Eidgenössisches Versicherungsgericht
Tribunale federale delle assicurazioni
Tribunal federal d'assicuranzas

Sozialversicherungsabteilung
des Bundesgerichts

Prozess {T 7}
K 83/05

Urteil vom 4. Dezember 2006
III. Kammer

Besetzung
Präsident Ferrari, Bundesrichter Meyer und Lustenberger; Gerichtsschreiber R. Widmer

Parteien
V._____, Dr. med., Beschwerdeführer, vertreten durch Rechtsanwalt Dr. Guido Brusa, Strassburgstrasse 10, 8004 Zürich,

gegen

1. CSS Kranken-Versicherung AG, Tribschenstrasse 21, 6005 Luzern,
2. SUPRA Kranken- und Unfallkasse für die Schweiz, chemin de Primerose 35, 1000 Lausanne 3,
3. Krankenkasse Unitas Schönenwerd, (seit 1. Januar 2001 fusioniert mit Concordia, Schweiz. Kranken- und Unfallversicherung, Bundesplatz 15, 6003 Luzern
4. PROVITA Gesundheitsversicherung AG, Brunngasse 4, 8400 Winterthur,
5. carena schweiz, Schulstrasse 3, 8355 Aadorf,
6. Concordia Schweizerische Kranken- und Unfallversicherung, Bundesplatz 15, 6003 Luzern,
7. Avenir assurances, Administration, rue du Nord 5, 1920 Martigny,
8. ehemalige Krankenkasse Zurzach, Promenadenstrasse 6, 5330 Zurzach,
9. KPT/CPT Krankenkasse, Tellstrasse 18, 3014 Bern,
10. Hermes Krankenkasse, Verwaltung, rue du Nord 5, 1920 Martigny,
11. La Caisse Vaudoise - Fondation Vaudoise d'assurance en cas de maladie et d'accidents, rue Caroline 11, 1001 Lausanne,
12. Kolping Krankenkasse, Ringstrasse 16, 8600 Dübendorf,
13. Öffentliche Krankenkasse Surselva, Glennerstrasse 10, 7130 Ilanz,
14. Wincare Versicherungen, Konradstrasse 14, 8400 Winterthur,
15. SWICA Krankenversicherung AG, Römerstrasse 38, 8401 Winterthur,
16. ÖKK Oeffentliche Krankenkassen Schweiz, Aarbergergasse 63, 3011 Bern,
17. Sanitas Grundversicherungen AG, Lagerstrasse 107, 8004 Zürich,
18. INTRAS Krankenkasse, rue Blavignac 10, 1227 Carouge,
19. ASSURA Kranken- und Unfallversicherung, avenue C.-F. Ramuz 70, 1009 Pully,
20. Universa Krankenkasse, rue du Nord 5, 1920 Martigny,
21. VISANA, Weltpoststrasse 19/21, 3015 Bern
22. Helsana Versicherungen AG, Zürichstrasse 130, 8600 Dübendorf,
23. Innova Krankenversicherungen AG, Bollstrasse 61, 3076 Worb,
Beschwerdegegnerinnen, alle vertreten durch santésuisse, St. Gallen-Thurgau-Glarus, Vadianstrasse 22, 9001 St. Gallen, und dieser vertreten durch Rechtsanwalt Kurt Gemperli, Scheffelstrasse 2, 9000 St. Gallen

Vorinstanz
Versicherungsgericht des Kantons St. Gallen, St. Gallen

(Entscheid vom 14. April 2005)

