

# BUNDESSOZIALGERICHT



Im Namen des Volkes

Verkündet am  
18. Juni 1997

## Urteil

in dem Rechtsstreit

Az: 6 RKa 42/96

.....,

Klägerin und Revisionsbeklagte,

Prozeßbevollmächtigte:

.....,

g e g e n

Gemeinsamer Beschwerdeausschuß,  
23795 Bad Segeberg, Bismarckallee 4-6,

Beklagter und Revisionskläger,

Prozeßbevollmächtigte:

..... ,

beigeladen:

1. AOK Schleswig-Holstein - Die Gesundheitskasse,  
24103 Kiel, Gartenstraße 9,
2. IKK-Landesverband Nord,  
24113 Kiel, Hamburger Chaussee 90,
3. Betriebskrankenkassen-Landesverband Nord,  
20537 Hamburg, Wendenstraße 279,
4. Schleswig-Holsteinische Landwirtschaftliche Krankenkasse,  
24143 Kiel, Schulstraße 29,
5. Kassenärztliche Vereinigung Schleswig-Holstein,  
23795 Bad Segeberg, Bismarckallee 1-3.



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



Der 6. Senat des Bundessozialgerichts hat auf die mündliche Verhandlung vom 18. Juni 1997 durch den Richter Dr. Engelm ann als Vorsitzenden, die Richter Dr. Wenner und Kruschinsky sowie die ehrenamtlichen Richter Dr. Merz und Jebbink für Recht erkannt:

Auf die Revision des Beklagten wird das Urteil des Sozialgerichts Kiel vom 15. November 1995 aufgehoben. Die Klage wird abgewiesen.

Die Klägerin hat dem Beklagten dessen außergerichtliche Kosten für beide Rechtszüge zu erstatten.

### G r ü n d e :

#### I

Der Prüfungsausschuß kürzte die Honorarforderung der als Internistin zur vertragsärztlichen Versorgung zugelassenen Klägerin im Bereich der Primärkassen in der Leistungssparte "Untersuchungen" um ca. 1.500,00 DM (Quartal II/93) und ca. 300,00 DM (Quartal III/93). Die Widersprüche wies der beklagte Beschwerdeausschuß zurück (Bescheid vom 25. August 1994). Auf die Klage der Klägerin hat das Sozialgericht (SG) diesen Bescheid aufgehoben und den Beklagten verpflichtet, der Klägerin das einbehaltene Honorar für die Abrechnungsquartale II und III/93 auszusahlen. Es hat die Behandlungsweise der Klägerin in den streitbefangenen Quartalen in Übereinstimmung mit der Auffassung des Beklagten für unwirtschaftlich gehalten, die Kürzungsbescheide aber gleichwohl als rechtswidrig beurteilt, weil es seit dem Inkrafttreten des Gesundheitsstrukturgesetzes (GSG) am 1. Januar 1993 nicht mehr statthaft sei, die Wirtschaftlichkeit der ärztlichen Behandlungsweise getrennt für Primär- und Ersatzkassenfälle zu prüfen. Das Gesetz habe für die Wirtschaftlichkeitsprüfung ab dem Quartal I/93 einheitliche Prüfungsgremien für den Bereich der Kranken- und der Ersatzkassen vorgeschrieben, und der Wille des Gesetzgebers sei dahin gegangen, ab diesem Zeitpunkt jedes Abrechnungsquartal nur einheitlich und nicht mehr - wie bisher - getrennt nach Primär- und Ersatzkassen prüfen zu lassen. Die Verpflichtung des Beklagten zur Auszahlung des gekürzten Betrages an die Klägerin ergebe sich aus § 106 Abs 5 Satz 5 Fünftes Buch Sozialgesetzbuch (SGB V) wo bestimmt sei, die "Anrufung" des Beschwerdeausschusses habe aufschiebende Wirkung (Urteil vom 15. November 1995).

