Urteilskopf

103 V 145

34. Urteil vom 23. September 1977 i.S. G. gegen 6 Krankenkassen und Schiedsgericht gemäss Art. 25 KUVG
Regeste (de):
Das nach Art. 25 KUVG bezeichnete Schiedsgericht des Kantons Luzern ist Vorinstanz im Sinne von Art. 105 Abs. 2 OG (Erw. 1).

Art. 25 Abs. 4 KUVG.

- Auf Forderungen, die nicht Gegenstand des Schlichtungs- oder Vermittlungsverfahrens waren, darf das Schiedsgericht nicht eintreten (Erw. 2).

- Die nach kantonalem Prozessrecht zulässige Änderung des Rechtsbegehrens im schiedsgerichtlichen Verfahren ist nicht bundesrechtswidrig (Erw. 2a).

Art. 23 KUVG.

- Bestätigung der Rechtsprechung betreffend Rückforderungspflicht der Krankenkassen bei Überarztung und betreffend Durchschnittsmethode (Erw. 3 und 5).

Regeste (fr):
Le tribunal arbitral du canton de Lucerne, désigné suivant l'art. 25 LAMA, est un tribunal cantonal au sens de l'art. 105 al. 2 OJ (consid. 1).

Art. 25 al. 4 LAMA.

- Le tribunal arbitral ne doit pas statuer sur des conclusions qui n'ont pas fait l'objet de la procédure de conciliation (consid. 2).

- Un changement des conclusions admissible suivant le droit cantonal dans la procédure arbitrale n'est pas contraire au droit fédéral (consid. 2a).

Art. 23 LAMA.

- Confirmation de la jurisprudence concernant le devoir des caisses-maladie de demander la restitution de prestations en cas de traitements non économiques (polypragmasie) et concernant la méthode comparative (consid. 3 et 5).

Regesto (it):
Il tribunale arbitrale del Cantone Lucerna, designato secondo l'art. 25 LAMI, è un tribunale cantonale nel senso dell'art. 105 cpv. 2 OG (consid. 1).

Art. 25 cpv. 4 LAMI.

- Al tribunale arbitrale è vietato di statuire su conclusioni che non furono oggetto della procedura di conciliazione (consid. 2).

- Un mutamento di conclusioni ammissibile secondo il diritto cantonale nella procedura arbitrale non è contrario al diritto federale (consid. 2a).

Art. 23 LAMI.

- Conferma della giurisprudenza quanto all'obbligo della cassa-malati di ripetere prestazioni indebite nel caso di trattamenti non economici e quanto all'applicazione del metodo comparativo (consid. 3 e 5).

Sachverhalt ab Seite 146

BGE 103 V 145 S. 146

A.- Dr. med. G. führt eine Allgemeinpraxis. Mit Schreiben vom 3. Oktober 1969 beanstandete der Kantonalverband Luzerner Krankenkassen für die ihm angeschlossenen Kassen seine Rechnungstellung. Der Einladung des Kantonalverbandes vom 28. November 1969 zu einem Einigungsversuch auf den 5. Dezember 1969 leistete Dr. G. keine Folge. Darauf wies der Kantonalverband die heute am Recht stehenden Krankenkassen an, Dr. G. künftig bloss 60% seiner Rechnungsbeträge auszubezahlen und die übrigen 40% als bestritten zurückzubehalten. Am 23. Februar 1970 ersuchte der Kantonalverband die Paritätische Vertrauenskommission der Ärztegesellschaft des Kantons Luzern und des Kantonalverbandes (PVK), die im Jahre 1968 gestellten Rechnungen zu überprüfen und um 40% zu kürzen. Eine am 10. Juni 1970 von der PVK über dieses Gesuch geführte Verhandlung brachte keine Einigung.