Sachverhalt:
A.
Am 19. Juli 2001 reichten die CSS Versicherung und 23 weitere im Kanton St. Gallen tätige Krankenversicherer, vertreten durch den Verband Krankenversicherer St. Gallen-Thurgau (KST; seit 1. Januar 2002: santésuisse St. Gallen-Thurgau-Glarus), beim Versicherungsgericht des Kantons St. Gallen als Schiedsgericht gemäss Art. 89 KVG Klage gegen Dr. med. V._____, ein und beantragten, dieser sei zur Rückerstattung eines Teils des Jahresumsatzes 1999 in gerichtlich zu bestimmender Höhe zu verpflichten. Unter Hinweis auf die Behandlungsfallstatistik des Konkordats der Schweizerischen Krankenkassen für das Jahr 1999 machten sie geltend, Dr. V._____ weise sowohl im Vergleich zum Durchschnitt der Facharztgruppe Innere Medizin als auch der Referenzgruppe der Allgemeinpraktiker, auf welche richtigerweise abzustellen sei, einen überhöhten Indexwert bei den Fallkosten, insbesondere den Arztkosten, auf. Das Gericht führte einen doppelten Schriftenwechsel durch. Die Parteien reichten im Laufe des Verfahrens zahlreiche weitere Eingaben und Stellungnahmen ein. Mit Schreiben vom 10. Juli 2003 forderte der Präsident des Schiedsgerichts V._____ auf, die von diesem in den Rechtsschriften behaupteten Praxisbesonderheiten für das Jahr 1999 zu
beweisen. Am 25. Juli 2003 reichte Dr. V._____ eine Übersicht über die im Jahr 1999 an seinen Patientinnen und Patienten mit dem Anfangsbuchstaben A im Familiennamen erbrachten Tagesleistungen ein. Mit Schreiben vom 1. Oktober 2003 legte er sodann Angaben zu jenen Patientinnen und Patienten auf, die ihn in der Woche 38 (15. bis 20. September) des Jahres 2003 konsultiert hatten.

Mit Entscheid vom 14. April 2005 wies das Schiedsgericht die Klage der Unitas Schönenwerd ab; im Übrigen verpflichtete es V._____ in Gutheissung der Klage, den Krankenversicherern (gemäss Liste vom 17. Juni 2002) für das Jahr 1999 einen Betrag von Fr. 246'042.75 zurückzuerstatten.
B.
Mit Verwaltungsgerichtsbeschwerde lässt V._____ beantragen, unter Aufhebung des Entscheides des Schiedsgerichts sei die Klage abzuweisen, soweit darauf einzutreten sei.

Die 23 Krankenversicherer lassen auf Abweisung der Verwaltungsgerichtsbeschwerde schliessen, soweit darauf einzutreten sei. Das Bundesamt für Gesundheit verzichtet auf eine Vernehmlassung.
C.
In der Folge lässt V._____ unaufgefordert zahlreiche weitere Eingaben samt Beilagen einreichen.
Das Eidg. Versicherungsgericht zieht in Erwägung:

1.
Beim Rückforderungsstreit wegen unwirtschaftlicher Behandlung zwischen Krankenversicherern und Leistungserbringern geht es nicht um Versicherungsleistungen im Sinne von Art. 132 OG (BGE 119 V 449 Erw. 1 mit Hinweis; RKUV 2003 Nr. KV 250 S. 221 Erw. 4.1). Die Überprüfungsbefugnis des Eidgenössischen Versicherungsgerichts ist daher auf die Rüge der Verletzung von Bundesrecht einschliesslich Überschreitung oder Missbrauch des Ermessens beschränkt (Art. 104 lit. a OG); eine Prüfung der Angemessenheit des angefochtenen Entscheides findet nicht statt (Art. 104 lit. c Ziff. 3 OG). In tatsächlicher Hinsicht ist sodann zu beachten, dass die kantonalen Schiedsgerichte gemäss Art. 89 KVG richterliche Behörden im Sinne von Art. 105 Abs. 2 OG sind. Das Eidgenössische Versicherungsgericht ist daher an die Feststellung des Sachverhalts durch das Schiedsgericht gebunden, soweit dieser nicht offensichtlich unrichtig, unvollständig oder unter Verletzung wesentlicher Verfahrensbestimmungen festgestellt worden ist. Lediglich in diesem Rahmen spielt das Novenrecht (BGE 121 II 99 Erw. 1c, 120 V 485 Erw. 1b, je mit Hinweisen; RKUV 2003 Nr. KV 250 S. 221 Erw. 4.1).

