

BUNDESSOZIALGERICHT



Im Namen des Volkes

Urteil

in dem Rechtsstreit

Az: 6 RKa 20/90

Allgemeine Ortskrankenkasse Rhein-Lahn,
Diez, Bahnhofsweg 3-5,

Klägerin und Revisionsklägerin,

vertreten durch den AOK-Landesverband Rheinland-Pfalz,
Eisenberg/Pfalz, Ostring 4,

g e g e n

Kassenzahnärztliche Vereinigung Koblenz-Trier,
Koblenz, Bahnhofstraße 32,

Beklagte und Revisionsbeklagte,

Prozeßbevollmächtigte:

beigeladen:

.....



JLaw – Gesetze und Urteile
Kostenlos
Über 200 Gesetze
Über 100.000 Urteile
[\(mobile App\)](#)



[JLaw – für Android](#)



[JLaw – für iOS](#)

Der 6. Senat des Bundessozialgerichts hat auf die mündliche Verhandlung vom 31. Juli 1991 durch die Richter F u n k

- Vorsitzender -, Dr. W i e g a n d und Dr. B a a d e r sowie die ehrenamtlichen Richter Dr. L ö s e r und Dr. O l d i g e s für Recht erkannt:

Auf die Revision der Klägerin werden die Urteile des Landessozialgerichts Rheinland-Pfalz vom 8. Dezember 1988 und des Sozialgerichts Mainz vom 18. Mai 1988 sowie der Widerspruchsbescheid vom 7. August 1987 insoweit aufgehoben, als er die Behandlungsfälle W. und L. betrifft.

Die Beklagte hat dem Beigeladenen dessen außergerichtliche Kosten des Rechtsstreits zu erstatten. Im übrigen sind außer-gerichtliche Kosten nicht zu erstatten.



JLaw – Gesetze und Urteile
Kostenlos
Über 200 Gesetze
Über 100.000 Urteile
([mobile App](#))



[JLaw – für Android](#)



[JLaw – für iOS](#)

Gründe:

I

Streitig sind Honorarkürzungen, die gegenüber dem als Kassenzahnarzt zugelassenen Beigeladenen vorgenommen wurden.

Nachdem die beklagte Kassenzahnärztliche Vereinigung (KZÄV) dem beigeladenen Kassenzahnarzt im Wege der sachlich-rechnerischen Berichtigung zunächst in vier Behandlungsfällen (aus den Quartalen IV/83 bis III/84), im Widerspruchsverfahren nur noch in zwei Behandlungsfällen deshalb das Honorar gekürzt hatte, weil er nach den Parodontopathie-Richtlinien bestimmte Behandlungsfristen nicht abgewartet habe, hat die AOK Rhein-Lahn Klage erhoben mit dem Begehren, daß auch bei den zwei restlichen Fällen eine Kürzung vorzunehmen und Zahlung (von 643,25 DM plus 1.461,56 DM = 2.104,81 DM) an sie zu leisten sei.

Das Sozialgericht (SG) hat die Klage abgewiesen. Die Berufung der Klägerin wurde vom Landessozialgericht (LSG) mit der Begründung zurückgewiesen, daß die Wartefrist höchstens unwesentlich unterschritten worden sei. Die Klägerin hat die vom Senat zugelassene Revision eingelegt. Sie macht geltend: Die beklagte KZÄV sei für die Entscheidung darüber, ob der Beigeladene die Parodontopathie-Richtlinien (Pa-Richtlinien) eingehalten habe, nicht zuständig gewesen. Der Bundesausschuß der Zahnärzte und Krankenkassen sei zum Erlaß von Richtlinien nach § 368p Abs 1 der Reichsversicherungsordnung (RVO) nur im Hinblick auf das Wirtschaftlichkeitsgebot befugt; das ergebe sich aus der Entscheidung des Bundessozialgerichts (BSG) vom 5. Mai 1988, 6 RKa 27/87, BSGE 63, 163, 165. Regeln der Abrechenbarkeit aufzustellen, obliege allein den Vertragspartnern der Gesamtverträge bzw Mantelverträge. Bei den Pa-Richtlinien handele es sich nicht um eine Materie der Abrechenbarkeit, sondern der Wirtschaftlichkeit. Über die Auslegung solcher Wirtschaftlichkeitsbestimmungen hätten aber allein die nach § 368n Abs 5 RVO gebildeten Prüfungsausschüsse zu entscheiden, nicht die beklagte KZÄV. In der Sache selbst müßten auch geringfügige Unterschreitungen der Wartefrist zum Honorarabzug führen.