Mit seiner vom SG zugelassenen Sprungrevision rügt der Beklagte die fehlerhafte Anwendung des § 106 Abs 3 Satz 1 und Abs 4 Satz 1 SGB V. Er ist der Auffassung, trotz der gesetzlichen Verpflichtung, für den Primär- und Ersatzkassenbereich gemeinsame



Prüfgremien zu schaffen und eine gemeinsame Verfahrensordnung zu erlassen, habe die Wirtschaftlichkeitsprüfung zumindest im Jahre 1993 noch getrennt nach Primär- und Ersatzkassen durchgeführt werden dürfen. Die Auffassung des SG, als Folge des Widerspruchs eines Vertragsarztes gegen einen Honorarkürzungsbescheid sei der gekürzte Betrag stets an den Vertragsarzt zurückzuzahlen, stehe im Widerspruch zu den Entscheidungen des Senats vom 16. Januar 1991 - 6 RKa 10/90 - und vom 4. Mai 1994 - 6 RKa 37/92 -.

Der Beklagte beantragt,

das Urteil des Sozialgerichts Kiel vom 15. November 1995 aufzuheben und die Klage abzuweisen.

Die Klägerin beantragt,

die Revision zurückzuweisen.

Sie hält das angefochtene Urteil für zutreffend, weil seit dem Inkrafttreten des GSG die Wirtschaftlichkeit der ärztlichen Behandlungsweise nur noch einheitlich und unabhängig von der Kassenmitgliedschaft der Patienten geprüft werden dürfe. Dies entspreche der Auffassung des Bundessozialgerichts (BSG), das bereits 1986 entschieden habe, die Wirtschaftlichkeitsprüfung müsse einen einheitlichen Vorgang darstellen, bei dem nicht isoliert einzelne Leistungsbereiche oder Versicherte herausgegriffen werden dürften. Nach Art 26 Satz 3 GSG seien die vertraglichen Vereinbarungen, die mit den neuen gesetzlichen Regelungen unvereinbar seien, bis zum 31. März 1993 den gesetzlichen Vorgaben anzupassen. Lediglich für Verfahrensordnungen habe der Gesetzgeber der Selbstverwaltung in Art 27 GSG eine Frist bis zum 31. Dezember 1994 gesetzt.

Die zu 5) beigeladene KÄV beantragt,

das Urteil des Sozialgerichts Kiel vom 15. November 1995 aufzuheben und die Klage abzuweisen.

Sie weist auf die Rechtsprechung des Schleswig-Holsteinischen Landessozialgerichts hin, wonach die getrennte Prüfung der Primär- und Ersatzkassenabrechnung von Vertragsärzten im Jahre 1993 nicht zu beanstanden sei. Zu Unrecht habe das SG weiterhin aus § 106 Abs 5 Satz 5 SGB V geschlossen, daß im Falle des Widerspruchs gegen einen Kürzungsbescheid der Betrag, der Gegenstand der Honorarkürzung sei, an den Vertragsarzt ausgezahlt werden müsse.

Die übrigen Beteiligten haben sich am Revisionsverfahren nicht beteiligt.

Die Revision des beklagten Beschwerdeausschusses hat Erfolg. Das SG hat den angefochtenen Bescheid zu Unrecht aufgehoben, denn er ist nicht rechtswidrig.

Das SG hat die Aufhebung des angefochtenen Bescheides des Beklagten allein darauf gestützt, daß die Wirtschaftlichkeit der Behandlungsweise einer Vertragsärztin in den Quartalen II und III/93 nicht mehr isoliert für den Primärkassenbereich ohne Einbeziehung der Abrechnung über die Behandlung von Versicherten der Ersatzkassen habe geprüft werden dürfen. Diese Auffassung trifft nicht zu.