Im Weiteren darf das Eidgenössische Versicherungsgericht weder zu Gunsten noch zu Ungunsten der Parteien über deren Begehren hinausgehen; an deren Begründung ist es nicht gebunden (Art. 114 Abs. 1 OG).
2.
Nach Ablauf der Rechtsmittelfrist können - ausser im Rahmen eines zweiten Schriftenwechsels - keine neuen Akten mehr eingebracht werden. Vorzubehalten ist der Fall, dass solche Aktenstücke neue erhebliche Tatsachen oder entscheidende Beweismittel im Sinne von Art. 137 lit. b OG darstellen und als solche eine Revision des

Gerichtsurteils rechtfertigen könnten (BGE 127 V 353).
Ohne dass vorgängig ein zweiter Schriftenwechsel angeordnet worden wäre, reichte der Beschwerdeführer nach Ablauf der Rechtsmittelfrist zahlreiche Eingaben mit verschiedenen Unterlagen ein, die im Wesentlichen die gesundheitliche und soziale Situation von Immigranten aus dem Balkan betreffen. Diese Aktenstücke sind revisionsrechtlich unerheblich. Es handelt sich weder um neue Tatsachen noch um entscheidende Beweismittel im Sinne von Art. 137 lit. b OG und der hiezu ergangenen Rechtsprechung (vergleiche BGE 127 V 358 Erw. 5b, 110 V 541 Erw. 2, 293 Erw. 2a), sondern zur Hauptsache um Publikationen von allgemeinem Interesse zum erwähnten Thema, die für die vorliegend zu beurteilende Streitsache, in der es u.a. um besondere Merkmale der Arztpraxis des Beschwerdeführers geht, nicht relevant und ohne Beweiskraft sind. Die nachträglich eingereichten Eingaben und Unterlagen haben daher unbeachtet zu bleiben.
3.
Der Beschwerdeführer erhebt zahlreiche formelle Rügen, welche vorab zu prüfen sind.
3.1 Nach der Rechtsprechung ist der Verband der Krankenversicherer befugt, in Vertretung seiner Mitglieder Rückforderungsansprüche aus unwirtschaftlicher Behandlung geltend zu machen, wobei in formeller Hinsicht zu beachten ist, dass die einzelnen Krankenversicherer unter Angabe des Vertretungsverhältnisses in der Klage und im Rubrum des Sachentscheides aufzuführen sind, weil der Rückforderungsanspruch den einzelnen Krankenversicherern zusteht (BGE 127 V 286 Erw. 5d mit Hinweisen). Statutarische Bevollmächtigung ist zulässig (Erw. 3b des in RKUV 1999 Nr. K 994 S. 320 auszugsweise publizierten Urteils H. vom 23. April 1999, K 172/97). Da diesen formellen Erfordernissen vorliegend Genüge getan ist, erweist sich der Einwand der fehlenden Aktivlegitimation der Klägerinnen und heutigen Beschwerdegegnerinnen als unbegründet. Soweit der Beschwerdeführer geltend macht, die Klagen von neun namentlich aufgeführten Versicherern seien "sicher unhaltbar", fehlt eine sachbezogene Begründung für diese Behauptung. Überdies haben die Beschwerdegegnerinnen in ihrer Vernehmlassung unter Hinweis auf die Akten die Gründe dargelegt, die zu Änderungen in der Aktivlegitimation bei den Krankenversicherern zwischen Klageeinreichung und
