

Polypragmasie, méthode
anova, critères justifiant
des coûts plus élevés,
dépens

**Art. 59 al. 1 let b LAMal ;
68 al. 3 LTF**

Un pédiatre interjette un recours au TF contre un jugement du Tribunal arbitral de Bâle-Campagne le condamnant à la restitution de ses honoraires à hauteur de CHF 877'646.- pour la période allant de 2013 à 2016 et lui adressant un avertissement.

Dans cet arrêt, le TF **confirme l'applicabilité de la méthode statistique de l'analyse de la variance (anova)** comme méthode de contrôle du caractère économique des prestations médicales LAMal (c. 3.2 et 3.3).

Il procède ensuite à l'examen du caractère économique de l'activité du recourant selon ladite méthode rappelant, dans un premier temps, que la jurisprudence reconnaît comme caractéristiques atypiques d'un cabinet **justifiant une moyenne plus élevée des coûts par cas**, entre autres, **un grand nombre de patients de longue date, un grand nombre de patients âgés, un nombre de visites à domicile supérieur à la moyenne, une très forte proportion de patients étrangers et le fait de ne pas traiter de patients en urgence** (c. 5.2).

Dans le cas d'espèce, le TF confirme le jugement cantonal qui considère que le nombre élevé de patients adultes est une particularité du cabinet qui augmente la valeur de tolérance pour un cabinet de pédiatrie (150 points). Il nie d'autres particularités du cabinet augmentant la valeur de tolérance, notamment le nombre élevé de patients atteints de tuberculose ainsi qu'un nombre de patients étrangers élevé, du fait que le recourant maîtrise les langues parlées par une grande partie de ses patients issus de l'immigration (c. 5.6).

Finalement, le TF considère qu'il n'y a pas lieu d'allouer de dépens aux vingt-deux assureurs LAMal intimés. Après avoir rappelé que **les assurances qui garantissent l'assurance obligatoire des soins sont des organisations chargées de tâches de droit public au sens de l'art. 68 al. 3 LTF, il relève qu'il ne se justifie plus de s'en tenir à la jurisprudence publiée qui dérogeait à l'art. 68 al. 3 LTF**. Notre Haute Cour considère ainsi que la complexité des questions juridiques qui se posent et une éventuelle surcharge des organisations chargées de tâches publiques ne suffisent plus à justifier une dérogation à l'art. 68 al. 3 LTF (c. 7).

Auteur : Tania Francfort, titulaire du brevet d'avocat

Beschwerde gegen das Urteil des Schiedsgerichts in Krankenversicherungsstreitigkeiten nach Art. 89 KVG des Kantons Basel-Landschaft vom 3. März 2023 (730 15 230 / 62, 730 16 228 / 63, 730 18 232 / 64, 730 20 241 / 65).

Sachverhalt:

A.

Der 1952 geborene A. ist Facharzt für Kinder- und Jugendmedizin und betreibt in U. eine Arztpraxis. Am 1. Juli 2015 erhoben die CSS Kranken-Versicherung AG sowie weitere Krankenversicherungen vor dem Schiedsgericht in Krankenversicherungsstreitigkeiten des Kantons Basel-Landschaft Klage gegen A. und beantragten, er sei wegen wiederholter Unwirtschaftlichkeit von der Tätigkeit zu Lasten der obligatorischen Krankenpflegeversicherung auszuschliessen. Zudem sei der Betrag gerichtlich zu ermitteln, welchen er für das Jahr 2013 den Klägerinnen zurückzuerstatten habe. Am 13. Juli 2016