Die Klägerin beantragt,
unter Aufhebung der Urteile des Landessozialgerichts Rheinland-Pfalz vom 8. Dezember 1988 und des Sozialgerichts Mainz vom 18. Mai 1988 den Widerspruchsbescheid vom 7. August 1987, soweit er die Behandlungsfälle L. und W. betrifft, aufzuheben,
hilfsweise,
die Urteile des Landessozialgerichts Rheinland-Pfalz vom 8. Dezember 1988 und des Sozialgerichts Mainz vom 18. Mai 1988 aufzuheben und die Beklagte unter Aufhebung



des Widerspruchsbescheides vom 7. August 1987 zu verurteilen, über den Widerspruch des Beigeladenen gegen den Bescheid vom 31. März 1987 erneut zu entscheiden.

Die Beklagte beantragt,
die Revision zurückzuweisen.

Der Beigeladene hat sich nicht geäußert.

II

Die Revision ist begründet.

Gemäß § 19 des Bundesmantelvertrags-Zahnärzte (BMV-Z) obliegt es den Kassenzahnärztlichen Vereinigungen, a) die vom Zahnarzt eingereichten Honorarforderungen rechnerisch und gebührenordnungsmäßig zu prüfen und ggf zu berichtigen, b) den Zahnarzt hinsichtlich der Wirtschaftlichkeit der Behandlungs- und Ordnungsweise zu beraten. Demgegenüber obliegt den Prüfungs- und Beschwerdeausschüssen des § 368n Abs 5 RVO bzw des § 106 Abs 3 ff des seit dem 1. Januar 1989 in Kraft befindlichen Sozialgesetzbuchs - Fünftes Buch - (SGB V) allein die "Überwachung der Wirtschaftlichkeit" (vgl auch § 22 BMV-Z).

Nach der aufgrund des § 2 Abs 3 BMV-Z von den Vertragspartnern des Bundesmantelvertrages (§ 368g Abs 3 RVO, § 82 Abs 1 SGB V) getroffenen "Vereinbarung über das Gutachterverfahren bei Behandlung von Parodontopathien" ist vom Zahnarzt vor Beginn der Behandlung ein Parodontalstatus zu erstellen, der der Krankenkasse zur Entscheidung über die Kostenübernahme zuzusenden ist. § 2 Abs 2 der Vereinbarung lautet: "Mit der Behandlung soll erst nach Rücksendung des Parodontalstatus an den Zahnarzt begonnen werden; hiervon ausgenommen sind Maßnahmen zur Beseitigung der Schmerzen". Ziffer 21 der "Richtlinien des Bundesausschusses der Zahnärzte und Krankenkassen für eine ausreichende, zweckmäßige und wirtschaftliche kassenzahnärztliche Versorgung", deren Abschnitt V die Überschrift "Systematische Behandlung von Parodontopathien (Pa-Behandlung)" trägt (hier: Pa-Richtlinien), lautet:

Die Vorbehandlung geht der systematischen Behandlung voraus. Sie besteht in der Entfernung des Zahnsteins, der weichen Beläge und sonstigen Reizfaktoren sowie in der Anleitung des Patienten zu richtiger Mundhygiene. Zwei bis drei Wochen nach Abschluß der Vorbehandlung ist zu entscheiden, ob eine systematische Pa-Behandlung noch angezeigt ist. Dies ist in der Regel nicht der Fall, wenn



1. die Mitarbeit des Patienten nicht ausreichend und deshalb ein Erfolg nicht zu erwarten ist,
2. nach dem Rückgang der entzündlichen Schwellung des Zahnfleisches nur noch Zahnfleischtaschen bis 2 mm und keine funktionellen Störungen bestehen.