Schiedsgerichtsentscheid führten und nach kantonalem Recht bis zum Entscheid zu berücksichtigen sind (Fusion, Namensänderungen, ursprünglich irrtümliche Bezeichnung, Zugehörigkeit einzelnen Versicherer zu einer grösseren Organisation, Änderung der Rechtsform). Die nämlichen Ausführungen finden sich im angefochtenen Entscheid, sodass es sich erübrigt, dazu letztinstanzlich nochmals Stellung zu nehmen.
3.2 In der Verwaltungsgerichtsbeschwerde wird des Weiteren gerügt, der Beschwerdeführer habe seine Sache nicht vor einem verfassungs- und gesetzmässigen Gericht vortragen können, weil die Fachrichter entgegen der Verfassung des Kantons St. Gallen lediglich durch die kantonale Exekutive ernannt worden seien und das Schiedsgericht nur auf Verordnungsstufe geregelt sei. Bei der Organisation des Schiedsgerichts und der Ordnung des Verfahrens handelt es sich um selbstständiges kantonales Recht, dessen Verletzung im Rahmen einer Verwaltungsgerichtsbeschwerde lediglich in engen Grenzen gerügt werden kann. Das Eidgenössische Versicherungsgericht hat nur zu überprüfen, ob die Anwendung der kantonalrechtlichen Bestimmungen zu einer Verletzung von Bundesrecht führt (Art. 104 lit. a OG; BGE 130 V 215, 125 V 408; Urteil B. vom 23. November 2004, K 116/03). Eine solche ist weder ersichtlich noch wird sie substanziiert geltend gemacht.
3.3 Soweit der Beschwerdeführer einwendet, die Krankenversicherer hätten die Klage nicht beziffert, was den Anspruch auf Waffengleichheit verletze, kann ihm nicht gefolgt werden. Wie das Eidgenössische Versicherungsgericht bereits wiederholt entschieden hat, ist das auf Art. 23 KUVG bzw. Art. 56 KVG beruhende Rückforderungsverfahren zufolge unwirtschaftlicher Behandlung u.a. dadurch charakterisiert, dass erst das Beweisverfahren die Grundlage für die Bezifferung der Rückforderung abgibt. Nach der Rechtsprechung stellen überhöhte Indexziffern zunächst lediglich ein Indiz für eine mögliche Überarztung dar. Im Rahmen des Beweisverfahrens ist abzuklären, ob die Vermutung der Überarztung begründet ist, oder ob etwa aufgrund von Praxisbesonderheiten die überhöhten Indizes ganz oder teilweise gerechtfertigt sind (RKUV 2003 Nr. KV 250 S. 219 Erw. 2.2.2; Urteil B. vom 23. November 2004, K 116/03).
3.4 Zu Unrecht beanstandet der Beschwerdeführer sodann, dass dem Urteilsdispositiv, in welchem den am Verfahren beteiligten Krankenversicherern eine Gesamtsumme zugesprochen wurde, nicht entnommen werden kann, welchem Krankenversicherer welcher Betrag zuzuordnen ist. Denn nach der Rechtsprechung teilen sich Krankenkassen, die gestützt auf Art. 56 KVG einen Rückforderungsanspruch gemeinsam geltend machen und gemeinsam - wenn auch je in eigenem Namen - klagen, im Falle der Gutheissung der Klage den zugesprochenen (Gesamt-)Betrag selbst unter sich auf (unveröffentliches Urteil C. vom 11. Juli 1996, K 39/95; Urteil B. vom 23. November 2004, K 116/03).