erhoben die Klägerinnen eine zweite Klage gegen den Arzt und beantragten, es sei der Betrag gerichtlich zu ermitteln, welchen er für das Jahr 2014 den Klägerinnen zurückzubezahlen habe. Sodann erhoben die Klägerinnen am 13. Juli 2018 eine dritte Klage und beantragten, der Beklagte habe ihnen für das Jahr 2016 den Betrag von Fr. 201'725.- zurückzuerstatten. In einer vierten Klage, datiert vom 16. Juni 2020, beantragten die Klägerinnen, der Beklagte sei für das Jahr 2015 zur Rückerstattung des Betrags von Fr. 207'824.- zu verurteilen. In ihrer gleichentags eingereichten Klageergänzung beantragten sie im Weiteren nunmehr, der Beklagte sei zu verpflichten, ihnen für das Jahr 2013 Fr. 316'313.-, für das Jahr 2014 Fr. 281'551.- und für das Jahr 2016 Fr. 201'730.- zurückzubezahlen. Nach Vereinigung der Verfahren hiess das Schiedsgericht die Klagen mit Urteil vom 3. März 2023 teilweise gut und verwarnte den Beklagten. Zudem verpflichtete es den Beklagten, den Klägerinnen für das Jahr 2013 Fr. 284'036.-, für das Jahr 2014 Fr. 249'374.-, für das Jahr 2015 Fr. 174'031.- und für das Jahr 2016 Fr. 170'205.- zurückzubezahlen. Im Übrigen wies es die Klagen ab.

B.

Mit Beschwerde in öffentlich-rechtlichen Angelegenheiten beantragt A., die Klagen seien unter Aufhebung des Urteils des Schiedsgerichts abzuweisen, eventuell sei die Sache zu weiteren Abklärungen an die Vorinstanz zurückzuweisen. Zudem sei der Beschwerde die aufschiebende Wirkung zu erteilen.

Während die CSS Kranken-Versicherung AG sowie die weiteren 21 Krankenversicherungen auf Abweisung der Beschwerde schliessen, verzichtet das Bundesamt für Gesundheit auf eine Vernehmlassung.

In seiner Stellungnahme vom 12. Juni 2023 hält A. an seinen Anträgen fest.

Erwägungen:

1.

1.1. Das Bundesgericht prüft das Bundesrecht von Amtes wegen (Art. 106 Abs. 1 BGG; BGE 143 V 19 E. 2.3) und mit uneingeschränkter (voller) Kognition (Art. 95 lit. a BGG; BGE 141 V 234 E. 2). Es ist folglich weder an die in der Beschwerde geltend gemachten Argumente noch an die Erwägungen der Vorinstanz gebunden; es kann eine Beschwerde aus einem anderen als dem angerufenen Grund gutheissen und es kann sie mit einer von der Argumentation der Vorinstanz abweichenden Begründung abweisen. Immerhin prüft das Bundesgericht, unter Berücksichtigung der allgemeinen Pflicht zur Begründung der Beschwerde (Art. 42 Abs. 1 und 2 BGG), grundsätzlich nur die geltend gemachten Rügen, sofern die rechtlichen Mängel nicht geradezu offensichtlich sind (BGE 141 V 234 E. 1 mit Hinweisen).

1.2. Das Bundesgericht kann die Sachverhaltsfeststellung der Vorinstanz nur berichtigen oder ergänzen, wenn sie offensichtlich unrichtig ist oder auf einer Rechtsverletzung im Sinne von Art. 95 BGG beruht (Art. 105 Abs. 2 BGG). Überdies muss die Behebung des Mangels für den Ausgang des Verfahrens entscheidend sein (Art. 97 Abs. 1 BGG).

Die beschwerdeführende Partei, welche die Sachverhaltsfeststellungen der Vorinstanz anfechten will, muss substantiiert darlegen, inwiefern die Voraussetzungen einer Ausnahme gemäss Art. 105 Abs. 2 BGG gegeben sind und das Verfahren bei rechtskonformer Ermittlung des Sachverhalts anders ausgegangen wäre; andernfalls kann ein Sachverhalt, der vom im angefochtenen Entscheid festgestellten abweicht, nicht berücksichtigt werden (BGE 140 III 16 E. 1.3.1 mit Hinweisen).