Nach § 368n Abs 5 Sätze 1, 2 RVO waren "zur Überwachung der Wirtschaftlichkeit der kassenärztlichen Versorgung" die mit Vertretern der Ärzte und Krankenkassen paritätisch besetzten "Prüfungs- und Beschwerdeausschüsse" zuständig. Damit wurde jedenfalls die Überprüfung der kassenärztlichen Leistungen, bei deren Erbringung dem Kassen(zahn)arzt die Beachtung des Wirtschaftlichkeitsgebotes obliegt, in die Kompetenz dieser Ausschüsse gestellt. Die in Ziffer 21 der Pa-Richtlinien vorgeschriebene Wartefrist zwischen "Vorbehandlung" und der Entscheidung des Kassenzahnarztes darüber, ob eine systematische Pa-Behandlung seines Erachtens noch angezeigt ist, dient offensichtlich dem Zwecke der Wirtschaftlichkeit, denn der Zahnarzt soll aus Gründen der Kostenersparnis die Frist abwarten und sehen, ob nach der erfolgten Vorbehandlung eine systematische Pa-Behandlung überhaupt noch nötig ist. Der Bundesausschuß der Zahnärzte und Krankenkassen (§ 368o Abs 1 RVO) war zum Erlass dieser Richtlinien gemäß § 368p Abs 1 Satz 1 RVO befugt, wonach die Bundesausschüsse "die zur Sicherung der kassenärztlichen Versorgung erforderlichen Richtlinien über die Gewähr für eine ausreichende, zweckmäßige und wirtschaftliche Versorgung der Kranken" beschließen. Ermächtigungsrechtliche Mängel sind weder behauptet noch sonst ersichtlich. Damit hat der Richtlinienggeber das Wirtschaftlichkeitsgebot der §§ 182 (Abs 2), 368e RVO in rechtlich zulässiger Weise konkretisiert, womit zugleich auch die Vorschrift des § 368n Abs 5 Sätze 1, 2 RVO über die Zuständigkeit der "Prüfungs- und Beschwerdeausschüsse" eine normative Konkretisierung erfahren hat.

Zwar hatte es im Abs 4 Satz 1 der letztgenannten Vorschrift geheißen, daß die "gesetz- und vertragsmäßige Durchführung der kassenärztlichen Versorgung, die Überwachung der kassenärztlichen Tätigkeit und die Verteilung der kassenärztlichen Gesamtvergütung" "Angelegenheit der Kassenärztlichen Vereinigung" ist, und unter den Begriff der "Überwachung der kassenärztlichen Versorgung" wäre ohne weiteres auch die Überwachung der Einhaltung des Wirtschaftlichkeitsgebotes zu subsumieren. Diese Bestimmung hat jedoch durch die Vorschrift des Absatzes 5 Sätze 1, 2 eine spezielle Einschränkung hinsichtlich der "Überwachung der Wirtschaftlichkeit der kassenärztlichen Versorgung im einzelnen" erfahren. Diese Spezialvorschrift hat gegenüber der allgemeineren Bestimmung des Absatzes 4 den Vorrang (lex specialis derogat legi generali), die generelle Norm wird von der speziellen Norm eingeschränkt.



An dieser rechtlichen Kompetenzlage wird auch nichts durch die seit dem 1. Januar 1989 in Kraft befindlichen Vorschriften des SGB V geändert. Denn auch § 106 Abs 5 SGB V schreibt vor, daß die in Absatz 4 genannten "Prüfungs- und Beschwerdeausschüsse" darüber entscheiden, "ob der Kassenarzt ... gegen das Wirtschaftlichkeitsgebot verstoßen hat und welche Maßnahmen zu treffen sind". Daraus, daß die Vorschrift des § 368n Abs 4 Satz 1 RVO über die "Angelegenheit der Kassenärztlichen Vereinigung" im SGB V nicht mehr aufgenommen wurde, es in § 75 Abs 1 Satz 1 vielmehr nur noch in Übereinstimmung mit § 368n Abs 1 RVO heißt:

"Die Kassenärztlichen Vereinigungen und die Kassenärztlichen Bundesvereinigungen haben die kassenärztliche Versorgung in dem in § 73 Abs 2 bezeichneten Umfang sicherzustellen und den Krankenkassen und ihren Verbänden gegenüber die Gewähr dafür zu übernehmen, daß die kassenärztliche Versorgung den gesetzlichen und vertraglichen Erfordernissen entspricht",

wird die genannte Zuständigkeit der "Prüfungs- und Beschwerdeausschüsse" nicht berührt. Die Vorschrift des § 368n Abs 4 Satz 1 RVO war insofern fragwürdig gefaßt, als sie sowohl Rechtspflichten-Bereiche beschrieben hat, welchen die Kassenärztlichen Vereinigungen in alleiniger Verantwortung unterliegen, nämlich die Verteilung der Gesamtvergütung (vgl § 85 Abs 4 Satz 1 SGB V), als auch solche, welche die Kassen und Ärzte in gemeinsamer Verantwortung treffen (vgl § 368 Abs 1 Satz 1 RVO, § 72 Abs 1 SGB V) bzw den Vereinigungen gegenüber den Kassen im Sinne einer Gewährleistungspflicht obliegen (vgl § 368n Abs 1 RVO, § 75 Abs 1 SGB V). Die Vorschrift des § 368n Abs 4 Satz 1 RVO darüber, daß die "gesetz- und vertragsmäßige Durchführung der kassenärztlichen Versorgung" und "die Überwachung der kassenärztlichen Tätigkeit" Angelegenheit der Kassenärztlichen Vereinigungen sei, ist daher nicht als Generalklausel im Sinne einer grundsätzlichen Alleinzuständigkeit der Kassenärztlichen Vereinigungen auszulegen. In Wahrheit waren schon in den Vorschriften der RVO, wie oben aufgezeigt, jeweils konkretere Bestimmungen über ihre Aufgaben getroffen, und das Fehlen einer entsprechenden Vorschrift im SGB V bedeutet daher auch keine Änderung der Rechtslage, sondern lediglich einen Verzicht auf undifferenzierende Formulierungen.

Mit der Bestimmung des Gesetzgebers, daß die Überwachung der Wirtschaftlichkeit der kassenärztlichen Versorgung die spezielle Aufgabe der "Prüfungs- und Beschwerdeausschüsse" sei, ist somit auch keine Ausnahmebestimmung in dem Sinne getroffen worden, daß bei der Frage der Zuständigkeit dieser Ausschüsse die Begriffe "Überwachung der Wirtschaftlichkeit" iS des § 368n Abs 5 Satz 1 RVO bzw des Verstoßes gegen das Wirtschaftlichkeitsgebot iS des § 106 Abs 5 Satz 1 SGB V einengend zu interpretieren seien. Die damit aufgeworfene Frage, ob nämlich im Rechtssystem der gesetzlichen Krankenversicherung die (hierzu gehörigen) kassenarzt-



rechtlichen Aufgaben im Zweifel von den Krankenkassen und den Kassenärztlichen Vereinigungen gemeinsam oder allein von den Kassenärztlichen Vereinigungen zu erfüllen sind, ist im Gegenteil im Sinne der Gemeinsamkeit der Aufgabenerfüllung zu beantworten. Das ergibt sich aus den genannten gesetzlichen Bestimmungen der § 368 Abs 1 Satz 1, § 368n Abs 1 RVO, § 72 Abs 1, § 75 Abs 1 SGB V, die sowohl eine Rechtspflicht zum Zusammenwirken beider Rechtsträger als auch eine Gewährleistungspflicht der Kassenärztlichen Vereinigungen gegenüber den Krankenkassen normieren. Beide Pflichtenkreise der Kassenärztlichen Vereinigungen stehen aber nicht für eine grundsätzliche Alleinkompetenz der Kassenärztlichen Vereinigungen unter Ausschluß der Kassen, sondern für eine grundsätzliche gemeinsame Aufgabenerfüllung. So sind nicht nur die "Prüfungs- und Beschwerdeausschüsse" paritätisch besetzt, sondern auch die "Zulassungs- und Berufungsausschüsse" (vgl § 34 der Zulassungsverordnung für Kassenärzte bzw für Kassenzahnärzte <Ärzte-ZV bzw Zahnärzte-ZV>; § 96 Abs 2 SGB V, § 97 Abs 2 SGB V). Der Grundsatz der gemeinsamen Aufgabenerfüllung kommt aber auch darin zum Ausdruck, daß der Gesetzgeber eine breite Regelungsmaterie im Range unterhalb von Gesetz und Verordnung durch den Auftrag zum Abschluß von Gesamtverträgen und sonstigen Vereinbarungen beiden Seiten zu vereinbaren aufgegeben hat (vgl insbesondere SGB V: § 73 Abs 1 - hausärztliche Versorgung -, § 73 Abs 3 - Maßnahme zur Vorsorge und Rehabilitation -, §§ 82, 83 - Grundsätze, Gesamtverträge -, § 84 - Richtgrößen -, § 85 Absätze 1, 2, 3 - Gesamtvergütung -, § 87 - einheitlicher Bewertungsmaßstab -, § 106 Abs 2 Satz 3 - andere Prüfungsarten -, § 106 Abs 3 Satz 1 - Verfahren zur Prüfung der Wirtschaftlichkeit - sowie RVO § 368g Abs 2, 3 - Gesamtverträge -, § 368f Abs 2 Satz 1 - Gesamtvergütung -, § 368g Abs 4 Satz 1 - einheitlicher Bewertungsmaßstab -, § 368n Abs 5 Satz 3 - Verfahren zur Prüfung der Wirtschaftlichkeit -). Auch die Anordnung von Zulassungsbeschränkungen ist nur gemeinsam möglich (§ 103 Abs 1 Satz 2 SGB V, § 368t Abs 6 Satz 2 RVO). Und auch insoweit, als der Gesetzgeber zum Erlass von Richtlinien verpflichtet und ermächtigt, gibt er dies grundsätzlich beiden Seiten auf (vgl SGB V § 92 - Richtlinien der Bundesausschüsse - mit einer durch die Aufführung von Einzelbereichen ergänzten Generalklausel; § 102 - Richtlinien zur Überversorgung - sowie RVO § 368p).

Der Alleinverantwortung der Kassenärztlichen Vereinigungen unterliegen nach ausdrücklicher gesetzlicher Bestimmung dagegen lediglich der Bereich der Satzungsbestimmungen, der ärztlichen Fortbildung und der Disziplinarmaßnahmen (vgl SGB V § 79 - Selbstverwaltungsorgane - Absätze 2, 3; § 81, insbesondere Absätze 4, 5 - Satzung -), ferner, wie bereits erwähnt, die Verteilung der Gesamtvergütung sowie die von den Kassenärztlichen Bundesvereinigungen zu erlassenden Richtlinien "für die Durchführung der von ihnen im Rahmen ihrer Zuständigkeit geschlossenen Verträge" und der Richtlinien "über die Betriebs-, Wirtschafts- und Rechnungsführung der Kassenärztlichen Vereinigungen" (§ 75 Abs 7 SGB V). Diese Kataloge, deren Gewichtung



im 2. Buch der RVO - Krankenversicherung - nicht anders war, zeigen deutlich, daß die kassenärztlichen Aufgaben im Zweifel von den Kassen und Kassenärztlichen Vereinigungen gemeinsam zu erfüllen sind.

Ganz abgesehen davon, daß die Pa-Richtlinien gemäß § 368p RVO - Richtlinien für kassenärztliche Versorgung - von beiden Seiten gemeinsam zu erlassen waren und auch erlassen worden sind, soll, wie bereits ausgeführt wurde, die in Ziffer 21 dieser Richtlinien vorgeschriebene Wartefrist (zwischen "Vorbehandlung" und der Entscheidung des Kassenzahnarztes darüber, ob eine systematische Pa-Behandlung seines Erachtens noch angezeigt ist) dem Zwecke der Wirtschaftlichkeit dienen. Damit gehört die Entscheidung darüber, ob der Beigeladene diese Frist unterlaufen hat und welche Maßnahmen deshalb zu treffen sind, nicht in die Zuständigkeit der beklagten KZÄV.

Der Widerspruchsbescheid vom 7. August 1987 war daher in seinen die Behandlungsfälle W. und L. betreffenden Teilen aufzuheben. Dementsprechend konnten auch die vorinstanzlichen Urteile keinen Bestand haben. Über den Antrag auf eine Honorarkürzung zugunsten der Klägerin haben die paritätisch besetzten Prüfungseinrichtungen zu entscheiden. Das ergibt sich auch aus § 5 Abs 1 Buchst b der als Anlage 4 zu § 22 Abs 6 BMV-Z ergangenen Verfahrensordnung.

Die Kostenentscheidung beruht auf § 193 SGG.



JLaw – Gesetze und Urteile
Kostenlos
Über 200 Gesetze
Über 100.000 Urteile
[\(mobile App\)](#)



[JLaw – für Android](#)



[JLaw – für iOS](#)