3.5 Haltlos ist schliesslich der Vorwurf, das Schiedgericht habe die Begründungspflicht, welche wesentlichen Bestandteil des verfassungsrechtlichen Anspruchs auf rechtliches Gehör bildet (Art. 89 Abs. 6 KVG; Art. 29 Abs. 2 BV), verletzt. Denn die Vorinstanz hat sich im angefochtenen Entscheid weder von unsachlichen Motiven leiten lassen noch hat die Begründungsdichte es dem Beschwerdeführer verunmöglicht, sich über die Tragweite des Entscheides ein Bild zu machen und diesen sachgerecht anzufechten. Vielmehr hat das Schiedsgericht die dem Entscheidsdispositiv zu Grunde liegenden Überlegungen mit rechtsgenüglicher Deutlichkeit namhaft gemacht und sich mit den entscheidwesentlichen Argumenten einlässlich auseinandergesetzt (vgl. BGE 124 V 581 Erw. 1a).
4.
4.1 Entgegen der Auffassung des Beschwerdeführers sind das am 1. Januar 2003 in Kraft getretene Bundesgesetz über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSG) und der seit 1. Januar 2005 in Kraft stehende Art. 59 KVG aus übergangsrechtlichen Gründen nicht anwendbar, da sich der zu Rechtsfolgen führende Tatbestand im Jahr 1999 ereignet hat (BGE 127 V 467 Erw. 1). Überdies schliesst Art. 1 Abs. 2 lit. e KVG die Anwendung des ATSG im Verfahren vor dem kantonalen Schiedsgericht aus, welchem im Übrigen, entgegen der Meinung des Beschwerdeführers, von Bundesrechts wegen kein Verwaltungsverfahren vorauszugehen hat.
4.2 Das Schiedsgericht hat die Bestimmungen und Grundsätze über die Wirtschaftlichkeit der Behandlung (Art. 56 Abs. 1 KVG) und die Rückforderung von Vergütungen, die über dieses Mass hinausgehen (Art. 56 Art. 2 KVG), sowie die Anwendung des statistischen Durchschnittskostenvergleichs zur Prüfung der Frage, ob der Tatbestand der Überarztung erfüllt ist (BGE 119 V 453 Erw. 4), zutreffend dargelegt. Richtig ist auch, dass unwirtschaftliche Behandlung nicht bereits bei Überschreitung des statistischen Mittelwerts (100 Indexpunkte) als bewiesen gelten kann, sondern den Ärztinnen und Ärzten einerseits ein Toleranzbereich (BGE 119 V 454 Erw. 4c) und überdies allenfalls ein Zuschlag zum Toleranzwert (zum den Toleranzwert begrenzenden Indexwert) zuzugestehen ist, um spezifischen Praxisbesonderheiten Rechnung zu tragen (RKUV 1988 Nr. K 761 S. 92 Erw. 4c; SVR 2001 KV Nr. 19 S. 52 Erw. 4b). Ebenso hat die Vorinstanz zutreffend festgehalten, dass der Toleranzbereich nach der Rechtsprechnung bei 120-130 Indexpunkten liegt (SVR 1995 KV Nr. 40 S. 125 Erw. 4; RKUV 1986 Nr. K 654 S. 5 Erw. 5a; RSKV 1982 Nr. 489 S. 124 Erw. 4a, 1978 Nr. 315 S. 50 Erw. 6b; Urteil M. vom 29. Juni 2001, K 9/99). Auf diese Erwägungen kann verwiesen werden.
4.3 Als untypische Praxismerkmale, die einen erhöhten Fallkostendurchschnitt rechtfertigen können, wurden vom Eidgenössischen Versicherungsgericht etwa eine überdurchschnittliche Anzahl an behandlungsintensiven Patientinnen und Patienten (RKUV 1993 Nr. K 908 S. 38 Erw. 6a, 1986 Nr. K 654 S. 4 Erw. 4c; nicht veröffentlichtes Urteil W. vom 14. Dezember 1995 [K 45/95]), eine überdurchschnittliche Zahl von Hausbesuchen und ein sehr grosses Einzugsgebiet (SVR 1995 KV Nr. 40 S. 125 Erw. 4b), ein sehr hoher Anteil an ausländischen Patientinnen und Patienten (RKUV 1986 Nr. K 654 S. 4 Erw. 4c) oder die Umstände anerkannt, dass ein Arzt sehr viele langjährige und sehr viele ältere Patientinnen und Patienten sowie keine Notfallpatienten behandelt (nicht veröffentlichtes Urteil K. vom 18. Oktober 1999, K 152/98) oder erst seit kurzer Zeit in eigener Praxis tätig ist (RSKV 1982 Nr. 489 S. 124 Erw. 4a). Auch können kompensatorische Einsparungen als kostenwirksame Praxisbesonderheiten Berücksichtigung finden (nicht veröffentlichtes Urteil S. vom 29. Oktober 1993 [K 101/92]). Gemeint sind Fälle, wo die Ärztin oder der Arzt einen hohen Indexwert bei den direkten Kosten mit dem Hinweis rechtfertigt, seine vergleichsweise aufwändige Behandlungsweise
habe zur Folge, dass weniger von ihm veranlasste Kosten anfallen. Wo statistische Daten hiezu fehlen, kann das Gericht den Einwand der kompensatorischen Einsparung indessen kaum überprüfen. Dies gilt etwa für den Hinweis eines Arztes, seine Behandlungsweise ermögliche die Vermeidung zahlreicher stationärer Spitalaufenthalte (BGE 119 V 455 Erw. 5a).
5.
Der Beschwerdeführer macht geltend, die Klage sei verspätet eingereicht worden. Die Krankenversicherer oder ihr Verband hätten lange vor Zustellung des gedruckten Statistikbandes "direkte Kosten" Kenntnis von den entsprechenden Kosten gehabt. So habe die Rohstatistik 1999, welche die wesentlichen Daten bereits enthält, schon im Februar 2000 vorgelegen.