1.3. Neue Tatsachen und Beweismittel dürfen gemäss Art. 99 Abs. 1 BGG im bundesgerichtlichen Verfahren nur so weit vorgebracht werden, als erst der Entscheid der Vorinstanz dazu Anlass gibt. Neue Begehren sind nach Art. 99 Abs. 2 BGG unzulässig.

2.

Streitig und zu prüfen ist, ob das kantonale Schiedsgericht Bundesrecht verletzt hat, als es den Beschwerdeführer in Anwendung von Art. 59 Abs. 1 lit. b KVG zu einer Honorarrückerstattung wegen Überarztung im Betrag von Fr. 284'036.- (für das Jahr 2013), Fr. 249'374.- (für das Jahr 2014), Fr. 174'031.- (für das Jahr 2015) und Fr. 170'205.- (für das Jahr 2016) verurteilte und ihn in Anwendung von Art. 59 Abs. 1 lit. a KVG verwarnte.

3.

3.1. Gegen Leistungserbringer, die gegen die im Gesetz vorgesehenen Wirtschaftlichkeits- und Qualitätsanforderungen oder gegen vertragliche Abmachungen verstossen, werden gemäss Art. 59 Abs. 1 KVG Sanktionen ergriffen. Diese umfassen:

- die Verwarnung (Art. 59 Abs. 1 lit. a KVG);
- die gänzliche oder teilweise Rückerstattung der Honorare, welche für nicht angemessene Leistungen bezogen wurden (Art. 59 Abs. 1 lit. b KVG);
- eine Busse (Art. 59 Abs. 1 lit. c KVG); oder
- im Wiederholungsfall den vorübergehenden oder definitiven Ausschluss von der Tätigkeit zu Lasten der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (Art. 59 Abs. 1 lit. d KVG).

Diese verschiedenen Sanktionsarten nach Art. 59 Abs. 1 KVG sind kombinierbar. Zu beachten ist allerdings, dass auch die Gesamtsanktion dem Verhältnismässigkeitsprinzip zu entsprechen hat (Urteil 9C_656/2020 vom 22. September 2021 E. 5).

3.2. Nach dem mit Bundesgesetz vom 23. Dezember 2011 (AS 2012 4087) neu in Art. 56 KVG eingefügten, am 1. Januar 2013 in Kraft getretenen, Abs. 6 legen Leistungserbringer und Versicherer vertraglich eine Methode zur Kontrolle der Wirtschaftlichkeit fest.

In einem am 27. Dezember 2013/16. Januar 2014 abgeschlossenen Vertrag haben 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 gestützt auf Art. 56 Abs. 6 KVG als statistische Methode zur Kontrolle der Wirtschaftlichkeit die Varianzanalyse (ANOVA) festgelegt. Im Urteil 9C_264/2017 vom 18. Dezember 2017 (BGE 144 V 79) hat das Bundesgericht erkannt, dass diese Verständigung der Leistungserbringer und Versicherer auf die 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 nicht als gesetzwidrig bezeichnet werden kann (BGE 144 V 79 E. 5). Daran hielt das Bundesgericht in der Folge trotz der im Schrifttum teilweise geäusserten Kritik an dieser statistischen Methode fest (vgl. Urteil 9C_150/2020 vom 12. Juni 2020 E. 3.3.1 mit weiteren Hinweisen).

3.3. Das Varianzanalysenmodell (ANOVA-Methode) beruht auf derselben Datenbasis wie die Rechnungssteller-Statistik (RSS). Vergleichsgruppe bilden die Ärztinnen und Ärzte einer Facharztgruppe (gemäss Einteilung der FMH) in der Schweiz. Im Unterschied zum Durchschnittskostenvergleich (vgl. dazu BGE 137 V 43 E. 2.2; 136 V 415 E. 6.2) 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 oder die betreffende Ärztin 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 erkrankte Person; BGE 137 V 43 E. 3.2; Urteil 9C_517/2017 vom 8. November 2018 E. 5.3).

4.