B.- Am 3. September 1970 beschwerte sich der Kantonalverband gestützt auf Art. 16 Abs. 6 des zwischen ihm und der Kantonalen Ärztegesellschaft am 5. Februar 1963 abgeschlossenen Vertrages (nachfolgend Vertrag genannt) bei der PVK, indem er für die Kassen verlangte, dass die Behandlungsrechnungen, die Dr. G. seit dem 1. Mai 1969 eingereicht hatte, im Durchschnitt aller Rechnungen um 25% herabgesetzt würden. Der Schlichtungsvorschlag der PVK vom 9. September 1970 ging dahin, die seit dem 1. Mai 1969 eingereichten Behandlungsrechnungen um 25% zu "kürzen"; der Gesamtbetrag der "Rückerstattung" betrage somit Fr. 31'460.–. Ferner

BGE 103 V 145 S. 147

schlug die PVK vor, die von den Kassen erhobene Beanstandung von 25% der Rechnungsbeträge bis auf weiteres in Kraft zu lassen und über eine Freigabe der gesperrten Beträge nach Vorliegen der Behandlungsfallstatistik 1970 zu befinden. Dr. G. lehnte diesen Schlichtungsvorschlag mit Schreiben vom 12. Oktober 1970 ab. Anderseits verhielt der Kantonalverband die Kassen, den bisherigen Rückbehalt von 40% entsprechend dem Schlichtungsvorschlag auf 25% zu reduzieren.

C.- In der Folge gelangte Dr. G. klageweise an das Schiedsgericht gemäss Art. 25 KUVG des Kantons Luzern. Er liess beantragen, der Kantonalverband bzw. die ihm angeschlossenen Kassen seien zu verpflichten, ihm die zurückbehaltenen Restbeträge der seit dem 1. Mai 1969 eingereichten Rechnungen im vollen Umfang samt Zins auszubezahlen; der Rückbehalt auf den Rechnungen sei sofort aufzuheben. Der Kantonalverband reichte für die Krankenkassen Widerklage ein. Er verlangte die Abweisung der Klage und die Kürzung der zwischen dem 3. April und 31. Dezember 1969 eingereichten Rechnungen um 25%; ferner sei den Kassen ein Anspruch auf Rückforderung von 25% auf den voll bezahlten Behandlungsrechnungen dieser Abrechnungsperiode zuzuerkennen. Diesen Antrag modifizierte der Kantonalverband in seiner Duplik dahin, dass der

Rückforderungsanspruch von 25% auf den voll bezahlten Rechnungen der Jahre 1968 und 1969, "soweit sie im Schlichtungsverfahren der PVK einbezogen waren", anerkannt werde.
Mit Entscheid vom 30. April 1975 hat das Schiedsgericht die Klage abgewiesen (Dispositivziffer 1) und die Widerklage in dem Sinne gutgeheissen, dass es Dr. G. verpflichtete, den Krankenkassen 25% der zwischen dem 3. April und 31. Dezember 1969 eingereichten, voll bezahlten Behandlungsrechnungen zurückzuerstatten (Dispositivziffer 2a), und dass es die Kassen ermächtigte, die in den Jahren 1968 und 1969 eingereichten, noch nicht voll bezahlten Behandlungsrechnungen um 25% zu kürzen (Dispositivziffer 2b).

D.- Dr. G. lässt Verwaltungsgerichtsbeschwerde führen und beantragen, in Aufhebung des schiedsgerichtlichen Entscheides seien die Kassen zu verpflichten, ihm die zurückbehaltenen Restbeträge der seit dem 1. Mai 1969 eingereichten Behandlungskostenrechnungen im vollen Umfang und mit Zins auszuzahlen; eventuell sei die Sache an die Vorinstanz