Wie das Schiedsgericht zutreffend festgehalten hat, beginnt die einjährige Verwirkungsfrist, innert welcher ein Rückforderungsanspruch nach Art. 56 Abs. 2 KVG rechtsprechungsgemäss geltend gemacht werden muss, in jenem Zeitpunkt zu laufen, in dem die vom Konkordat der Schweizerischen Krankenversicherer (seit 1. Ja-

nuar 2002 santésuisse) herausgegebende Behandlungsfallstatistik (KSK-Statistik) den Krankenversicherern zur Kenntnis gebracht wird (SVR 2001 KV Nr. 19 S. 51 f. Erw. 3; Urteil A. vom 30. Juli 2001, K 50/00). Die KSK-Statistik für das Jahr 1999 wurde den Krankenversicherern bzw. deren Kantonalverbänden gemäss Feststellung der Vorinstanz am 25. Juli 2000 zugestellt, weshalb die Klage vom 19. Juli 2001 rechtzeitig eingereicht wurde.
6.
Für die Prüfung der Wirtschaftlichkeit der Behandlung verglich die Vorinstanz den Beschwerdeführer mit der Referenzgruppe der Allgemeinpraktiker mit Röntgen (Gruppe 50), in welcher alle ohne speziellen Facharzttitel tätigen Ärzte enthalten sind (vergleiche die Übersicht bei Gebhard Eugster, Wirtschaftlichkeitskontrolle ambulanter ärztlicher Leistungen mit statistischen Methoden, Diss. Bern 2002, S. 177). Die in der Verwaltungsgerichtsbeschwerde erhobenen Einwendungen sind nicht geeignet, diese mit der Klage der Krankenversicherer übereinstimmende Einteilung als bundesrechtswidrig (Art. 104 lit. a OG) erscheinen zu lassen. Der Vorwurf willkürlicher Zuteilung zur Gruppe der Allgemeinpraktiker ist nicht stichhaltig. Das Schiedsgericht hat die Zuteilung nach sachlichen Kriterien vorgenommen und hinreichend begründet. Auf die entsprechenden Erwägungen, in welchen überzeugend dargelegt wird, weshalb kein Anlass für die Zuteilung zur Spezialarztgruppe 55 (Allgemeine Innere Medizin, mit Röntgen) besteht, wird verwiesen, zumal in der Verwaltungsgerichtsbeschwerde keine erheblichen neuen Argumente vorgebracht werden, zu welchen die Vorinstanz nicht bereits Stellung genommen hat. Gleiches gilt für die schiedsgerichtlichen Ausführungen zur
Beweistauglichkeit der KSK-Statistik.
7.
Gemäss den Darlegungen im angefochtenen Entscheid ist die unwirtschaftliche Behandlung des Beschwerdeführers mit einem Indexwert von 172 bei den direkten und veranlassten Kosten je erkrankte Person bei einem Durchschnitt von 100 und einem von der Rechtsprechung anerkannten Toleranzbereich zwischen 120 und 130 Indexpunkten ausgewiesen. Es bleibt zu prüfen, ob der Beschwerdeführer Besonderheiten in der Praxisführung nachzuweisen vermag, welche allenfalls einen Zuschlag zum Toleranzwert rechtfertigen und die hohe Abweichung vom Mittel (Index 100) begründen könnten. Die Beweislast für das Vorliegen solcher Besonderheiten liegt beim Arzt; sind die behaupteten Praxisbesonderheiten nicht zu beweisen, so schlägt die Beweislosigkeit zu dessen Nachteil aus. Allfällige besondere Praxismerkmale müssen mit dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit dargetan sein (Gebhard Eugster, a.a.O., S. 233).