Der Beschwerdeführer macht zunächst geltend, der Rückerstattungsanspruch für das Jahr 2015 sei - da die diesbezügliche Klage erst am 16. Juni 2020 eingereicht worden sei - verwirkt. Wie jedoch das Schiedsgericht zutreffend erwogen hat, wird die hier analog anwendbare Verwirkungsfrist nach Art. 25 Abs. 2 ATSG rechtsprechungsgemäss gewahrt, wenn das Rückforderungsbegehren rechtzeitig bei einer vertraglichen Schlichtungsinstanz oder der gesetzlichen Vermittlungsbehörde oder direkt beim Schiedsgericht eingereicht wird (Urteil 9C_778/2016 vom 12. Dezember 2017 E. 5.1 mit weiteren Hinweisen). Was der Beschwerdeführer dagegen vorbringt, vermag keine Praxisänderung (vgl. E. 7.3.1 hienach) zu rechtfertigen. Ausgehend von der Massgeblichkeit des Datums der Einreichung des Schlichtungsbegehrens ist die anwendbare Verwirkungsfrist klar gewahrt.

5.

5.1. Das kantonale Schiedsgericht hat die Wirtschaftlichkeit der Praxistätigkeit des Beschwerdeführers nach der ANOVA-Methode geprüft. Dabei hat es namentlich erwogen, seine Praxis sei mit der Referenzgruppe der "Kinder- und Jugendmedizin" vergleichbar. Der Umstand, dass der Beschwerdeführer mehr Erwachsene behandle als die Vergleichsgruppe, sei als Praxisbesonderheit anzuerkennen. Sonstige statistisch relevante Besonderheiten seien, auch unter Berücksichtigung des geltend gemachten erhöhten Anteils ausländischer Patientinnen und Patienten, zu verneinen. Aufgrund der anerkannten Praxisbesonderheit sei der Toleranzwert auf 150 Punkte festzulegen.

5.2. Nach der ursprünglich zur statistischen Methode des Durchschnittskostenvergleichs entwickelten Rechtsprechung - welche auch bei der ANOVA-Methode Anwendung findet (vgl. Urteil 9C_558/2018 vom 12. April 2019 E. 8.1) - hat bei der Prüfung der Wirtschaftlichkeit der ambulanten ärztlichen Praxistätigkeit eine Gesamtbetrachtung Platz zu greifen (Urteil 9C_656/2020 vom 22. September 2021 E. 4.2 mit Hinweisen). Massgebend ist vorerst der Index aller direkten und veranlassten Kosten pro Erkrankten. Liegt dieser innerhalb des Toleranzbereichs, ist das Wirtschaftlichkeitsgebot nicht verletzt. Andernfalls ist - 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) übertrifft. Nur in diesem Fall besteht eine Rückerstattungspflicht, welche sich zudem lediglich auf die (totalen) direkten Kosten bezieht (BGE 137 V 43). Im Weiteren können besondere Praxismerkmale einen Zuschlag zum Toleranzwert (zum Indexwert, der den Toleranzwert begrenzt) rechtfertigen (SVR 2001 KV Nr. 19 S. 51, K 144/97 E. 4b), oder sie erfordern unter Umständen eine Modifizierung der Vergleichsgruppe, weil nur auf diese Weise die notwendige Homogenität (hinreichende Vergleichbarkeit) erreicht werden kann (Urteil 9C_67/2018 vom 20. Dezember 2018 E. 12.1 mit weiteren Hinweisen). Die Rechtsprechung anerkennt als untypische Praxismerkmale, die einen erhöhten Fallkostendurchschnitt rechtfertigen, unter anderem 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. Urteil 9C_558/2018 vom 12. April 2019 E. 8.2 mit Hinweis).