Durch das GSG sind die Bestimmungen über die Prüfung der Wirtschaftlichkeit der kassen- bzw vertragsärztlichen Versorgung in § 106 SGB V im Zuge der nahezu vollständigen Beseitigung der Unterschiede zwischen den verschiedenen Kassenarten umgestaltet worden. § 106 Abs 7 SGB V idF des Gesundheits-Reformgesetzes (GRG) vom 20. Dezember 1988 (BGBl I 2477), der für die Überwachung der Wirtschaftlichkeit der ärztlichen Versorgung im Ersatzkassenbereich die Abs 1 bis 6 dieser Vorschrift für entsprechend anwendbar erklärt hatte, ist gestrichen worden. § 106 Abs 3 Satz 1 SGB V ist durch die Änderung der in Bezug genommenen Bestimmung des § 106 Abs 2 Satz 3 SGB V dahingehend geändert worden, daß nunmehr die Landesverbände der Krankenkassen und die Verbände der Ersatzkassen gemeinsam und einheitlich mit den KÄVen die Verfahren zur Prüfung der Wirtschaftlichkeit zu vereinbaren haben. Zusätzlich ist in § 106 Abs 4 Satz 1 SGB V vorgeschrieben worden, daß die Landesverbände der Krankenkassen und die Verbände der Ersatzkassen zusammen mit den KÄVen bei diesen gemeinsame Prüfungs- und Beschwerdeausschüsse bilden. Als Übergangsregelung zur Neufassung des § 106 Abs 3 SGB V hinsichtlich der Prüfvereinbarungen bestimmt Art 27 GSG für den Fall, daß Regelungen unter anderem nach § 106 Abs 3 SGB V bis zum 31. Dezember 1994 nicht zustande kommen, der Bundesminister für Gesundheit mit Zustimmung des Bundesrates unter Beachtung der für die Selbstverwaltung geltenden Vorgaben jeweils entsprechende Regelungen durch Rechtsverordnung treffen kann. Aus dieser Vorschrift ist abzuleiten, daß Prüfvereinbarungen zur Umsetzung der Vorgaben des GSG für die vertragsärztliche Wirtschaftlichkeitsprüfung spätestens bis Ende des Jahres 1994 abgeschlossen sein mußten, so daß sie ab dem Quartal I/95 zur Anwendung kommen konnten. Im Umkehrschluß ergibt sich zugleich, daß für die Zeit vom 1. Januar 1993 bis längstens zum 31. Dezember 1994 die bei Inkrafttreten des GSG geltenden Prüfvereinbarungen grundsätzlich weiter anwendbar gewesen sind, soweit die in ihnen enthaltenen Regelungen nicht gegen zwingende Vorschriften des SGB V verstießen (Art 26 GSG). Zu diesen zwingenden gesetzlichen Vorgaben, die entgegenstehende vertragliche Vereinbarungen derogieren, zählt die gesetzliche Beseitigung der eigenständigen Prüfungs- und Beschwerdekommisionen im Ersatzkassenbereich und die ohne Einräumung von Übergangsfristen durch die Regelung des § 106 Abs 4 Sätze 1 und 2 SGB V mit Wirkung vom 1. Januar 1993 geschaffene Zuständigkeit der Prüfungs- und Beschwerdeaus-



schüsse für den Primär- und den Ersatzkassenbereich (vgl. Spellbrink, Wirtschaftlichkeitsprüfungen im Kassenarztrecht, 1994, RdNr 271). Deshalb kann die Wirtschaftlichkeit der Behandlungsweise eines Vertragsarztes für Behandlungen, die ab dem Quartal I/93 erfolgten, nur von den in § 106 Abs 4 Satz 1 SGB V genannten Ausschüssen geprüft werden.