7.1 Im schiedsgerichtlichen Verfahren stand mit Bezug auf Praxisbesonderheiten die Behauptung des Beschwerdeführers im Vordergrund, er behandle zu 90 % Patientinnen und Patienten aus dem Balkan, worunter 10 % Asylsuchende und 25% Schwerarbeiter. Nachdem er vom Gericht am 10. Juli 2003 zum Beweis dieser Praxisbesonderheit aufgefordert worden war, reichte er mit Eingabe vom 25. Juli 2003 die anonymisierte Statistik "Tagesleistungen 1. Januar bis 31. Dezember 1999" der Patientinnen und Patienten mit dem Anfangsbuchstaben A im Nachnamen ein. In der Folge legte er zusätzlich Tagesprotokolle über sämtliche Patientinnen und Patienten auf, die ihn in der Woche 38 des Jahres 2003 konsultiert hatten. Gestützt auf diese Beweismittel erachtete das Schiedsgericht den Nachweis für die geltend gemachte Besonderheit, dass der Beschwerdeführer im Vergleich zu den anderen Allgemeinpraktikern aussergewöhnlich viele Patientinnen und Patienten aus dem Balkan, Asylsuchende, Schwerarbeiter und Invalidenrentenbezüger behandle, als nicht erbracht. Diese tatsächliche Feststellung ist für das Eidgenössische Versicherungsgericht im Rahmen von Art. 105 Abs. 2 OG verbindlich. Eine im Sinne dieser Bestimmung mangelhafte Feststellung des Sachverhalts liegt
nicht vor. Wenn die Vorinstanz die vom Beschwerdeführer eingereichten Unterlagen als nicht beweistauglich erachtet hat, lässt sich dies nicht beanstanden. Während die Tagesprotokolle über die Konsultationen der Woche 38 des Jahres 2003 nicht das hier interessierende Jahr 1999 betreffen, können der anonymisierten Statistik "Tagesleistungen 1. Januar bis 31. Dezember 1999" der Patienten mit Anfangsbuchstabe A im Nachnamen keine verwertbaren Hinweise auf deren Herkunft, Aufenthalts- und Erwerbsstatus entnommen werden. Die Ausführungen in der Verwaltungsgerichtsbeschwerde sind unbehelflich, da sie sich ganz allgemein zur erhöhten Morbidität und zu den speziellen Gesundheitsrisiken von Immigranten aus dem Balkan äussern, was den fehlenden Beweis für die auch letztinstanzlich behauptete Praxisbesonderheit nicht ersetzt.
7.2 Das Schiedsgericht hat den vorliegend massgebenden Indexwert auf 130 Punkte festgesetzt, womit die Toleranzgrenze 30 Indexpunkte über den durchschnittlichen Fallkosten der Vergleichsgruppe mit dem Indexwert 100 liegt. Damit hat die Vorinstanz ihr Ermessen weder überschritten noch missbraucht. Der Umstand, dass der Beschwerdeführer erst seit kurzer Zeit in eigener Praxis tätig war, kann zwar als untypisches Praxismerkmal einen erhöhten Fallkostendurchschnitt rechtfertigen (RSKV 1982 Nr. 489 S. 124 Erw. 4a), vermag im vor-