5.3. Der Beschwerdeführer macht geltend, der Vertrag zwischen der FMH und den Krankenversicherern über die Anwendung der ANOVA-Methode zum Nachweis unwirtschaftlicher Praxisführung sei erst im Jahre 2014 abgeschlossen worden (vgl. E. 3.2 hievor), weshalb diese Methode nicht für das Statistikjahr 2013 angewendet werden dürfe. Der Vertrag selber äussert sich nicht ausdrücklich zur Frage, für welche Statistikjahre die neue statistische Methode massgebend sein soll. Durch die vertragliche Festschreibung dieser Methoden haben jedoch die Vertragsparteien zum Ausdruck gebracht, dass sie die ANOVA-Methode unter den im damaligen Zeitpunkt zur Verfügung stehenden Methoden als die sachgerechteste betrachteten. Nachdem auch das Bundesgericht diese Methode als nicht gesetzeswidrig qualifiziert hat, besteht kein Grund, die ANOVA-Methode nicht auch für das Jahr 2013, in dem der novellierte Art. 56 Abs. 6 KVG bereits in Kraft gestanden ist, anzuwenden.

5.4. Weiter macht der Beschwerdeführer geltend, ihm seien korrekt erbrachte und in Rechnung gestellte Leistungen in der Höhe von Fr. 96'290.90 von den Beschwerdegegnerinnen nicht vergütet worden. Diese dürften daher auch in der Statistik nicht mitberücksichtigt werden. Gemäss den grundsätzlich verbindlichen vorinstanzlichen Sachverhaltsfeststellungen sind jedoch in die Statistik nur jene Rechnungsbeträge eingeflossen, welche tatsächlich auch zur Zahlung zugelassen wurden. Der Beschwerdeführer bringt nichts vor, was diese Feststellung als offensichtlich unrichtig erscheinen lassen würde.

5.5. Gemäss den Erwägungen des kantonalen Gerichts ist die Praxis des Beschwerdeführers mit der Referenzgruppe der "Kinder- und Jugendmedizin" vergleichbar. Der Beschwerdeführer bestreitet die Vergleichbarkeit unter Hinweis auf den höheren Anteil an Erwachsenen, die er gegenüber der Vergleichsgruppe behandle. Wie er jedoch selber einräumt, handelt es sich bei einer Grosszahl dieser Patienten um Personen, welche er bereits als Minderjährige betreute und die ihm als Patienten auch über das Volljährigkeitsalter hinaus treu blieben. Junge Erwachsene verursachen durchschnittlich bedeutend geringere Gesundheitskosten als etwa Seniorinnen und Senioren; ihre Kosten dürften insgesamt näher bei denjenigen älterer Jugendlicher liegen. Gemäss den vorinstanzlichen Feststellungen behandelt der Beschwerdeführer zudem eine unterdurchschnittliche Zahl von Säuglingen, mithin Patienten aus jener Gruppe, die unter den Kindern und Jugendlichen die höchsten Kosten verursachen. Die vorinstanzliche Annahme, die Praxis sei bei einer Gesamtbetrachtung mit der Referenzgruppe der "Kinder- und Jugendmedizin" vergleichbar, die höhere Zahl erwachsener Patienten sei jedoch als Praxisbesonderheit zu berücksichtigen, verstösst somit nicht gegen Bundesrecht.

5.6. Als Praxisbesonderheit, welche den Toleranzwert (vgl. E. 5.2 hievor) erhöht, anerkannte, wie soeben dargelegt, das Schiedsgericht die hohe Zahl erwachsener Patienten. Das Vorliegen weiterer relevanter Besonderheiten verneinte es demgegenüber.

5.6.1. Als Praxisbesonderheit macht der Beschwerdeführer geltend, er behandle sieben- bis zehnmal mehr Tuberkulose-Patienten als andere Kinder- und Jugendärzte im Kanton Basel-Landschaft. Dies trifft gemäss den vorinstanzlichen Feststellungen zu; aufgrund der geringen absoluten Zahl der Tuberkulose-Patienten (1,75 bis 2,4 Fälle gegenüber einem Durchschnitt von 0,238 Fällen pro Jahr) fallen diese indessen statistisch nicht ins Gewicht. Entgegen den Vorbringen des Beschwerdeführers

verstösst es nicht gegen Bundesrecht, dass das Schiedsgericht die erhöhte Zahl der Tuberkulose-Patienten nicht als eine den Toleranzwert erhöhende Besonderheit anerkannt hat (vgl. E. 5.1 hievov).

5.6.2. Der Beschwerdeführer bringt weiter vor, eine höhere Zahl ausländischer Patienten zu behandeln als andere Kinder- und Jugendärzte im Kanton Basel-Landschaft, was praxisgemäss eine relevante Praxisbesonderheit darstelle (vgl. Urteil 9C_558/2018 vom 12. April 2019 E. 8.2.3). Gemäss den Erwägungen des Schiedsgerichts hat er jedoch nicht konkret nachgewiesen, welcher Anteil seiner Patienten tatsächlich ausländischer Herkunft ist, obwohl er selber am ehesten über die entsprechenden Daten verfügen würde. Inwieweit die letztinstanzlich eingereichte Aufstellung mit Blick auf Art. 99 Abs. 1 BGG (vgl. E. 1.3 hievov) zulässig ist, braucht nicht näher geprüft zu werden, kann doch entgegen den Vorbringen des Beschwerdeführers aus dem ausländischen Klang der Vornamen nicht auf die Nationalität der betroffenen Personen und deren Sprachkenntnisse geschlossen werden. Zudem beherrscht der Beschwerdeführer gemäss den Feststellungen des Schiedsgerichts diejenigen Sprachen, die von einem Grossteil seiner Patientinnen und Patienten mit Migrationshintergrund gesprochen werden. Wie das Schiedsgericht zutreffend erwogen hat, entfällt damit der Hauptgrund, weshalb eine erhöhte Zahl ausländischer Patienten als Praxisbesonderheit anerkannt werden müsste. Im genannten Urteil 9C_558/2018 vom 12. April 2019 E. 8.2.3 hat das Bundesgericht im Weiteren erwogen, Personen mit Migrationshintergrund würden einen vergleichsweise schlechteren Gesundheitszustand aufweisen; ob dies indessen auch - wie vom Beschwerdeführer vorgebracht - in der Kinder- und Jugendmedizin gilt, erscheint zweifelhaft, ist aber jedenfalls vom Beschwerdeführer nicht belegt worden. Insgesamt verstösst es somit nicht gegen Bundesrecht, dass das Schiedsgericht die behauptete höhere Anzahl ausländischer Patienten nicht als Praxisbesonderheit, welche eine Erhöhung des Toleranzwertes rechtfertigen würde, anerkannt hat.

5.7. Der Toleranzwert ist in der Regel zwischen 120 und 130 Punkten festzulegen (E. 5.2 hievov). Unter Berücksichtigung der hohen Zahl erwachsener Patienten erhöhte das Schiedsgericht den Toleranzwert zu Gunsten des Beschwerdeführers auf 150 Punkte. Eine weitere Erhöhung rechtfertigt sich entgegen seinen Vorbringen nicht: In seinen eigenen Berechnungen übersieht der Beschwerdeführer, dass zum einen auch die anderen Arztpraxen in seiner Referenzgruppe einen gewissen Anteil erwachsener Patienten behandeln; zum anderen entsprechen die Kosten junger Erwachsener - welche den grössten Teil seiner erwachsenen Patienten ausmachen (vgl. E. 5.5 hievov) - nicht jenen der Durchschnittskosten praktischer Ärzte, welche zu einem grossen Teil ältere Personen behandeln.

5.8. Die übrigen Punkte der Berechnung des Rückforderungsbetrages werden vom Beschwerdeführer nicht substantiiert bestritten, so dass die Beschwerde, soweit sie die Honorarrückerstattung nach Art. 59 Abs. 1 lit. b KVG betrifft, ohne Weiterungen abzuweisen ist.

6.

Da der Beschwerdeführer betreffend die Verwarnung im Sinne von Art. 59 Abs. 1 lit. a KVG einzig rügt, es sei nicht von einer unwirtschaftlichen Praxisführung auszugehen, eine solche aber nach den vorstehenden Erwägungen vom Schiedsgericht bundesrechtskonform bejaht werden durfte, ist die Beschwerde auch in diesem Punkt abzuweisen.

7.

7.1. Mit dieser Entscheidung in der Sache wird das Gesuch um aufschiebende Wirkung gegenstandslos.

7.2. Dem Ausgang des Verfahrens entsprechend hat der Beschwerdeführer die Gerichtskosten zu tragen (Art. 66 Abs. 1 BGG).

7.3. Die obsiegenden Beschwerdegegnerinnen beantragen die Zusprache einer Parteientschädigung,

7.3.1. Das Bundesgericht bestimmt nach Art. 68 Abs. 1 BGG im Urteil, ob und in welchem Mass die Kosten der obsiegenden Partei von der unterliegenden zu ersetzen sind. Die unterliegende Partei wird gemäss Art. 68 Abs. 2 BGG in der Regel verpflichtet, der obsiegenden Partei nach Massgabe des Tarifs des Bundesgerichts alle durch den Rechtsstreit verursachten notwendigen Kosten zu ersetzen. Bund, Kantone und Gemeinden sowie mit öffentlich-rechtlichen Aufgaben betrauten Organisationen wird nach Art. 68 Abs. 3 BGG in der Regel keine Parteientschädigung zugesprochen, wenn sie in ihrem amtlichen Wirkungskreis obsiegen.

Versicherungen, welche die obligatorische Krankenpflegeversicherung gewährleisten, gelten als Organisationen, die im Sinne von Art. 68 Abs. 3 BGG mit öffentlich-rechtlichen Aufgaben betraut sind (an Stelle vieler: Urteil 9C_474/2022 vom 5. Juni 2023 E. 5). Gemäss einer älteren, noch zu Art. 159 Abs. 2 OG entwickelten Rechtsprechung haben obsiegende Krankenversicherungen im Verfahren betreffend unwirtschaftliche Praxistätigkeit einer Ärztin oder eines Arztes (Stichwort "Überarztung") Anspruch auf den Ersatz ihrer Parteikosten (BGE 119 V 448 E. 6b; RSKV 1982 Nr. 505 S. 201, K 73/80 E. 6; vgl. auch BGE 126 V 123). Diese Rechtsprechung wurde - ohne nähere Prüfung - auch unter der Geltung des BGG weitergeführt (so etwa in den Urteilen 9C_485/2022 vom 20. Juni 2023 E. 7 und 9C_517/2017 vom 8. November 2018 E. 8); die Anwendung dieser Praxis erfolgte indessen weder in Bezug auf die Zusprechung einer Parteientschädigung noch hinsichtlich deren Höhe konsequent (vgl. etwa Urteile 9C_721/2020 vom 19. Oktober 2021 E. 5 oder 9C_535/2014 vom 15. Januar 2015 E. 11). Aufgrund dieser insbesondere in jüngerer Zeit uneinheitlichen Praxis rechtfertigt es sich, diese zu überprüfen. Dabei gilt es zu beachten, dass sich eine Änderung der Rechtsprechung auf ernsthafte sachliche Gründe stützen können muss, die - vor allem im Hinblick auf das Gebot der Rechtssicherheit - umso gewichtiger sein müssen, je länger die als falsch oder nicht mehr zeitgemäss erkannte Rechtsanwendung für zutreffend erachtet worden ist. Eine Praxisänderung lässt sich grundsätzlich nur begründen, wenn die neue Lösung besserer Erkenntnis des Gesetzeszwecks, veränderten äusseren Verhältnissen oder gewandelten Rechtsanschauungen entspricht (Urteil 8C_661/2022 vom 26. Juni 2023 E. 4.5 [zur Publikation vorgesehen]; BGE 147 V 342 E. 5.5.1; 146 I 105 E. 5.2.2; 145 V 50 E. 4.3.1; 141 II 297 E. 5.5.1; 140 V 538 E. 4.5; je mit Hinweisen).

7.3.2. In der publizierten Rechtsprechung wird die Vorstellung, die obsiegende Krankenversicherung habe in einem Prozess betreffend unwirtschaftliche Praxistätigkeit ihre Anwaltskosten selber zu finanzieren, als "inéquitable" (BGE 119 V 448 E. 6b) bzw. als "stossend" (RSKV 1982 Nr. 505 S. 201, K 73/80 E. 6) bezeichnet. Diese Würdigung dürfte mindestens teilweise auf dem Gedanken beruhen, das Führen solcher Prozesse gehöre zwar zum amtlichen Wirkungskreis der Krankenversicherungen, nicht jedoch zu deren Kerngeschäft (vgl. auch BGE 128 V 124 E. 5b). Gerade kleinere Kassen ohne eigenen Rechtsdienst wären ohne den Beizug anwaltlicher Hilfe mit der Prozessführung tendenziell überfordert.

7.3.3. Spätestens seit dem Inkrafttreten des Art. 56 Abs. 6 KVG und der in der Folge erzielten vertraglichen Einigung zwischen den Verbänden der Ärzteschaft und der Versicherer (vgl. E. 3.2 hier vor) ist die Kontrolle der Wirtschaftlichkeit der ärztlichen Praxistätigkeit stärker in das Bewusstsein der Krankenversicherer gelangt. Durch die steigende Anzahl von Fällen, die vor das Bundesgericht getragen wurden und werden, hat sich für viele Fragen eine feststehende Praxis entwickelt. Auf Seiten der Krankenversicherungen ist es zudem zu einem Konzentrationsprozess gekommen, der zu einer

abnehmenden Zahl kleiner Krankenversicherer geführt hat. Im Weiteren können die Versicherer heute zum Führen dieser Prozesse auf die Hilfe ihrer Verbände zählen. Zudem ist die Rechtsprechung seit Inkrafttreten des BGG zunehmend zurückhaltender geworden: Die Komplexität der sich stellenden Rechtsfragen und eine etwaige Überforderung des Gemeinwesens oder der mit öffentlichen Aufgaben betrauten Organisationen genügen kaum mehr, um ein Abweichen von Art. 68 Abs. 3 BGG zu begründen (vgl. Grégory Bovey, in: Commentaire de la LTF, 3. Aufl. 2022, N. 29 zu Art. 68 BGG mit weiteren Hinweisen). Vor diesem Hintergrund rechtfertigt sich ein Festhalten an der publizierten Rechtsprechung (BGE 119 V 448 E. 6b) nicht mehr. Die Praxis ist daher aufgrund der geänderten Verhältnisse (vgl. E. 7.3.1 hievore) anzupassen. Der Umstand alleine, dass ein Verfahren die unwirtschaftliche Praxistätigkeit eines Arztes oder einer Ärztin zum Gegenstand hat, stellt keinen Grund dar, den unterliegenden Arzt zur Übernahme der Anwaltskosten der obsiegenden Krankenversicherung zu verpflichten. Davon unberührt bleiben Fälle, in denen sich aus anderen Gründen - etwa aufgrund treuwidrigen Prozessverhaltens einer Partei - ein Abweichen von der Grundregel des Art. 68 Abs. 3 BGG rechtfertigt.

7.3.4. Da vorliegend ein solcher anderer Grund für die ausnahmsweise Zusprache einer Parteientschädigung an die obsiegenden Krankenversicherungen nicht ersichtlich ist, ist der entsprechende Antrag der Beschwerdegegnerinnen abzuweisen.

Demnach erkennt das Bundesgericht:

1.

Die Beschwerde wird abgewiesen.

2.

Die Gerichtskosten von Fr. 14'000.- werden dem Beschwerdeführer auferlegt.

3.

Es wird keine Parteientschädigung zugesprochen.

4.

Dieses Urteil wird den Parteien, dem Schiedsgericht in Krankenversicherungsstreitigkeiten nach Art. 89 KVG des Kantons Basel-Landschaft und dem Bundesamt für Gesundheit schriftlich mitgeteilt.