BGE 103 V 145 S. 148

zurückzuweisen. Dem Schiedsgericht wird willkürliche Feststellung und Würdigung des Sachverhalts sowie Verletzung von Art. 23 und 25 Abs. 4 KUVG vorgeworfen. Im übrigen lässt sich die Beschwerdebegründung wie folgt zusammenfassen: Im Schlichtungsverfahren vor der PVK seien von den Kassen Rechnungen des Jahres 1968 unterbreitet worden, obschon die Verhältnisse jenes Jahres nicht Gegenstand des Schlichtungsvorschlages gewesen seien. Diese samt den bis zum 3. April 1969 eingegebenen Rechnungen seien abweichend von der Vorschrift des Art. 16 Abs. 6 des Vertrages nicht innerhalb von 6 Monaten seit ihrem Eingang bei den Kassen beanstandet worden. Eine wesentliche Voraussetzung zu ihrer Überprüfung sei somit nicht erfüllt gewesen. Dem Schiedsverfahren über die im Jahre 1969 eingereichten Rechnungen sei kein Vermittlungsverfahren vorausgegangen. Ferner habe Dr. G. für den von den Krankenkassen im Schlichtungsverfahren vor der PVK am 3. September 1970 abgeänderten Anträgen nicht Stellung nehmen können. Deshalb hätte das Schiedsgericht auf die Sache nicht eintreten dürfen, abgesehen davon, dass der Grundsatz des rechtlichen Gehörs verletzt worden sei. Art. 23 KUVG statuiere keine Rückforderungspflicht der Krankenkassen; werde sie wie im vorliegenden Fall im Vertrag zwischen Ärzten und Krankenkassen nicht vereinbart, so bestehe auch kein Rückforderungsrecht seitens der Krankenkassen. Die Vorinstanz habe auch dadurch Art. 23 KUVG nicht richtig angewandt, dass sie zur Ermittlung der Überarztung auf die sog. Durchschnittsberechnungsmethode abstellte, weil diese Methode der rechtlich garantierten Behandlungsselbständigkeit des Arztes zu Wenig Rechnung trage, ungeeignet und abzulehnen sei. Sollte die Methode dennoch als anwendbar erklärt werden, so sei zu beachten, dass Dr. G. nicht Allgemeinpraktiker sei, sondern zur Kategorie "Beinleiden mit Röntgen" gehöre. Bei Anwendung der Durchschnittsvergleichsmethode müssten die Rechnungen des Dr. G. mit den Rechnungen der Ärzte dieser Kategorie verglichen werden. Im übrigen stimme die von den Kassen vorgenommene Durchschnittsberechnung für 1969 ohnehin nicht. Die Krankenkassen und das Bundesamt für Sozialversicherung beantragen die Abweisung der Verwaltungsgerichtsbeschwerde.

BGE 103 V 145 S. 149

Erwägungen

Das Eidg. Versicherungsgericht zieht in Erwägung:

1. Da der Streit nicht die Bewilligung oder Verweigerung von Versicherungsleistungen zum Gegenstand hat,

ist vom Eidg. Versicherungsgericht nur zu prüfen, ob der angefochtene Entscheid auf einer Verletzung von Bundesrecht, einschliesslich Überschreitung oder Missbrauch des Ermessens, beruht (Art. 104 OG). Nach Art. 105 Abs. 2 OG ist das Eidg. Versicherungsgericht an die vorinstanzliche Sachverhaltsfeststellung gebunden, wenn Rekurskommissionen oder kantonale Gerichte als Vorinstanzen entschieden und den Sachverhalt nicht offensichtlich unrichtig, unvollständig oder unter Verletzung wesentlicher Verfahrensbestimmungen festgestellt haben. Damit soll das Eidg. Versicherungsgericht in jenen Fällen vor zeitraubenden Ermittlungen verschont werden, in denen die erstinstanzlichen Sachverhaltsfeststellungen bereits durch ein Gericht oder eine gerichtsähnliche Instanz vollständig überprüft werden können (BGE 97 I 480). Diese umfassende Überprüfungsbefugnis steht dem nach Art. 25 KUVG bezeichneten Schiedsgericht des Kantons Luzern zu, weshalb das Eidg. Versicherungsgericht unter dem in Art. 105 Abs. 2 OG formulierten Vorbehalt an die vom Schiedsgericht vorgenommene Sachverhaltsfeststellung gebunden ist (vgl. BGE 98 V 158 und BGE 99 V 193).