Eine Regelung des Inhalts, daß die Wirtschaftlichkeitsprüfung bereits ab dem 1. Januar 1993 nur noch einheitlich für den Gesamtbereich der vertragsärztlichen Versorgung durchgeführt werden darf, enthält das Gesetz dagegen nicht. Der Gesetzgeber hat vielmehr in der Übergangsvorschrift des Art 27 GSG den Partnern der Gesamtverträge eine maximal zweijährige Frist zur Vereinbarung neuer, alle Kassenbereiche einbeziehender Prüfvereinbarungen iS des § 106 Abs 3 SGB V gesetzt. Er hat sich dabei von der Vorstellung leiten lassen, die Selbstverwaltung könne innerhalb dieser großzügig bemessenen Frist ihre gesetzliche Pflicht zur Umsetzung der Vorgaben des GSG erfüllen (vgl. Begründung zu Art 25 des GSG-Entwurfs vom 5. November 1992, der wörtlich der später Gesetz gewordenen Fassung des Art 27 GSG entspricht, BT-Drucks 12/3608 S 155). Zugleich hat er zu erkennen gegeben, daß neue Prüfvereinbarungen abgeschlossen werden müssen, weil die am 31. Dezember 1992 geltenden Vereinbarungen eine alle Kassenbereiche umfassende Wirtschaftlichkeitsprüfung der vertragsärztlichen Behandlungs- und Ordnungsweise weder vorsahen noch gestatteten. Die nach § 106 Abs 3 Satz 1 iVm Abs 2 Satz 3 SGB V idF des GRG von den Partnern der Gesamtverträge zu vereinbarenden "Verfahren zur Prüfung der Wirtschaftlichkeit" konnten keine Regelungen über die Einbeziehung der Ersatzkassenabrechnung eines Arztes enthalten, weil bis Ende 1992 die Ersatzkassen am System der Gesamtverträge nicht beteiligt waren (vgl. BSG SozR 3-2500 § 95 Nr 9 S 34). Die bundesweit geltende, am 1. Oktober 1990 in Kraft getretene "Prüfvereinbarung-Ersatzkassen" sah naturgemäß eine Einbeziehung der Primärkassen in die Wirtschaftlichkeitsprüfung ebenfalls nicht vor. Da ohne Prüfvereinbarung Verfahren der Wirtschaftlichkeitsprüfung grundsätzlich nicht durchgeführt werden können, eine gemeinsame Prüfvereinbarung für alle Kassenarten zu Beginn des Quartals I/93 aber noch nicht vereinbart sein konnte, hätte die Annahme des SG, unmittelbar kraft Gesetzes sei eine isolierte Prüfung der ärztlichen Abrechnung aus dem Primärkassensektor ab dem 1. Januar 1993 unzulässig, zur Konsequenz, daß bis zum Inkrafttreten einer gemeinsamen, kassenartenübergreifenden Prüfvereinbarung keine Wirtschaftlichkeitsprüfung möglich gewesen wäre. Das steht in Widerspruch zur Bedeutung der vertragsärztlichen Wirtschaftlichkeitsprüfung für die Funktionsfähigkeit und Finanzierbarkeit der gesetzlichen Krankenversicherung und findet im Gesetz keine Stütze.

Aus § 106 Abs 1 SGB V leitet sich nicht nur die Befugnis, sondern vielmehr die Verpflichtung der Krankenkassen und der Kassenärztlichen Vereinigungen als Träger der gemeinsamen Selbstverwaltung von Ärzten und Krankenkassen ab, die Wirtschaftlichkeit der kassen- bzw vertragsärztlichen Versorgung zu überwachen (BSGE 75, 220, 222 = SozR



3-2500 § 106 Nr 24). Die Neufassung wichtiger Regelungen des Krankenversicherungsrechts durch das GRG hat die Notwendigkeit einer wirtschaftlichen Leistungserbringung betont und eine strikte Verpflichtung der Überwachung der Wirtschaftlichkeit der Behandlung durch die ärztlichen Leistungserbringer normiert (BSGE aaO S 223 = SozR aaO S 134). In Beachtung dieser gesetzlichen Vorgaben ist der Senat mehrfach Gesetzesinterpretationen entgegengetreten, die im Ergebnis dazu führen können, daß einzelne Ärzte oder Gruppen von ärztlichen Leistungserbringern keiner Wirtschaftlichkeitsprüfung unterliegen. So hat der Senat die Anwendung des sog Vertikalvergleichs im Rahmen der Prüfung der Wirtschaftlichkeit der ärztlichen Behandlungsweise gebilligt, wenn andere Prüfungsmethoden im Einzelfall nicht angewandt werden können (BSGE aaO S 224 = SozR aaO S 135). Er hat weiterhin die Auffassung verworfen, die Prüfungsgremien seien im Rahmen der Wirtschaftlichkeitsprüfung gezwungen, strikt nach den Regeln der statistischen Wissenschaft zu verfahren (BSGE 76, 53, 54 = SozR 3-2500 § 106 Nr 26 S 145). Schließlich hat er der dargestellten Rechtsprechung auch Bedeutung für die Ausgestaltung des Verfahrens der Wirtschaftlichkeitsprüfung zugemessen und hervorgehoben, daß verfahrensrechtliche Regelungen so gestaltet und gehandhabt werden müssen, daß Prüfverfahren der gesetzlichen Intention entsprechend sachgerecht durchgeführt werden können und weder zwischen einzelnen Arztgruppen noch zwischen einzelnen Quartalen Unterschiede gemacht werden, für die eine sachliche Rechtfertigung nicht ersichtlich ist (BSGE 76, 285, 292 = SozR 3-2500 § 106 Nr 30 S 173). Letzteres wäre der Fall, wenn in allen Quartalen zwischen dem 1. Januar 1993 und dem Inkrafttreten einer für alle Kassenarten einheitlichen Prüfvereinbarung jede Prüfung der Wirtschaftlichkeit der Behandlungs- und Verordnungsweise von Vertragsärzten hätte unterbleiben müssen. Der vom GSG angeordnete Übergang von der seit Jahrzehnten praktizierten, nach Primär- und Ersatzkassenbereich getrennten, zu einer alle Kassenarten umfassenden einheitlichen Wirtschaftlichkeitsprüfung ist kein rechtfertigender Grund für eine Verpflichtung der Krankenkassen, über einen längeren Zeitraum auch solche ärztlichen Behandlungen und Verordnungen bezahlen zu müssen, die erkennbar gegen das Gebot der Wirtschaftlichkeit verstoßen haben. Das Ziel des Gesetzgebers des GSG, für die Zukunft eine Kumulation von Wirtschaftlichkeitsprüfungen bei gleichem Sachverhalten zu vermeiden (vgl Begründung zur Neufassung des § 106, BT-Drucks 12/3608 S 100), wird auch gewahrt, wenn für eine maximal zweijährige Übergangszeit eine getrennte Prüfung der Abrechnungen im Primär- und im Ersatzkassenbereich fortgeführt wird. Das gilt insbesondere, weil durch die Zuständigkeit derselben Prüfungsgremien für beide Versichertenbereiche abweichende Beurteilungen etwa im Hinblick auf das Vorliegen von Praxisbesonderheiten bei einer Prüfung ärztlicher Leistungen nach Durchschnittswerten im Sinne des § 106 Abs 2 Nr 1 SGB V bereits seit dem Inkrafttreten des GSG praktisch weitgehend ausgeschlossen sein dürften.