liegenden Fall jedoch keine weitere Erhöhung des Toleranzbereichs über 30 % hinaus zu begründen. Dieser erlaubt es bereits, eine Anzahl nicht genau bezifferbarer Besonderheiten der Arztpraxis aufzufangen, wie die Vorinstanz zutreffend festhält.
7.3 Wie das Schiedsgericht sodann richtig dargelegt hat, sind bei der Wirtschaftlichkeitsprüfung nebst den vom Arzt persönlich erbrachten Leistungen auch die veranlassten Kosten zu berücksichtigen, dies sowohl bei der Bestimmung der Indizes im Rahmen der statistischen Methode wie auch bei der Bemessung der Rückerstattung (BGE 130 V 377; Gebhard Eugster, aao, S. 46 und 204).

Nach den unbestritten gebliebenen Berechnungen des Schiedsgerichts erreichte der Beschwerdeführer im Jahre 1999 mit direkten und veranlassten Kosten je erkrankte Person von durchschnittlich Fr. 910.13 im Vergleich zum Mittel der Vergleichsgruppe von Fr. 529.44 einen Indexwert von 172 Punkten, womit er um 72 % über dem Durchschnitt der Vergleichsgruppe lag. Verglichen mit dem Toleranzwert von 130 beträgt die Differenz je Patient Fr. 221.86, was bei 1109 Patienten den Gesamtbetrag von Fr. 246'042.75 ergibt, zu dessen Rückerstattung das Schiedsgericht den Beschwerdeführer zu Recht verpflichtet hat. Hieran ändern die weiteren Vorbringen in der Verwaltungsgerichtsbeschwerde nichts.
8.
Verfahren um Rückforderungen gegen den Leistungserbringer wegen Unwirtschaftlichkeit der Behandlungsweise sind kostenpflichtig (BGE 119 V 455 Erw. 6). Den anwaltlich vertretenen Krankenversicherern steht gestützt auf Art. 159 Abs. 2 in Verbindung mit Art. 135 OG im Überarztungsprozess praxisgemäss eine Parteientschädigung zu (SVR 1995 KV Nr. 40 S. 125 Erw. 5b).
Demnach erkennt das Eidg. Versicherungsgericht:

1.
Die Verwaltungsgerichtsbeschwerde wird abgewiesen.
2.
Die Gerichtskosten von Fr. 7'000.- werden dem Beschwerdeführer auferlegt und mit dem geleisteten Kostenvorschuss verrechnet.
3.
Der Beschwerdeführer hat den Beschwerdegegnerinnen für das Verfahren vor dem Eidgenössischen Versicherungsgericht eine Parteientschädigung von Fr. 2'500.- (einschliesslich Mehrwertsteuer) zu bezahlen.
4.
Dieses Urteil wird den Parteien, dem Versicherungsgericht des Kantons St. Gallen als Schiedsgericht gemäss Bundesgesetz über die Krankenversicherung und dem Bundesamt für Gesundheit zugestellt.
Luzern, 4. Dezember 2006
Im Namen des Eidgenössischen Versicherungsgerichts
Der Präsident der III. Kammer: Der Gerichtsschreiber: