einzelfallbeurteilung als "Einzelfallanalyse" bezeichnet, ist diese, wie die Vorinstanz festhält, nicht im Sinn der herkömmlichen analytischen Prüfmethode zu verstehen, die (alternativ zur statistischen Methode) in einer konkreten Beurteilung von Rechnungen eines Leistungserbringers bestand (vgl. Urteil K 90/01 vom 27. November 2001 E. 3b; BGE 99 V 193 E. 3). Dies schliesst nicht aus, dass je nach Bedarf situativ auf ausgewählte Patientendossiers zurückgegriffen wird (oben E. 5.5.2).

6.3. Die Santésuisse als mit der Wirtschaftlichkeitskontrolle betrauter Verband der Versicherer ist gemäss Screening-Vertrag für beide Teile der Wirtschaftlichkeitsprüfung zuständig; sie nimmt also nach der Regressionsanalyse auch die Einzelfallbeurteilung vor. Diese ist partizipativ angelegt, auch mit dem Ziel, sich gegebenenfalls im Dialog mit dem überprüften Leistungserbringer gütlich zu einigen (BGE 150 V 129 E. 5.6). Das bedeutet auch, dass der Leistungserbringer zur Mitwirkung verpflichtet, d.h. angehalten ist, die Besonderheiten seiner Praxis zu benennen und zu substantiieren (oben E. 5.5.3). Hat der überprüfte Leistungserbringer im Rahmen der Einzelfallprüfung keine Praxismerkmale geltend gemacht, die nahelegen, dass die im Screening-Verfahren ermittelte Differenz zwischen Praxisindexwert (abzüglich Toleranzmarge) und Vergleichsindex tatsächlich (im Umfang individueller Praxiseffekte) geringer ist oder wegfällt (BGE 150 V 129 E. 5.5.2 und 5.5.3), so ist dies in der Rückforderungsklage festzustellen.

Die beim kantonalen Schiedsgericht einzubringende Klage muss auf den Ergebnissen einer kompletten Einzelfallbeurteilung beruhen. Diese kann nicht in das schiedsgerichtliche Verfahren verlagert werden. Das kontradiktorische und förmliche Klageverfahren, in dem die vormals mit der Wirtschaftlichkeitskontrolle betraute Instanz zur Partei wird, ist wenig geeignet, die von hoher Technizität geprägte Aufarbeitung der Grundlagen der eingeklagten Rückforderung wirksam nachzuholen. Aufgabe des

Schiedsgerichts ist es, weiterhin bestrittene Erkenntnisse zu überprüfen und den Rechtsstreit wenn möglich in einem Vermittlungsverfahren beizulegen oder andernfalls autoritativ zu entscheiden (BGE 150 V 129 E. 5.6). Soweit das anwendbare Verfahrensrecht es vorsieht, kann auch schon vor Anhebung einer Klage ein Vermittlungsverfahren beansprucht werden (vgl. für den Kanton Bern: Art. 44 des Gesetzes vom 6. Juni 2000 betreffend die Einführung der Bundesgesetze über die Kranken-, die Unfall- und die Militärversicherung [EG KUMV; Systematische Sammlung [BSG] 842.11]).

6.4. Der Hergang des bisherigen Verfahrens zeigt, dass die Einzelfallprüfung - d.h. der Abgleich des Screening-Ergebnisses mit konkreten Praxismerkmalen - weitgehend in den schiedsgerichtlichen Prozess verlagert wurde, der dafür aber nicht geeignet ist.

6.4.1. In der Klageschrift vom 5. Juli 2019 erklärten die Beschwerdegegnerinnen, die Regressionsanalyse weise für das Statistikjahr 2017 einen Index totale Kosten von 154 Punkten aus. Die Beschwerdeführerin werde mit dem Kollektiv der Facharztgruppe "Allgemeine Innere Medizin" verglichen (seit 2011 gemeinsamer Titel der FMH für die vormaligen Disziplinen "Innere Medizin" und "Allgemeinmedizin"; im Jahr 2017 schweizweit 5'497 ZSR-Nummern/Praxen umfassend). Nach Abzug einer Toleranzmarge von 20 Punkten bestehe eine Kostenüberschreitung um 34 Indexpunkte. Bei totalen Kosten (TK) von Fr. 3'249'577.- (einschliesslich veranlasster Kosten) und totalen direkten Kosten (TDK) von Fr. 2'175'706.-, einem Regressionsindex (RI) von 154 und Toleranzbereich (TB) von 120 Punkten errechne sich eine Rückforderungssumme von Fr. 480'350.- (Formel: $TK:RI \times (RI-TB) \times TDK:TK$).

6.4.2. Mit Klageantwort vom 10. Februar 2021 legte die Beschwerdeführerin im schiedsgerichtlichen Verfahren einen statistischen Bericht von Frau Dr. E., vom 27. März 2019 vor, in dem Praxisdaten aufbereitet und anhand bestimmter (Patienten-) Kriterien kategorisiert werden. Sie machte geltend, die Studie widerlege den Befund einer auffälligen Kostenstruktur. Der Regressionsindex liege nicht bei 154, sondern bei 121 Punkten. Im weiteren Verlauf des schiedsgerichtlichen Verfahrens reichte die Beschwerdeführerin auf instruktionsrichterliche Nachfrage hin einen weiteren statistischen Bericht vom 12. Mai 2021 ein.

6.4.3. Im angefochtenen Urteil bestätigt die Vorinstanz, dass die von allen angestellten Ärzten unter der ZSR-Nummer der Beschwerdeführerin abgerechneten Leistungen gesamthaft betrachtet werden. In einer Gruppenpraxis würden mehr Patienten behandelt als in einer Einzelpraxis; Vergleichsgrösse seien die Kosten pro Patient. Weiter stellt das Schiedsgericht fest, das gesamtschweizerische Kollektiv der Fachärzte "Allgemeine Innere Medizin" eigne sich als Vergleichsgruppe. Darin fänden sich auch auf Weiterbildung beruhende Fähigkeitsausweise. Das gelte freilich nicht für die Psychotherapie, die von Hausärzten in der Regel nicht angeboten werde. Es sei aber nicht möglich, durch Herausrechnung der betreffenden Patienten eine entsprechend bereinigte (möglichst homogene) Vergleichsgruppe zu bilden, weil die Beschwerdeführerin im schiedsgerichtlichen Verfahren angeforderte Daten nicht geliefert habe.

Sodann äussert sich die Vorinstanz zur Anwendung der im tarifpartnerschaftlichen Vertrag vom 20. März 2018 definierten Morbiditätsindikatoren, namentlich der "Pharmazeutischen Kostengruppen PCG". Dass für das Statistikjahr 2017 die damals geltende Liste mit 24 Pharmazeutischen Kostengruppen und nicht die später auf deren 34 erweiterte Auswahl verwendet wurde, sei nicht zu beanstanden; die Tarifpartner hätten keine Vorgaben bezüglich der Anzahl der PCG gemacht. Die Liste dokumentiere bis auf eine Ausnahme Werte unterhalb oder im Bereich der Vergleichsgruppe, was nicht auf ein besonders morbides Patientengut hindeute. Auch die übrigen Morbiditätsindikatoren offenbarten keine Auffälligkeiten.

Zu den beklagterseits geltend gemachten Praxisbesonderheiten erwägt die Vorinstanz u.a., die Behauptung eines hohen Anteils multimorbider Patienten beruhe auf Kostenanalysen einer von der

Beschwerdeführerin beigezogenen statistischen Sachverständigen; diese fussten ihrerseits auf dem Datensatz einer Praxissoftware und nicht auf den Daten des nach tarifpartnerschaftlicher Vereinbarung vorgesehenen Datenpools der SASIS AG. Damit könne eine Praxisbesonderheit nicht hinreichend belegt werden.

Die Vorinstanz folgert, die Rückforderung basiere zulässigerweise auf den Ergebnissen der Regressionsanalyse. Ausgehend von einem Gesamtkostenindex von 154 Punkten (Statistikjahr 2017) und einer Toleranzmarge von 20 Punkten überschreite der Praxisfallwert die Wirtschaftlichkeitsgrenze deutlich. Der für die Berechnung der Rückforderung massgebende Regressionsindex für die direkten Arztkosten (also ohne veranlasste Kosten) betrage 212 Punkte, was weit über der Toleranzgrenze von 120 Indexpunkten liege. Angesichts direkter Arztkosten von Fr. 1'657'867.- resultiere ein zurückzuerstattender Betrag von Fr. 719'451.70 (Fr. 1'657'867.- x [92/212]).

6.4.4. Diesen Erwägungen liegen in wesentlichen Punkten Tatsachen zugrunde, die im vorinstanzlichen Instruktionsverfahren erhoben wurden oder die die Parteien zur Untermauerung ihrer Standpunkte vor Schiedsgericht eingereicht haben. Die betreffenden Daten waren folglich nicht Gegenstand einer Einzelfallprüfung durch die Krankenversicherer. Eine Rückerstattungsklage muss aber wie erwähnt auf deren Ergebnissen beruhen. Sie setzt voraus, dass: der im Screening als kostenauffällig erkannte Leistungserbringer (nicht offensichtliche) Praxisbesonderheiten benannt und substantiiert resp. andere Einwendungen (z.B. hinsichtlich des Umfangs der Toleranzmarge) erhoben hat; der Verband der Versicherer die nötigen Abklärungen und Auswertungen statistischer (oder analytischer) Art getätigt hat; die Parteien wenn möglich auf eine gütliche Einigung hingearbeitet haben; dies bevor die prüfende Instanz schliesslich feststellt, inwieweit individuelle Praxiseffekte die im Screening angezeigte Differenz zwischen Praxisindexwert und Vergleichsindex verändern, und gegebenenfalls eine entsprechende Rückforderung klageweise geltend macht.

Die vorinstanzlichen Entscheidungsgrundlagen sind gemessen an den Anforderungen des Screening-Vertrags unvollständig. Soweit das bisherige Verfahren von den tarifpartnerschaftlich vereinbarten Vorgaben abweicht, verletzt es in methodischer Hinsicht Art. 56 Abs. 6 KVG.

7.

Anhand der erhobenen Rügen bleibt zu prüfen, inwieweit die Klage ergänzt und die Sache auf dieser Grundlage vom Schiedsgericht neu beurteilt werden muss. Die Vorbringen der Beschwerdeführerin betreffen teils das Screening-Verfahren (nachfolgend E. 8), teils die Phase der Einzelfallprüfung (E. 9).

8.

Hinsichtlich des Screening-Verfahrens ist strittig: ob eine Gruppenpraxis wie die der Beschwerdeführerin mit einer vorwiegend aus Einzelpraxen bestehenden Vergleichsgruppe verglichen werden darf (E. 8.1); wie es sich mit der für die Regressionsanalyse verwendeten Liste des Morbiditätsindikators "pharmazeutische Kostengruppen" (PCG) " verhält (E. 8.2); ob die Vorinstanz eine ausreichend hohe Toleranzmarge angewendet hat (E. 8.3).

8.1. Nach Auffassung der Beschwerdeführerin werde ihr die für das Screening gewählte Vergleichsgruppe nicht gerecht; als Gruppenpraxis könne sie nicht einem Vergleichskollektiv gegenübergestellt werden, das aus Einzelpraxen bestehe.

8.1.1. Die Beschwerdeführerin, eine Aktiengesellschaft, betreibt eine Gruppenpraxis mit mehreren angestellten Ärzten, die unter einer ZSR-Nummer mit den Krankenversicherern abrechnet. Zur Frage, ob sie zum Zweck der Wirtschaftlichkeitskontrolle nur mit gleichartigen Praxen verglichen werden sollte, führte sie im vorinstanzlichen Verfahren aus, als Institut (Gruppenpraxis) dürfe sie nicht mit den Durchschnittswerten eines Kollektivs verglichen werden, das sich mehrheitlich aus Einzelpraxen zusammensetze. Praxisgemeinschaften als Zusammenschlüsse Selbständiger, bei der jeder Facharzt

eine eigene ZSR-Nummer habe, und Institute mit nur einer ZSR-Nummer müssten gleich behandelt werden. Als Leistungserbringer im Sinn des Screening-Vertrags müsse der einzelne Arzt gelten und nicht die unter einer ZSR-Nummer vereinten Ärzte gemeinsam. Ansonsten werde Gleiches mit Ungleichen verglichen.

Die Vorinstanz erwägt, die über die FMH-Spezialisierung (Allgemeine Innere Medizin) definierte Vergleichsgruppe dürfe (ungeachtet dessen, dass sie überwiegend Einzelpraxen enthalte) ohne Weiteres für den statistischen Durchschnittskostenvergleich herangezogen werden, weil nicht die durchschnittlichen Kosten pro Arzt, sondern diejenigen pro Patient (resp. Behandlungsfall) massgebend seien. Die Kosten einer Gruppenpraxis stünden in Relation zur Gesamtzahl der behandelten Patienten.

Die Beschwerdeführerin hält daran fest, die einzelnen Ärzte müssten über ihre jeweiligen K-Nummern der Vergleichsgruppe gegenübergestellt werden. Wenn bei einem geprüften Leistungserbringer mehrere Ärzte über die gleiche ZSR-Nummer abrechneten, entstünden Ungereimtheiten, so etwa im Hinblick auf besondere Fähigkeitsausweise einzelner angestellter Ärzte.

8.1.2. Santésuisse führt als Branchenverband der Krankenversicherer ein Zahlstellenregister (ZSR-Register). Auf Gesuch hin teilt sie einem Leistungserbringer die sogenannte ZSR-Nummer zu, sofern er die nach Gesetz, Verordnung, Gerichts- und Verwaltungspraxis erforderlichen Zulassungsvoraussetzungen erfüllt, um zulasten der obligatorischen Krankenpflegeversicherung tätig sein zu können. Die ZSR-Nummer dient vor allem der erleichterten Abrechnung zwischen Leistungserbringer und Versicherer (BGE 135 V 237 E. 2). Neben der klassischen ärztlichen Praxis als Einzelunternehmen (vgl. Art. 35 Abs. 2 lit. a KVG) gehören auch "Einrichtungen, die der ambulanten Krankenpflege durch Ärzte und Ärztinnen dienen" (Art. 35 Abs. 2 lit. n KVG) zu den Leistungserbringern, die zulasten der obligatorischen Krankenpflegeversicherung tätig sind (BGE 135 V 237 E. 4.2). Den Medizinalpersonen, die im Angestelltenverhältnis zu einem Leistungserbringer (und Inhaber einer ZSR-Nummer) Leistungen zulasten der obligatorischen Krankenpflegeversicherung erbringen dürfen, werden individuelle Kontroll-Nummern ("K-Nummern") ausgestellt. Die Leistungen der einzelnen K-Nummer-Inhaber werden durch den Arbeitgeber abgerechnet (SASIS AG, Zahlstellenregister, Allgemeine Geschäftsbedingungen ZSR, gültig ab Juni 2020) und ihm (als Inhaber der auf der Abrechnung vermerkten ZSR-Nummer) zugerechnet.

Die Wirtschaftlichkeitskontrolle nach Art. 59 KVG knüpft - gleich wie die Rechnungsstellung und Tarifierung (Art. 42 ff. KVG) - beim Begriff des Leistungserbringers an. Um die ihr zugedachte Funktion wahrnehmen zu können, muss die ZSR-Nummer im Fall einer juristischen Person allein der Einrichtung und nicht den bei dieser angestellten Ärzten zugeteilt werden (BGE 135 V 237 E. 4.1 und E. 4.4). Es bleibt hier kein Raum für eine Wirtschaftlichkeitskontrolle hinsichtlich der durch einzelne Ärzte erbrachten Leistungen (vgl. BGE 135 V 237 E. 4.6.4).

8.1.3. Die Vorinstanz hat zu Recht festgehalten, dass auch bei einer Gruppenpraxis mit mehreren Ärzten (gleicher Fachrichtung) ein Durchschnittskostenvergleich durchgeführt werden kann, da die Kosten pro Patient (resp. Behandlungsfall) massgebend sind (BGE 135 V 237 E. 4.6.4). Es gibt keinen Grund, davon abzuweichen und für jeden angestellten Arzt gesonderte Wirtschaftlichkeitskontrollen nach K-Nummern durchzuführen. Ebensovienig angezeigt ist eine Anpassung der Vergleichsgruppe in Form einer Beschränkung auf Gruppenpraxen, zumal angesichts der vielgestaltigen Organisationsmöglichkeiten keine Gewähr für einen präziseren Vergleichsindex bestünde.

Freilich ist denkbar, dass erweiterte Leistungsangebote, die so nur in einer Gruppenpraxis möglich erscheinen, sich auf das Kostenprofil auswirken. Die Beschwerdeführerin bringt unter diesem Aspekt vor, ihr Profil unterscheide sich etwa mit Blick auf gegenseitige Stellvertretungen und erweiterte Öffnungszeiten von der durchschnittlichen Referenzpraxis. Es liegt nahe, dass eine das übliche Mass

überschreitende zeitliche Verfügbarkeit der ärztlichen Versorgung mit zusätzlichen Kosten verbunden ist (Lohnzuschläge, administrative Mehrkosten). Dabei handelt es sich allerdings nicht etwa um eine Frage der Vergleichsgruppenbildung, sondern gegebenenfalls um eine Praxisbesonderheit (dazu unten E. 9.1).

8.2. Weiter rügt die Beschwerdeführerin, beim Screening sei eine unvollständige Liste des Morbiditätsindikators "pharmazeutische Kostengruppen" (PCG) verwendet worden (vgl. oben E. 5.4.1).

8.2.1. Sie macht geltend, zum Zeitpunkt der Klage sei bereits eine (von ursprünglich 24) auf 34 Positionen erweiterte Liste in Kraft gestanden. Die Berechnung des Fallkostenindex basiere aber noch auf der alten Liste. Der Einfluss der erweiterten PCG-Liste zeige sich darin, dass für das Statistikjahr 2017 ein Regressionsindex von 154 Punkten angeführt worden sei, für die Jahre 2018 und 2019 bei gleichbleibender Praxistätigkeit indessen bloss Indizes von 123 und 132.

Die Vorinstanz weist darauf hin, die Vertragsparteien hätten bei der Integration dieser Morbiditätsvariable in die Regressionsanalyse keine Mindestanzahl von PCG vorgesehen. Die von den Klägerinnen eingereichte Liste, in der für 24 PCG die standardisierten Tagesdosen (Defined Daily Dose, DDD) des jeweiligen Wirkstoffs (direkte und veranlasste Abgabe) aufgeführt seien, zeige (abgesehen vom Bereich "Glaukom") keine Werte, die auf ein besonders morbides Patientenkollektiv hinweisen würden. Der Einwand der Beschwerdeführerin, die PCG seien in "weniger medikamentenorientierten Praxen" auch weniger aussagekräftig, lasse sich bei ausgewiesenen Medikamentenkosten von Fr. 914'727.- (2017) nicht erhärten.

8.2.2. Die pharmazeutischen Kostengruppen PCG umfassen Arzneimittel mit bestimmten Wirkstoffen, die für die Behandlung eines Krankheitsbildes (z.B. Asthma, COPD, Diabetes, Epilepsie) eingesetzt werden, das (für sich allein oder zusammen mit einer anderen Erkrankung) besonders kostenintensiv ist (vgl. Art. 4 Abs. 1bis der Verordnung vom 19. Oktober 2016 über den Risikoausgleich in der Krankenversicherung [VORA; SR 832.112.1]). Die betreffende Klassifikation ist für den Risikoausgleich zwischen den Krankenversicherern entwickelt worden. Im Zusammenhang mit der Wirtschaftlichkeitskontrolle werden die PCG verwendet, um die Häufigkeit von bestimmten chronischen Erkrankungen im Patientenkollektiv anhand der Menge der für ihre Behandlung eingesetzten Arzneimittel indirekt sichtbar zu machen (BGE 150 V 129 E. 6.5.2 mit Hinweisen). Die zur Analyse der PCG benötigten detaillierten Medikamentenabrechnungen sind im Tarifpool des Datendienstleisters SASIS AG, einer Tochtergesellschaft des Krankenkassenverbands Santésuisse, verfügbar (Schlussbericht der Polynomics AG, a.a.O., S. 63 und 73).

8.2.3. Der von der Beschwerdeführerin gerügte Umstand, dass die zum Zeitpunkt der Klage verfügbare erweiterte PCG-Liste keine Verwendung gefunden hat, betrifft das Screening-Verfahren. Der dort ermittelte Indexwert ist als solcher für die Feststellung von Unwirtschaftlichkeit aber nur soweit massgebend, wie nicht die konkreten Verhältnisse eine Korrektur erfordern (oben E. 5.5.2). Sollten bestimmte PCG, die in der verwendeten Liste fehlen, im Fall der Beschwerdeführerin tatsächlich ein erheblich genaueres Bild der Morbidität des Patientenkollektivs vermitteln, so können die entsprechenden Daten im Rahmen der - noch durchzuführenden (E. 6.3, 6.4.4 und E. 7) – Einzelfallprüfung erhoben und ausgewertet werden. Dies setzt freilich voraus, dass die Beschwerdeführerin in der erweiterten PCG-Liste enthaltene Krankheitsbilder benennt, hinsichtlich derer sich die Morbidität ihrer Patienten von denjenigen einer durchschnittlichen internistischen Praxis relevant unterscheiden soll.

8.3. Strittig ist auch die Frage des Umfangs der Toleranzmarge, die beim Vergleich des Regressionsindex der geprüften Arztpraxis mit dem einschlägigen statistischen Mittelwert zu veranschlagen ist (E. 5.4.2).

8.3.1. Die Vorinstanz geht davon aus, die Rechtsprechung anerkenne bisher einen Toleranzbereich von 120 bis 130 Indexpunkten (BGE 137 V 43 E. 2.2). Nun beziehe die Regressionsanalyse gemäss neuer Screening-Methode aber (im Vergleich zur Vorgängermethode "ANOVA") zusätzliche Faktoren ein. Damit verbessere sich die Aussagekraft des Modells und die Güte des Verfahrens zur Überprüfung der Wirtschaftlichkeit wesentlich. Die methodischen Neuerungen rechtfertigten eine Beschränkung der Toleranz auf 120 Punkte.

Der Beschwerdeführer bestreitet dies u.a. unter Hinweis auf den Schlussbericht der Polynomics AG, der dem tarifpartnerschaftlichen Methodenvertrag zugrundeliegt. Danach gälten erst Praxen, die einen Indexwert von über 130 Punkten haben, also mehr als 30 Prozent über dem erwarteten Wert ihrer Facharztgruppe liegen, als auffällig. Die Vorinstanz verletze Art. 56 Abs. 6 KVG, indem sie die Grenze von vornherein bei bloss 120 Punkten ansetze.

8.3.2. Da die Toleranz nicht dazu bestimmt ist, einer "technischen", methodenbedingten Standardabweichung Rechnung zu tragen - sie vielmehr der ärztlichen Behandlungsfreiheit Rechnung tragen soll ("Praxisstil"; oben E. 5.4.2) -, ist nicht ersichtlich, inwiefern die mit Einführung der Screening-Methode verbundene Berücksichtigung zusätzlicher Morbiditätsindikatoren den möglichen Umfang des Toleranzbereichs einschränken sollte (BGE 150 V 129 E. 5.4 mit Hinweisen). Die Vorinstanz unterschreitet ihr methodisches Auswahlermassen (dazu Urteil 9C_721/2020 vom 19. Oktober 2021 E. 4.3.2), wenn sie davon ausgeht, ein Zuschlag von mehr als 20 Punkten falle nicht mehr in Betracht. Auf der anderen Seite spricht der (von den Tarifpartnern zum integrierten Bestandteil der Vereinbarung über die Screening-Methode erklärte) Schlussbericht der Polynomics AG von September 2017 zwar ausschliesslich von einer Toleranz von 30 Prozentpunkten über dem erwarteten Wert der betreffenden Facharztgruppe (a.a.O. S. 11 Ziff. 1.5). Dies bedeutet indessen keine veränderte vertragliche Festlegung des Toleranzbereichs. Es mag sein, dass in der Praxis üblicherweise ein Ansatz von 130 Punkten verwendet wird; weder dem Vertrag selbst noch dessen Anhang - dem erwähnten Schlussbericht - ist jedoch zu entnehmen, dass in jedem Fall ein Indexwert von 130 Punkten massgebend sein soll (Urteil 9C_126/2023 vom 4. März 2024 E. 7.3). Die Marge bewegt sich unter Geltung der Screening-Methode weiterhin in einem Bereich von mindestens 20 bis höchstens 30 Punkten. Deren Bestimmung im Einzelfall steht im Ermessen der Krankenversicherer resp. des Schiedsgerichts (vgl. dazu oben E. 5.4.2 a.E. und E. 9.2.3 a.E.).

8.4. Zusammengefasst gilt hinsichtlich der im Zusammenhang mit dem Screening-Verfahren erhobenen Rügen Folgendes: Die Beschwerdeführerin, die eine Gruppenpraxis betreibt, darf an einer Vergleichsgruppe gemessen werden, die sich überwiegend aus Einzelpraxen zusammensetzt (E. 8.1). Sollten im Screening-Verfahren relevante "Pharmazeutische Kostengruppen" (PCG) nicht berücksichtigt worden sein, präjudiziert dies die anschliessende Beurteilung im Einzelfall nicht (E. 8.2). Die vom Indexwert der Beschwerdeführerin abzuziehende Toleranzmarge beträgt nach wie vor mindestens 20 und höchstens 30 Prozentpunkte (E. 8.3).

9.

Die Beschwerdeführerin rügt, in ihrem Fall seien zu Unrecht Praxisbesonderheiten nicht berücksichtigt worden, deren Kosteneffekt zu einer Verminderung der Differenz zwischen dem (im Screening ermittelten) Praxisfallwert und dem Vergleichsgruppenfallwert führe. Strittig sind die Tragweite von erweiterten Öffnungszeiten (E. 9.1) und von Fähigkeitsausweisen sowie der angebotenen delegierten Psychotherapie (E. 9.2), ferner die Notwendigkeit einer weiterführenden Beurteilung der Morbidität des Patientenkollektivs (E. 9.3).

9.1.

9.1.1. Bereits vor dem kantonalen Schiedsgericht berief sich die Beschwerdeführerin auf den Umstand, dass ihre Praxis im Jahr 2017 an 301 Tagen von morgens 7 Uhr bis abends 19 Uhr und samstagsmorgens geöffnet gewesen sei und sie die gegenseitige Vertretung der Ärzte sichergestellt habe. Wären Stellvertretungen jeweils über eine eigene ZSR-Nummer des einspringenden Arztes abgerechnet worden, hätte sich dies in dessen Statistik niedergeschlagen und nicht unter der ZSR-Nummer des Instituts. Vor Bundesgericht erinnert die Beschwerdeführerin daran, sie habe schon im Klageverfahren Unterlagen betreffend die Kostenfolgen von erweiterten Öffnungszeiten und der praxisinternen Stellvertretung bei Abwesenheiten beigebracht.

9.1.2. Reguläre (publizierte) Sprechstundenzeiten über das übliche Mass hinaus (vgl. Urteil 9C_33/2024 vom 24. Juni 2024 E. 4.4) erweitern die Behandlungskapazitäten und ermöglichen einen entsprechend grösseren Patientenstamm. Insoweit beeinflussen sie die Durchschnittskosten pro Patient grundsätzlich nicht. Allerdings ist vorstellbar, dass ein Leistungserbringer betriebliche Mehrkosten, die etwa infolge von Lohnzuschlägen in Randzeiten entstehen (vgl. zur amtl. Publ. bestimmtes Urteil 9C_664/2023 vom 24. Juni 2024 E. 4.3.7), geltend machen kann, dies - mangels Anspruchs auf eine Dringlichkeits-Inkonvenienzpauschale (erwähntes Urteil 9C_33/2024 E. 4.4) - gleichsam kompensatorisch. Weiter kann die - im Vergleich gerade mit einer Einzelpraxis ohne ausserordentliche Öffnungszeiten - grössere zeitliche Verfügbarkeit dazu führen, dass bestehende Patienten Leistungen beanspruchen, die sie sonst anderswo bezogen hätten; man denke an die Notfallversorgung von Stammpatienten oder auch an interne (statt externe) Ferienstellvertretungen. Soweit die von der Beschwerdeführerin sichergestellte medizinische Versorgung ausserordentlich beansprucht wurde, kann sie dies durchaus als wesentliche Praxisbesonderheit geltend machen.

Rein organisationsbedingte Mehrkosten stellen hingegen keine erhebliche Praxisbesonderheit dar. So ist zwar möglich, dass einer Gruppenpraxis infolge erweiterter Öffnungszeiten und häufig wechselnder Betreuung von Patienten zusätzlicher Aufwand entsteht, um die Behandlungskontinuität sicherzustellen, dies zumal wenn Teilzeit arbeitende Ärzte sich regelmässig gegenseitig vertreten. Das müsste indessen durch geeignete Praxisabläufe aufgefangen werden.

9.2. Die Beschwerdeführerin beschäftigt Ärzte mit dem Facharztstitel Allgemeine Innere Medizin, die daneben teilweise über besondere Fähigkeitsausweise verfügen (u.a. Psychosomatische und Psychosoziale Medizin). Ausserdem bietet sie delegierte Psychotherapie an.

9.2.1. Die auf ihre Wirtschaftlichkeit hin zu kontrollierenden Behandlungskosten eines Leistungserbringers werden den Durchschnittskosten im gleichen medizinischen Sachgebiet gegenübergestellt (EUGSTER, SBVR, S. 679 Rz. 888). Vor dem kantonalen Schiedsgericht brachte die Beschwerdeführerin unter anderem vor, das erweiterte diagnostische und therapeutische Spektrum führe dazu, dass Patienten weniger oft an andere Ärzte und Institutionen verwiesen werden müssten. Mit Blick auf die geltend gemachten Behandlungsschwerpunkte hält die Vorinstanz daran fest, die massgebende Vergleichsgruppe setze sich aus den Praxen der Facharztgruppe Allgemeine Innere Medizin in der ganzen Schweiz zusammen; vgl. BGE 144 V 79 E. 6.1). Die angerufenen Spezialisierungen innerhalb der Inneren Medizin bedingten keine Anpassung. Die Fähigkeitsausweise der für die Beschwerdeführerin tätigen Ärzte seien im Vergleichskollektiv der Internisten ebenfalls vertreten, was einen allfälligen Effekt ausgleiche. Namentlich die psychosomatische und psychosoziale Medizin sei nicht auszuondern, da sie ein zentrales Element einer allgemeinmedizinischen Arztpraxis darstelle. Was die Psychotherapie angehe - die von Hausärzten in der Regel nicht angeboten werde -, seien die betreffenden Patienten nicht aus der Rechnung genommen worden, weil sie wegen unvollständiger Angaben der Beschwerdeführerin nicht hätten identifiziert werden können. Es sei von einer Beweisvereitelung auszugehen, zumal die Beschwerdeführerin für eine entsprechende Nichtmitwirkung rechtliche (nicht tatsächliche) Gründe anführe.

9.2.2. Dieser Vorwurf ist zunächst mit Blick auf die im Statistikjahr 2017 angebotene delegierte (psychologische) Psychotherapie zu überprüfen.

9.2.2.1. Die Beschwerdeführerin gibt an, 2017 seien bei ihr vier (psychologische, d.h. nichtärztliche) Psychotherapeuten angestellt gewesen. Die Patienten, die eine psychotherapeutische Behandlung beansprucht hätten, seien oft auch sonst Patienten ihrer Praxis. Internistische (allgemeinmedizinische) Praxen mit einem zusätzlichen Schwerpunkt "Psychotherapie" könnten nicht mit normalen Hausarztpraxen verglichen werden. Das Bundesgericht verlange denn auch, die psychotherapeutischen Leistungen und die allgemeinmedizinischen Leistungen je einer separaten Wirtschaftlichkeitskontrolle zu unterziehen (Urteil 9C_570/2015 vom 6. Juni 2016 E. 7.3). Die Vorinstanz ignoriere dies. Sie, die Beschwerdeführerin, habe im schiedsgerichtlichen Verfahren Daten über die Kosten beigebracht, die durch Psychotherapie und weitere Spezialgebiete entstanden seien.

9.2.2.2. Das im hier massgebenden Statistikjahr 2017 noch praktizierte Modell der "delegierten Psychotherapie" geht auf einen Bundesgerichtsentscheid von 1981 zurück (BGE 107 V 46); damals war der Beruf des psychologischen Psychotherapeuten noch nicht gesetzlich geregelt. Psychotherapeutische Behandlungen durch angestellte Psychologen konnten - als (delegierte) ärztliche Leistungen - zulasten der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) abgerechnet werden, wenn sie von einem berechtigten Arzt verordnet und in dessen Praxisräumen sowie unter dessen Aufsicht und Verantwortlichkeit erbracht wurden (vgl. BGE 125 V 441 E. 2d). Das am 1. April 2013 in Kraft getretene Bundesgesetz über die Psychologieberufe (SR 935.81) regelt nunmehr u.a. die Aus- und Weiterbildung und die Berufsausübung der psychologischen Psychotherapeuten. Auf den 1. Juli 2022 wurde das Delegationsmodell durch ein Anordnungsmodell ersetzt; seit dem 1. Januar 2023 gibt es keine delegierte Psychotherapie mehr (vgl. dazu den Kommentar des Bundesamts für Gesundheit BAG zur Änderung der KVV und der KLV, März 2021). Nichtärztliche Psychotherapeuten werden seither unter bestimmten Voraussetzungen direkt zur Leistungserbringung zulasten der OKP zugelassen (Art. 50c KVV, in Kraft seit 1. Juli 2022 [vgl. Übergangsbestimmungen zur Änderung der KVV vom 19. März und 23. Juni 2021]); sie können selbständig, in eigener fachlicher Verantwortung und auf eigene Rechnung, tätig sein, soweit die Behandlung ärztlich angeordnet ist (Art. 11b KLV). Anordnungsbefugt sind u.a. die ärztlichen Grundversorger, während unter dem Delegationsmodell ein Fähigkeitsausweis "Delegierte Psychotherapie (FMPP)" erforderlich war.

9.2.2.3. Eine Wirtschaftlichkeitskontrolle von Leistungen der delegierten Psychotherapie war von vornherein nur erforderlich und zulässig, soweit der Krankenversicherer nicht gestützt auf einen vertrauensärztlichen Bericht Kostengutsprache für eine fortgesetzte (über 40 Sitzungen hinausreichende) Therapie erteilt hat (vgl. Art. 3b KLV). Soweit der zuständige Krankenversicherer sie genehmigt hat, gilt eine psychotherapeutische Behandlung als in wirtschaftlicher Weise erbracht (Urteile 9C_570/2015 vom 6. Juni 2016 E. 7.2 und 7.3, K 172/97 vom 23. April 1999 E. 5). Im Übrigen ist die mit einem hohen Zeitaufwand verbundene Psychotherapie - die in delegierter Form als ärztliche Leistung gilt - keine Spezialität im Rahmen ärztlicher Grundversorgung. Sie steht ausserhalb des Leistungsspektrums einer internistischen Praxis und kann daher nicht als Praxisbesonderheit behandelt werden. Ebenso wenig ist es angezeigt, dieses Zusatzangebot über eine spiegelbildlich zusammengesetzte Vergleichsgruppe zu erfassen. Vielmehr braucht es hier für die unter den Titeln der allgemeinmedizinischen Behandlung einerseits und der delegierten Psychotherapie andererseits entstandenen Kosten je eine separate Wirtschaftlichkeitsprüfung (erwähntes Urteil 9C_570/2015 E. 7.3; vgl. auch Urteil K 50/00 vom 30. Juli 2001 E. 6). Patienten, die sowohl ärztliche Grundversorgung wie auch Psychotherapie beanspruchen, werden zwei verschiedenen Patientenkollektiven zugeordnet. Für psychotherapeutische Leistungen, die noch nicht qua Kostengutsprache genehmigt sind, werden eigene Prokopf-Fallwerte berechnet.

Angestellte Medizinalpersonen, so auch die für die Beschwerdeführerin delegiert tätigen psychologischen Psychotherapeuten, sind keine eigenständigen Leistungserbringer im Sinn des KVG.

Demzufolge verfügen sie über keine eigene ZSR-Nummer (vgl. oben E. 8.1.2). Insoweit kommt der Grundsatz, wonach sich eine Wirtschaftlichkeitskontrolle auf die Gesamtheit der unter einer ZSR-Nummer in Rechnung gestellten Leistungsvergütungen bezieht (oben E. 5.2), nicht zum Tragen.

Inwiefern das skizzierte Vorgehen angesichts des erheblich eingeschränkten Gegenstands der nachträglichen Wirtschaftlichkeitskontrolle (Art. 59 KVG) im Bereich der Psychotherapie überhaupt sinnvoll und praktikabel ist, muss an dieser Stelle offenbleiben und den fachkundigen Tarifpartnern resp. dem Schiedsgericht zur Beurteilung überlassen werden.

9.2.2.4. Die Vorinstanz forderte bei der Beschwerdeführerin u.a. die Namen der im Rahmen der delegierten Psychotherapie behandelten Patienten an und bat die Beschwerdegegnerinnen, diese anschliessend in der Berechnung nicht mehr zu berücksichtigen (Verfügung vom 22. März 2021). Die Beschwerdeführerin reichte daraufhin am 28. Mai 2021 eine Analyse ihrer Fallkosten ein (Bericht "Statistik 2017 Praxis A. AG - Analyse der Fallkosten gemäss den Kriterien der santésuisse" der Frau Dr. sc. nat. E., vom 12. Mai 2021; vgl. auch den Bericht vom 27. März 2019). Auf weitere Aufforderung der Vorinstanz hin gab sie eine Namensliste mit 858 Patienten zu den Akten. Im angefochtenen Urteil hält die Vorinstanz fest, aufgrund der Daten, die die Beschwerdeführerin geliefert habe, sei es nicht möglich, die betroffenen Patienten zu identifizieren. Es sei nicht einsichtig, weshalb keine vollständigen Daten eingereicht worden seien, nachdem die von der Beschwerdeführerin beigezogene Datenspezialistin offenbar in der Lage gewesen sei, eine Neuberechnung im Sinn der prozessleitenden Verfügung vom 22. März 2021 vorzunehmen. Deshalb seien alle Patienten der Beklagten in eine (einheitliche) Berechnung einzubeziehen.

9.2.2.5. Von einer ungenügenden Mitwirkung der Beschwerdeführerin bei der vorinstanzlichen Beweiserhebung kann nicht gesprochen werden. Sofern es mit Blick auf den Umstand, dass die psychotherapeutischen Leistungen zu einem erheblichen Teil einer (neuen) Wirtschaftlichkeitsprüfung entzogen sind (oben E. 9.2.2.3), angezeigt und verhältnismässig erscheint, sind die im streitgegenständlichen Statistikjahr 2017 erbrachten Leistungen der Beschwerdeführerin in zwei Gruppen "ärztliche Grundversorgung" und "delegierte Psychotherapie" aufzuteilen; die Tarifpool-Daten der SASIS AG weisen auch die Fakturabeträge (nach TARMED-Positionen) für delegierte psychotherapeutische Behandlungen aus. Anhand der jeweiligen Anzahl entsprechend behandelter Patienten ist gegebenenfalls für beide Bereiche je ein Fallwert zu ermitteln und demjenigen einer entsprechenden Vergleichsgruppe gegenüberzustellen. Diese Aufgabe obliegt nicht in erster Linie der Beschwerdeführerin. Daher ist der in der Beschwerdeantwort geäusserte Vorwurf unbegründet, die datenanalytischen Berichte, die die Beschwerdeführerin im schiedsgerichtlichen Verfahren eingereicht hat, hätten keinen Bezug zum Referenzkollektiv und blieben ohne Nutzen für die Wirtschaftlichkeitsprüfung.

9.2.3. Bei der Beschwerdeführerin tätige Ärzte verfügen teilweise über Fähigkeitsausweise in Psychosomatischer und Psychosozialer Medizin (interdisziplinärer Schwerpunkttitel). Mit Bezug auf Psychosomatik und Sozialmedizin als solcher liegt, wie die Vorinstanz richtig festhält, keine Praxisbesonderheit vor, weil diese Disziplinen einen typischen Bestandteil der Grundversorgung darstellen (erwähntes Urteil 9C_570/2015 E. 7.4).

Behandlungsschwerpunkte aufgrund besonderer fachlicher Qualifikationen sind indessen, entgegen der Auffassung der Vorinstanz, unter dem Titel der Praxisbesonderheit nicht generell schon deswegen unbeachtlich, weil entsprechende ärztliche Weiterbildungen auch im gesamtschweizerischen Vergleichskollektiv vorkommen. In einer entsprechend spezialisierten Praxis wird ein Behandlungsschwerpunkt (sofern er im Unterschied etwa zur Psychosomatik seiner Natur nach grundsätzlich eine Praxisbesonderheit darstellen kann) die Kostenstruktur der geprüften Praxis wesentlich stärker beeinflussen als er sich im Durchschnitt der Vergleichsgruppe niederschlägt. Was Psychosomatik und Sozialmedizin betrifft, kann eine entsprechende Ausrichtung möglicherweise dazu

führen, dass das Patientenkollektiv sich vom durchschnittlichen Patientengut internistischer Praxen hinsichtlich Morbidität signifikant unterscheidet, ohne dass dies durch die Morbiditätsindikatoren im Screening-Verfahren vorweg neutralisiert würde (oben E. 5.5.2). Dies wiederum wäre eine näher zu untersuchende Praxisbesonderheit. Im Übrigen kann sich eine psychosomatisch-sozialmedizinische Ausrichtung der Praxis allenfalls auf den Umfang der Toleranzmarge auswirken (oben E. 5.4.2 und 8.3.2).

9.3. Strittig ist schliesslich, ob die Morbidität des Patientenkollektivs Gegenstand einer näheren Prüfung sein muss.

9.3.1. Die Beschwerdeführerin macht gestützt auf den eingereichten statistischen Bericht vom 27. März 2019 geltend, eine ausserordentlich hohe Anzahl ihrer 2'983 Patienten (2017) habe sowohl chronische wie auch psychische Krankheiten (38 % Chronischkranke, zusätzlich 28 % psychisch und chronisch kranke Patienten); im Allgemeinen liege der Anteil multimorbider resp. chronischkranker Patienten in Hausarztpraxen gemäss wissenschaftlichen Auswertungen bei 13 bis 25 %.

9.3.2.

9.3.2.1. Das kantonale Schiedsgericht erwägt, es genüge nicht, Besonderheiten (und die damit verbundenen Mehrkosten) bloss zu behaupten; der Leistungserbringer habe sie vielmehr so substantiiert vorzutragen, dass die Kontrollinstanzen begründeten Anlass zu weiteren Abklärungen sähen. Die Beschwerdeführerin lege keine Praxisbesonderheiten dar, die nicht schon in der (regressionsanalytischen) Auswertung enthalten seien. Sie behaupte zwar einen hohen Anteil multimorbider Patienten; diese Angaben beruhten indessen auf Kostenanalysen, die ihrerseits auf dem Datensatz der Praxissoftware und nicht auf den Daten des vertraglich vereinbarten Daten- und Tarifpools der SASIS AG fussten. Die von der Beschwerdeführerin verwendeten Daten böten damit keine Gewähr dafür, den vertraglich definierten Beurteilungskriterien zu entsprechen; damit sei die betreffende Praxisbesonderheit nicht hinreichend substantiiert.

9.3.2.2. Die Beschwerdeführerin entgegnet, sie habe die vom Schiedsgericht herausverlangten Patientendaten geliefert. Offensichtlich habe die Vorinstanz aber mit dieser Analyse nichts anzufangen gewusst, weshalb sie ihr nun eine Verletzung der Mitwirkungspflicht vorwerfe. Es sei nicht ersichtlich, wieso nicht die Klägerschaft diese Daten beigebracht habe. Sie, die Beschwerdeführerin, verfüge nur über ihre eigenen Praxisdaten; auf die Daten der SASIS AG habe sie keinen Zugriff. Sie weist auf die im schiedsgerichtlichen Verfahren vorgelegte statistische Auswertung vom 27. März 2019 hin. Dort werde nachgewiesen, dass hinsichtlich der nicht multimorbiden resp. chronischkranken Patienten, selbst der älteren, ausserordentlich geringe Behandlungskosten entstanden seien. Falsch sei im Übrigen die vorinstanzliche Annahme, in der Regressionsanalyse verwendete Morbiditätsvariablen trügen den fraglichen Praxisbesonderheiten ohne Weiteres Rechnung. Die Morbidität könne hier namentlich über die pharmazeutischen Kostengruppen PCG nicht abschliessend erfasst werden. So verschreibe beispielsweise ein komplementärmedizinisch tätiger Internist unter Umständen häufig Medikamente, die nicht in der PCG-Liste aufgeführt seien.

Im vorinstanzlichen Verfahren illustrierte die Beschwerdeführerin ihre Einwendungen mit Berechnungen zum "Anteil der multimorbiden/chronischen Patienten am Patientengut 2017" vom 14. Mai 2019. Dort wird ausgeführt, der Anteil multimorbider und chronischkranker Patienten werde massiv unterschätzt, wenn man allein auf die Anzahl verabreichter Medikamente abstelle. Für das Jahr 2017 würden mehr als ein Viertel der tatsächlich multimorbiden und/oder chronischkranken Patienten nicht als solche identifiziert. So seien einem Drittel der Patienten mit einer psychischen Erkrankung höchstens zwei Medikamente verschrieben worden, was statistisch gesehen als unauffällig erscheine. Daher erweise sich die Medikation nicht als hinreichender Indikator zur Bestimmung der Morbidität.

9.3.3. Eine unzureichende Mitwirkung der Beschwerdeführerin ist nicht ersichtlich (vgl. oben E. 5.5.3). Im Bericht "Statistik 2017 Praxis A. AG" vom 27. März 2019 wird das Patientenkollektiv der Beschwerdeführerin nach Altersgruppen, Erkrankungsgrad und -art (normal, Chronischkranke, psychisch Kranke, chronisch und psychisch Kranke) und Kostenintensität gegliedert, die betreffenden Daten zusätzlich nach den Merkmalen Migrationshintergrund, Sterbebegleitung, Invalidenrentenbezug, "Patienten Caregiver", Demenz, Rollstuhl und Heimaufenthalt aufgeschlüsselt; sodann werden die entsprechenden Fallkosten aufgezeigt. Das Schiedsgericht setzt sich mit diesen statistischen Auswertungen nicht auseinander resp. hat bei den Beschwerdegegnerinnen keine Stellungnahme und keine allfällige Klageergänzung angefordert. Insoweit verbietet sich die Feststellung, der statistischen Auswertung, die die Beschwerdeführerin eingereicht hat, seien von vornherein keine genügenden Anhaltspunkte für eine Beurteilung der geltend gemachten Praxismerkmale zu entnehmen.

Grundsätzlich darf die Beschwerdeführerin Praxisbesonderheiten mit den ihr verfügbaren Mitteln und Daten substantiieren, zumal es dabei erst einmal darum geht, kostenerhöhende Umstände glaubhaft zu machen. Es ist sodann Sache der abklärungspflichtigen und letztlich auch materiell beweisbelasteten (BGE 150 V 129 E. 5.3) Klägerschaft, anhand der verfügbaren Statistiken Feststellungen über die Relevanz der diskutierten Merkmale zu treffen. Es kann nicht unterstellt werden, dass die Beschwerdeführerin die nötigen Informationen hat, um der vorinstanzlich postulierten Datenkompatibilität (vgl. oben E. 9.3.2.1) gerecht zu werden. Hinzu kommt, dass "vertraglich definierte Beurteilungskriterien" an sich nur das Screening-Verfahren und nicht die Einzelfallprüfung betreffen (vgl. E. 5.4.1); Praxisbesonderheiten sind im Rahmen der Letzteren zu betrachten. Die Mitwirkungspflicht des Leistungserbringers bezieht sich auch und gerade auf Praxisdaten, die bei den Krankenversicherern nicht vorhanden sind. So ist etwa vorstellbar, signifikante Abweichungen im Morbiditätsprofil mithilfe von Aufzeichnungen des Leistungserbringers über die gestellten Diagnosen zu substantiieren (vgl. oben E. 5.5.2 zweiter Abs.).

9.3.4. Abschliessend sei anzumerken, dass ein Datenvergleich erleichtert würde, wenn die Krankenversicherer den Leistungserbringern hinsichtlich der wichtigsten Merkmale des einschlägigen Patientenkollektivs Durchschnittswerte gemäss Datenpool zur Verfügung stellten (vgl. EUGSTER, SBVR, S. 684 Rz. 909). Dies würde den mitwirkungspflichtigen Leistungserbringer in die Lage versetzen, allfällige Praxisbesonderheiten gezielt und aussagekräftig darzustellen.

9.4. Zusammengefasst sind die geltend gemachten erweiterten Öffnungszeiten als solche keine relevante Praxisbesonderheit, zumal sie zu einem grösseren Patientenbestand führen. Sie sind aber dann als kostenwirksam zu berücksichtigen, wenn die höhere zeitliche Verfügbarkeit eine Ausweitung der medizinischen Versorgung bewirkt (z.B. Notfälle; E. 9.1). Die in der internistischen Praxis der Beschwerdeführerin angebotene delegierte Psychotherapie erfolgt ausserhalb der ärztlichen Grundversorgung und muss Gegenstand einer separaten Wirtschaftlichkeitsprüfung sein; dies indessen nur, soweit für die psychotherapeutischen Leistungen nicht bereits Kostengutsprache geleistet worden ist (E. 9.2.2). Eine psychosomatische und sozialmedizinische Ausrichtung der Praxis der Beschwerdeführerin als solche stellt - als typischer Bestandteil der ärztlichen Grundversorgung - an sich keine Praxisbesonderheit dar; sie kann aber zu einem vergleichsweise grösseren Anteil kostenintensiver Patienten führen, was wiederum zu berücksichtigen wäre (E. 9.2.3). Schliesslich erscheint hier die allfällige Kostenrelevanz einer ausserordentlich grossen Zahl an Patienten mit chronischen und/oder psychischen Krankheiten nicht als unzureichend substantiiert (E. 9.3).

10.

Aus den dargelegten Gründen ist das angefochtene Urteil aufzuheben und die Sache an die Vorinstanz zurückzuweisen. Das kantonale Schiedsgericht wird den Parteien Gelegenheit zur Vervollständigung der Wirtschaftlichkeitsprüfung geben und anschliessend auf der Grundlage einer ergänzten Klage über

die Frage der wirtschaftlichen Behandlungsweise im Statistikjahr 2017 sowie gegebenenfalls über die Rückforderung entscheiden.

11.

Im Hinblick auf die Kosten- und Entschädigungsfolgen gilt die Rückweisung der Sache zur Ergänzung der Entscheidungsgrundlagen als vollständiges Obsiegen der beschwerdeführenden Partei, unabhängig davon, ob sie die Rückweisung beantragt resp. ob sie das Begehren im Haupt- oder Eventualantrag stellt (BGE 137 V 210 E. 7.1; Urteil 9C_380/2022 vom 25. September 2023 E. 5.1).

Ausgangsgemäss tragen die Beschwerdegegnerinnen die Gerichtskosten (Art. 66 Abs. 1 BGG). Sie bezahlen der Beschwerdeführerin eine Parteientschädigung (Art. 68 Abs. 2 BGG).

Demnach erkennt das Bundesgericht:

1.

Die Beschwerde wird teilweise gutgeheissen. Das Urteil des Schiedsgerichts in Sozialversicherungsstreitigkeiten des Kantons Bern vom 17. Februar 2022 wird aufgehoben. Die Sache wird zur neuen Entscheidung an die Vorinstanz zurückgewiesen.

2.

Die Gerichtskosten von Fr. 12'000.- werden den Beschwerdegegnerinnen auferlegt.

3.

Die Beschwerdegegnerinnen haben die Beschwerdeführerin für das bundesgerichtliche Verfahren mit Fr. 6'000.- zu entschädigen.

4.

Dieses Urteil wird den Parteien, dem Schiedsgericht in Sozialversicherungsstreitigkeiten des Kantons Bern und dem Bundesamt für Gesundheit schriftlich mitgeteilt.