Läßt sich demnach die vom SG angenommene Rechtswidrigkeit des angefochtenen Bescheides des Beklagten nicht damit begründen, daß er sich nur mit der Wirtschaftlichkeit der Behandlungsweise der Klägerin im Primärkassenbereich befaßt hat, könnte sich



seine Fehlerhaftigkeit nur aus dem Verstoß gegen verfahrensrechtliche Bestimmungen oder die in § 106 SGB V enthaltenen und von der Rechtsprechung des BSG entwickelten Grundsätze der vertragsärztlichen Wirtschaftlichkeitsprüfung ergeben. Dafür bestehen keine Anhaltspunkte. Die Klägerin hat in dieser Hinsicht zu beachtende Gesichtspunkte nicht aufgezeigt. Das SG hat den angefochtenen Bescheid insoweit mit zutreffender Begründung für rechtmäßig gehalten.

Weil das SG den angefochtenen Bescheid zu Unrecht aufgehoben hat, besteht auch keine Grundlage für die von ihm ausgesprochene Verpflichtung des Beklagten, das gekürzte Honorar an die Klägerin zurückzuzahlen. Der Senat hat deshalb nicht darüber zu entscheiden, ob die Rechtsauffassung des SG zutrifft, wonach die Anrufung des Beschwerdeausschusses wegen der mit ihr verbundenen aufschiebenden Wirkung (§ 106 Abs 5 Satz 5 SGB V) zur Folge hat, daß dem Arzt die Differenz zwischen dem ihm im Honorarbescheid zugewilligten und dem ihm nach der Kürzungsentscheidung des Prüfungsausschuß zustehenden Honorar zunächst ausbezahlt ist, oder ob insoweit der im Schrifttum überwiegend vertretene Auffassung zu folgen ist, wonach ein solcher Zahlungsanspruch jedenfalls dann nicht besteht, wenn der Kürzungsbescheid - wie hier - vor oder zumindest zeitgleich mit dem Honorarbescheid ergeht (vgl in diesem Sinne Kasseler Komm Hess, § 106 SGB V RdNr 62; Spellbrink, aaO, RdNr 320, 323; Steinhilper, in: Ehlers <Hrsg>, Wirtschaftlichkeitsprüfung, 1996, Kap IV, RdNr 65 - 68).

Die Kostenentscheidung beruht auf § 193 Abs 1 und 4 SGG.