2. Es steht fest, dass der Kantonalverband am 23. Februar 1970 die PVK ersucht hat, die Rechnungen des Jahres 1968 zu überprüfen und um 40% zu kürzen, dass der Verband ferner in seiner Beschwerde vom 3. September 1970 der PVK beantragte, es seien die seit dem 1. Mai 1969 eingereichten Rechnungen zu kürzen, und dass er in seiner Duplik vom 10. Februar 1973 gegenüber dem Schiedsgericht eine Rückforderung von 25% auf den Rechnungen der Jahre 1968 und 1969 geltend machte. Dr. G. beanstandet, dass das Schiedsgericht auf das am 3. September 1970 abgeänderte, von der PVK im Schlichtungsvorschlag übernommene Begehren eingetreten ist, obschon bloss über das Gesuch vom 23. Februar 1970 ein Schlichtungsverfahren durchgeführt worden sei; zudem habe er keine Gelegenheit gehabt, zur Beanstandung der ab 1. Mai 1969 eingereichten Rechnungen Stellung zu nehmen.

Bei der Beurteilung dieses Einwandes ist von Art. 25 Abs. 4 KUVG auszugehen, der vorschreibt, dass der schiedsgerichtlichen Behandlung eines Streitfalles ein Vermittlungsverfahren vorausgehen muss, sofern nicht schon eine vertraglich eingesetzte Schlichtungsinstanz geamtet hat. Die Durchführung eines Schlichtungs- oder Vermittlungsverfahrens ist nach dieser zwingenden bundesrechtlichen Vorschrift unabdingbare Voraussetzung des schiedsgerichtlichen Verfahrens. Gegenstand des Schiedsgerichtsverfahrens können also nur solche Honorarforderungen sein, die schon Gegenstand eines Vermittlungs- oder Schlichtungsverfahrens gewesen sind. Wird dagegen dem Schiedsgericht ein Begehren zum Entscheid vorgelegt, über das kein Schlichtungsverfahren durchgeführt Wurde, so darf es jenes Begehren materiell nicht beurteilen. a) Es ist unbestritten, dass die im Jahre 1968 von Dr. G. eingereichten Rechnungen Gegenstand des Schlichtungsverfahrens waren, um das der Kantonalverband am 23. Februar 1970 ersucht hatte. Insofern konnten jene Rechnungen auch Gegenstand des schiedsgerichtlichen Verfahrens sein. Der Umstand, dass der Kantonalverband sein ursprüngliches Begehren vom 23. Februar 1970 um Kürzung der Rechnungen 1968 nicht schon in seiner Widerklage, sondern erst duplikweise am 10. Februar 1973 erneuerte, steht dem nicht entgegen. Denn diese Änderung des Widerklagebegehrens war gemäss § 30 der luzernischen Verordnung über das Schiedsverfahren nach Art. 25 KUVG zulässig und verstösst auch nicht gegen zwingende bundesrechtliche Vorschriften. b) Anders verhält es sich bezüglich der seit dem 1. Mai 1969 eingereichten Rechnungen, welche der Kantonalverband mit seiner am 3. September 1970 an die PVK gerichteten Beschwerde beanstandet hat. Wohl bezog sich der Schlichtungsvorschlag vom 9. September 1970 auf diese Rechnungen. Aus den Akten ergibt sich aber, dass diesem Vorschlag kein eigentliches Schlichtungsverfahren vorausgegangen ist in dem Sinn, dass Dr. G. sich innert angemessener Frist zur Beschwerde des Kantonalverbandes hätte vernehmen lassen können, wie dies in § 4 Ziff. 4 des Reglementes der PVK vorgeschrieben ist. Da die Beschwerde am 3. September 1970 eingereicht wurde, hatte Dr. G. nicht bereits an der Sitzung vom 10. Juni 1970, zu der er vom Präsidenten der PVK eingeladen worden War, Stellung nehmen können. Übrigens

schrieb der Präsident der PVK in jener Einladung ausdrücklich, es gehe um die Stellungnahme zu den Anträgen vom 23. Februar 1970. Schliesslich ist darauf hinzuweisen, dass zwischen dem Beschwerdedatum (3. September 1970) und dem Datum des Schlichtungsvorschlages (9. September 1970) praktisch keine Möglichkeit bestand, Dr. G. zur Beschwerde Stellung nehmen zu lassen. Es ergibt sich somit, dass über die Rechnungsstellung des heutigen Beschwerdeführers ab 1. Mai 1969 kein Schlichtungsverfahren durchgeführt worden ist, bei dem die Vorschrift des rechtlichen Gehörs beachtet worden wäre. Demnach konnten jene Rechnungen gemäss Art. 25 Abs. 4 KUVG und den obigen Darlegungen nicht Gegenstand des schiedsgerichtlichen Verfahrens sein. In seiner Duplik vom 10. Februar 1973 beantragte der Kantonalverband generell die Kürzung der in den Jahren 1968 und 1969 eingereichten Rechnungen. Es sollten also auch jene Rechnungen gekürzt werden, die Dr. G. in der Zeit vom 1. Januar bis 30. April 1969 den Kassen eingereicht hatte. Auch über die Rechnungen dieser Periode hat nie ein Schlichtungsverfahren stattgefunden, so dass sie ebenfalls nicht Gegenstand des schiedsgerichtlichen Verfahrens sein konnten. Gesamthaft ist festzustellen, dass das Schiedsgericht auf die Forderungen des Kantonalverbandes, soweit sie die Rechnungsstellung des Jahres 1969 umfassten, nicht hätte eintreten dürfen.

3. Somit ist heute materiell-rechtlich nur noch zu den im Jahre 1968 eingereichten Rechnungen Stellung zu nehmen. Der Beschwerdeführer meint dazu in grundsätzlicher Hinsicht, dem Art. 23 KUVG lasse sich keine Rückerstattungspflicht des Arztes bzw. kein Rückforderungsanspruch der Kassen entnehmen. Dieser Auffassung kann nicht beigepflichtet werden. Nach Art. 23 KUVG haben sich u.a. die Ärzte in der Behandlung, in der Verordnung und Abgabe von Arzneimitteln sowie in der Anordnung und Durchführung von wissenschaftlich anerkannten Heilanwendungen und Analysen auf das durch das Interesse des Versicherten und den Behandlungszweck erforderliche Mass zu beschränken. Diese Bestimmung verpflichtet die Ärzte zur wirtschaftlichen Behandlungsweise und stellt damit eine Schutzvorschrift für die Versicherten und die Kassen dar, die gemäss Art. 3 Abs. 3 KUVG die

Krankenversicherung nach den Grundsätzen der Gegenseitigkeit zu betreiben haben. Die Kassen müssen ferner Sicherheit dafür bieten, dass sie die übernommenen Verpflichtungen erfüllen können (Art. 3 Abs. 4 KUVG). Zur Verwirklichung des Prinzips der Gegenseitigkeit und zur Garantie ihrer Leistungsfähigkeit haben sie dafür zu sorgen, dass die Ärzte der Vorschrift wirtschaftlicher Behandlungsweise nachkommen. Dieser Aufgabe könnten die Kassen nicht hinreichend gerecht werden, wenn es ihnen bloss gestattet wäre, eine unwirtschaftliche Behandlung im voraus abzulehnen, was ohnehin praktisch selten genug zutreffen dürfte. Vielmehr muss ihnen die Möglichkeit offenstehen, Zahlungen für pflicht- und rechtswidrige Behandlung zu verweigern. Folgerichtig dürfen bereits erbrachte Leistungen zurückgefordert werden, wenn sich nachträglich ergibt, dass sie vom Arzt zu Unrecht bezogen worden sind. Andernfalls wäre Art. 23 KUVG - auch abgesehen von Art. 24 über den Ausschluss von Ärzten - weitgehend illusorisch. Die Kassen sind, mit andern Worten, gegenüber der Gesamtheit ihrer Versicherten gehalten, unrechtmässig erfolgte Leistungen wieder einzutreiben, damit der von Art. 23 zwingend geforderte gesetzliche Zustand verwirklicht und gegebenenfalls wiederhergestellt wird. - Indirekt geht übrigens auch Art. 25 Abs. 3 KUVG davon aus, dass der Kasse ein Rückforderungsanspruch gegenüber den Ärzten zusteht, bestimmt er doch, dass das Schiedsgericht auch zuständig ist, wenn das Honorar vom Versicherten geschuldet wird, und dass die Kasse zur selbständigen Prozessführung ermächtigt ist, ohne Rücksicht darauf, ob die Rechnung vom Versicherten als Honorarschuldner bereits bezahlt worden ist. Das Eidg. Versicherungsgericht hat auch heute keine Veranlassung, von dieser Praxis (RSKV 1970 S. 82, bestätigt durch BGE 98 V 158 und BGE 99 V 193 abzuweichen.

4. Eine andere Frage ist es, wie weit zurück die Krankenkassen bereits bezahlte Honorare von einem Arzt zurückfordern können. Der Beschwerdeführer beruft sich auf Art. 16 Abs. 6 des Vertrages, wonach die Krankenkassen Arztrechnungen nur innerhalb von sechs Monaten seit Eingang beanstanden können. Als die Kassen die Rechnungen des Jahres 1968 am 23. Februar 1970 gegenüber der PVK beanstandeten, sei diese Frist schon längst abgelaufen gewesen. Auch in diesem Punkt kann dem Beschwerdeführer nicht gefolgt werden.

Da das Rückforderungsrecht bzw. die Rückforderungspflicht der Kassen grundsätzlich Bundesrecht beschlägt, kann es nicht im Belieben der Kassen stehen, ob und gegebenenfalls in welchem Umfang sie von diesem Recht Gebrauch machen wollen. Auch könnte durch vertragliche Abmachungen zwischen Krankenkassen und Ärzten diese Rückforderungspflicht weitgehend illusorisch gemacht oder rechtsungleich gehandhabt werden. Deshalb drängt sich eine für den ganzen Bereich des sozialen Krankenversicherungswesens einheitliche Regelung auf. Nach Art. 47 Abs. 1 AHVG sind unrechtmässig bezogene Renten und Hilflosenentschädigungen der AHV zurückzuerstatten. Abs. 2 dieses Artikels bestimmt, dass der Rückforderungsanspruch mit Ablauf eines Jahres verjährt, nachdem die Ausgleichskasse davon Kenntnis erhalten hat, spätestens aber mit Ablauf von 5 Jahren seit der einzelnen Rentenzahlung. Wird der Rückforderungsanspruch aus einer strafbaren Handlung hergeleitet, für welche das Strafrecht eine längere Verjährungsfrist vorsieht, so ist diese Frist massgebend. Diese Rückerstattungsordnung gilt kraft gesetzlicher Vorschrift auch in der Invalidenversicherung, bei den Ergänzungsleistungen, in der Arbeitslosenversicherung, der Erwerbsersatzordnung und bei den Familienzulagen für landwirtschaftliche Arbeitnehmer und Kleinbauern (Art. 49 IVG, Art. 27 ELV, Art. 35 AlVG, Art. 20 EOG, Art. 18 Abs. 3 FLG). Die Rechtsprechung hat ihre Anwendung auch auf die Krankenversicherung ausgedehnt (BGE 102 V 101, EVGE 1969 S. 40 und 1967 S. 14, unveröffentlichtes Urteil vom 3. Juli 1973 i.S. Rimensberger). Und die gleiche Regelung findet sich nun auch im Entwurf zu einem neuen Bundesgesetz über die Unfallversicherung. Im grundlegenden, in EVGE 1967 S. 14 publizierten Urteil ging es allerdings um die Frage der Rückforderung im Verhältnis der Krankenkassen zum Versicherten und nicht zum behandelnden Arzt. Indessen rechtfertigt es sich, diese Rückerstattungsordnung auch dann anzuwenden, wenn nicht der Versicherte, sondern der Arzt von der Krankenkasse nicht geschuldete Leistungen bezogen hat. Das bedeutet also, dass der Rückforderungsanspruch der Krankenkassen gegenüber dem Arzt nach Ablauf eines Jahres verjährt, nachdem die Kasse davon Kenntnis erhalten hat, spätestens aber mit dem Ablauf von 5 Jahren, seitdem ihr die einzelne Rechnung eingereicht worden ist. Darum ist Art. 16

Abs. 6 des Vertrages, wonach Arztrechnungen nur innerhalb von 6 Monaten seit ihrem Eingang bei der PVK angefochten werden können, bundesrechtswidrig. Es fragt sich, wann im vorliegenden Fall die einjährige Verjährungsfrist bezüglich der im Jahre 1968 eingereichten Rechnungen des Dr. G. zu laufen begonnen hat. Grundlage für die Behauptung, der Beschwerdeführer habe sich im Jahre 1968 unökonomischer Behandlungsweise bedient, war für die am Recht stehenden Krankenkassen der statistische Vergleich der durchschnittlichen Behandlungskosten des Beschwerdeführers mit den Behandlungskosten anderer Allgemeinpraktiker des Kantons Luzern im Jahre 1968. Die Behandlungskostenstatistik des Kantons Luzern für das Jahr 1968 war im März 1969 noch nicht erstellt, geschweige denn zur Kenntnis der Kantonalverbände gelangt. Daher war die einjährige Verjährungsfrist noch nicht abgelaufen, als der Kantonalverband am 23. Februar 1970 die PVK ersuchte, die Rechnung des Dr. G. für das Jahr 1968 zu überprüfen und zu kürzen. Durch dieses Begehren ist die Ver-

jährungsfrist rechtsgültig unterbrochen worden.

5. In der Verwaltungsgerichtsbeschwerde wird ferner eingewendet, der Vergleich von Durchschnittszahlen sei zum Nachweis der Überarztung nicht geeignet. Auch dazu hat sich das Eidg. Versicherungsgericht schon wiederholt geäussert und erklärt, dass der statistische Vergleich der durchschnittlichen Behandlungskosten eines Arztes mit denjenigen anderer Ärzte jedenfalls dann nicht willkürlich sei, wenn sich das Vergleichsmaterial hinreichend ähnlich zusammensetze und der Vergleich sich über einen genügend langen Zeitraum erstrecke. Dann würden sich nämlich bloss zufällige Unterschiede mehr oder weniger ausgleichen. Wenn zudem - wie im vorliegenden Fall - von den Fachleuten des Schiedsgerichts erklärt wird, "der Antrag der Beklagten liege an der untern Grenze" und ein weiteres Entgegenkommen könnten die Kassen ihren Versicherten gegenüber wohl kaum noch verantworten, so besteht noch grössere Gewähr, dass das Ergebnis des Beweisverfahrens nicht zu Ungunsten des Beschwerdeführers willkürlich ist. Und wenn überdies die fachlich geprüften Krankenscheine mit dem statistischen Ergebnis im wesentlichen übereinstimmen, so kann die vom Schiedsgericht angewandte Beweismethode des Durchschnittsvergleichs

BGE 103 V 145 S. 155

umso weniger als willkürlich bezeichnet werden (BGE 99 V 196, BGE 98 V 161; RSKV 1970 S. 88). Die Ausführungen in der Verwaltungsgerichtsbeschwerde vermögen auch in diesem Punkt nicht zu einer Änderung der Rechtsprechung zu führen.

6. Für den Fall, dass die Durchschnittsberechnungsmethode auch vorliegend als anwendbar erklärt wird, verlangt der Beschwerdeführer, nicht als Allgemeinpraktiker behandelt zu Werden; vielmehr müssten seine eigenen Rechnungen mit jenen der Kategorie "Beinleiden mit Röntgen", die einen relativ hohen Durchschnitt erreichten, verglichen Werden. Er verweist auf das bei den Akten befindliche Verzeichnis der Behandlungsfälle des Jahres 1969, wo die Beinerkrankungen mit einem "B" bezeichnet seien.
Das erwähnte Verzeichnis umfasst rund 1100 Behandlungsfälle, von denen 71 mit einem "B" bezeichnet sind. In rund 20 von diesen 71 Fällen lautet die Diagnose aber gar nicht auf ein Beinleiden, sondern auf Schwangerschaft, Herzleiden, Lumbalgie, Cystitis, Arteriosklerose, Nervenleiden, Klimakterium, psychisches Leiden, Adipositas, Hypertonie, Ekzem, Diabetes, Rückenleiden, Kreislaufbeschwerden, Halsleiden, Anämie usw. Demnach entfallen von den Behandlungsfällen des Jahres 1969 nur etwa 4 1/2% auf Beinleiden. Daraus kann nicht auf eine rechtlich erhebliche Spezialisierung auf "Beinleiden mit Röntgen" geschlossen werden. Ähnlich dürfte es sich im Jahre 1968 verhalten haben. Wenn der Beschwerdeführer aber geltend machen wollte, es seien bei der Durchschnittsberechnungsmethode auch die - wahrscheinlich bei jeder Arztpraxis vorhandenen - Specifica zu berücksichtigen, so hätte dieser Einwand etwas für sich, wenn ihm nicht schon hinreichend Rechnung getragen wäre. Obschon der Beschwerdeführer nach der vorinstanzlichen Berechnung den kantonalen Durchschnitt im Jahre 1968 um 90% überschritten hat, liess es das Schiedsgericht bei der von den Krankenkassen verlangten Herabsetzung der Rechnungen um 25% bewenden. Die Differenz zwischen dem um 25% reduzierten Behandlungskostendurchschnitt des Dr. G. und dem kantonalen Durchschnitt dient dazu, Behandlungsverteuerungen, die auf individuell-ärztlichem Verhalten beruhen, zu honorieren und damit die ärztliche Behandlungsfreiheit, wie sie in Art. 22ter Abs. 3 KUVG gewährleistet ist, zu respektieren.

BGE 103 V 145 S. 156

7. a) Aus den obigen Darlegungen ergibt sich, dass Dr. G. der in Art. 23 KUVG normierten Vorschrift zur

wirtschaftlichen Behandlungsweise nicht nachgelebt hat. Auf Einzelheiten der masslichen Ermittlung der Überarztung braucht im Hinblick auf die zutreffenden Ausführungen im angefochtenen Entscheid nicht näher eingegangen zu werden. Die Kassen sind daher berechtigt, den Gesamtbetrag der Rechnungen, die ihnen Dr. G. im Jahre 1968 eingereicht hat, um 25% zu kürzen. In diesem Umfang steht ihnen ein Rückforderungsrecht gegenüber dem Beschwerdeführer zu. b) Anders verhält es sich mit den Rechnungen des Jahres 1969, worüber die Vorinstanz - Wie gesagt - nicht hätte befinden dürfen. Da Kürzungen auf diesen Rechnungen prozessual offenbar nicht mehr geltend gemacht werden können, sind die Beträge, soweit auf diesen Rechnungen zurückbehalten, dem Beschwerdeführer auszuzahlen. Bezüglich des Begehrens um Ausrichtung von Verzugszinsen ist darauf hinzuweisen, dass es im Sozialversicherungsrecht grundsätzlich keine Verzugszinsen gibt, sofern sie nicht gesetzlich vorgesehen sind (BGE 101 V 117 Erw. 3). Abweichungen von dieser Regel rechtfertigen sich ausnahmsweise dann, wenn besondere Umstände vorliegen. Derartige Umstände sind im vorliegenden Fall nicht gegeben, so dass ein Anspruch auf Verzugszinsen verneint werden muss.

Dispositiv

Demnach erkennt das Eidg. Versicherungsgericht:
Die Verwaltungsgerichtsbeschwerde wird im folgenden Sinn teilweise gutgeheissen: a) Die Ziff. 1 und 2a des vorinstanzlichen Dispositivs werden aufgehoben; b) Ziff. 2b des vorinstanzlichen Dispositivs wird dahin abgeändert, dass die Krankenkassen für berechtigt erklärt werden, sämtliche im Jahre 1968 eingereichten Behandlungsrechnungen um 25% zu kürzen; c) soweit von den im Jahre 1969 eingereichten Rechnungen Rückbehalte vorgenommen wurden, sind sie von den Kassen dem Beschwerdeführer ohne Verzugszinsen auszuzahlen. Im übrigen wird die Verwaltungsgerichtsbeschwerde abgewiesen.