L 7 Ka 275/71

Land
Hessen
Sozialgericht
Hessisches LSG
Sachgebiet
Vertragsarztangelegenheiten
Abteilung
7
1. Instanz
SG Frankfurt (HES)
Aktenzeichen
-
Datum
10.02.1971
2. Instanz
Hessisches LSG
Aktenzeichen
L 7 Ka 275/71
Datum
28.02.1973
3. Instanz
Bundessozialgericht
Aktenzeichen
-
Datum
-
Kategorie
Urteil
Leitsätze
1) Unter Anspruch im Sinne des § 144 SGG ist nicht der in der ersten Instanz geltend gemachte, sondern der mit der Berufung verfolgte zu verstehen, obwohl die Vorschrift des § 144 nicht in das 2. Änderungsgesetz zum SGG vom 25.6.1958 (BGBl. I S. 409) einbezogen worden ist (Im Anschluß an BSG in SozR SGG § 144 Da 7 Nr. 20).
2) § 9 Abs. 2 BMV (Ärzte) verbietet die Liquidierung von – weiteren – Beratungsgebühren neben Sonderleistungsgebühren auch im Rahmen der GOÄ (Nr. A I 2 c GOÄ). Der Begriff „neben" in dieser Vorschrift sowie in § 5 a E-Adgo gestattet keine Unterscheidung in selbständige (zeitlich sowie sachlich getrennte) und akzessorische (in unmittelbarem Zusammenhang mit der Sonderbehandlung stehende) Beratungen.
3) §§ 182 Abs. 1, 368 f und 368 c RVO umgrenzen die Leistungspflichten der Krankenkassen im Kassenarztrecht dahin, daß nur Leistungen vergütet werden, die tatsächlich erbracht worden sind. Vergebliches Warten auf einen Patienten beinhaltet keine Leistung und ist auch keine Grundlage für den Ansatz einer Verweilgebühr, auch nicht nach den Allgemeinen Bestimmungen zu Nr. 24 GOÄ (Buchstabe c) letzter Satz).
Bemerkung
und L 7 Ka 308/71
Die Berufung des Klägers gegen das Urteil des Sozialgerichts Frankfurt/Main vom 10. Februar 1971 wird zurückgewiesen.

Auf die Anschlussberufung der Beklagten wird dieses Urteil in dem Umfange aufgehoben, in dem sie verurteilt worden ist und die Klage insgesamt abgewiesen.

Die Beteiligten haben einander keine Kosten zu erstatten.

Tatbestand:

Der Kläger ist als Facharzt für Orthopädie zur kassenärztlichen Versorgung Anspruchsberechtigter der RVO- und Ersatzkassen zugelassen.

Mit Bescheid vom 31. Januar 1966 setzte die Beklagte von seiner Abrechnung für das III. Quartal 1967 einmal die Beratungen ab, die er nach der ersten Inanspruchnahme neben Sonder- oder Sachleistungen zum Ansatz gebracht hatte. Zum anderen blieben physikalisch-medizinische Leistungen nach den entsprechenden Nummern der Gebührenordnungen in den Fällen unhonoriert, in denen auf dem Krankenschein der Passus "Patient nicht erschienen" vermerkt war.

Das Widerspruchsverfahren war erfolglos (Widerspruchsbescheid vom 7. Juli 1968). Zur Begründung ist ausgeführt, von der Regelung der Gebührenordnungen, daß neben einer Gebühr für eine Sonderleistung keine Beratungsgebühr erhoben werden dürfe, dürfe nur im besonders begründeten Einzelfall abgewichen werden. Wenn der Kläger die von seinem Hilfspersonal ausgeführten Leistungen als ärztliche und somit als eigene abrechne, dann könne er als Kassenarzt aus dieser Verlagerung keine Vorteile gegenüber denjenigen Kollegen beanspruchen, die auch die ärztlichen Sonderleistungen persönlich ausführen. Komme ein Patient nicht zu dem für die Durchführung physikalisch-medizinischer Sachleistungen vereinbarten Termin, so sei das öffentlich-rechtliche Rechtsverhältnis zwischen Kassenarzt und Kassenärztlicher Vereinigung nicht berührt. Insoweit sei auf das Dienstvertragsrecht des Bürgerlichen Gesetzbuches (BGB) zu verweisen, das im Verhältnis zwischen Arzt und Patient Anwendung finde. Auch mit der von den Krankenkassen an die Kassenärztliche Vereinigung geleisteten Gesamtvergütungen werde die dem Kassenarzt gegenüber seinen Patienten nach § 615 BGB zustehende Vergütung wegen Annahmeverzuges nicht abgegolten. Eine Verweilgebühr stehe ebenfalls nicht zu.

Nachdem der Kläger vor dem Sozialgericht Frankfurt/Main Klage erhoben hatte, erging am 21. November 1968 ein weiterer Bescheid, der

für das III. Quartal 1968 in Fällen vom Terminversäumnissen wiederum nach den entsprechenden Ziffern der E-Adgo und der GOÄ abgerechnete Leistungen absetzte und bei 8 Patienten vermerktes und als Mahngebühr bezeichnetes Porto im Gesamtbetrag von 2,80 DM in Abzug brachte. Hiergegen und gegen den darauf bezüglichen negativen Widerspruchsbescheid vom 18. Februar 1969 hat sich der Kläger gleichfalls mit der Klage gewandt, die das Sozialgericht mit der bereits anhängigen zur gemeinsamen Verhandlung und Entscheidung verbunden hat.

Zur Begründung hat er ausgeführt, die Beklagte verkenne den Sachverhalt und ziehe unrichtige rechtliche Schlußfolgerungen. Was die beanstandeten Beratungen angehe, so handele es sich um Fälle, in denen die Patienten vor oder insbesondere nach dem vereinbarten Besuch der Behandlungsabteilung zur Vornahme von Massage, Streckbehandlungen oder gymnastischen Übungen noch eine Beratung bei ihm wünschten, die manchmal sogar eine Untersuchung geringeren Umfanges nach sich ziehe. Hierfür stehe ihm die Gebühr zu, da sie nicht neben einer Sonder- oder Sachleistung in Ansatz gebracht werde. Folge man der Argumentation der Beklagten, dann würde er gegenüber denjenigen Kollegen benachteiligt, die am Tage der verabfolgten Sonderleistung keine Sprechstunde abhielten. Suchten Patienten den Arzt an einem anderen Tag zur Beratung oder Untersuchung gleichen Umfanges wie bei ihm durchgeführt auf, sei sie ohne weiteres abrechnungsfähig. Überdies könne eine solche zeitliche Trennung von Sonderleistung und Beratung für die Krankenkasse noch mit dem Ersatz höherer Fahrtkosten verbunden sein. Erschienen Patienten nicht zur vereinbarten Behandlung, so sei er zum Ansatz der betreffenden Gebühr berechtigt. Sein Anspruch resultiere unmittelbar aus der Führung einer Kassenpraxis und sei deshalb im Rahmen der kassenärztlichen Versorgung von der Beklagten zu honorieren. Auf den Zivilrechtsweg dürfe er bereits deshalb nicht verwiesen werden, abgesehen davon, daß die unmittelbare Verfolgung von Gebührenansprüchen gegenüber Patienten praktisch unmöglich sei.

Die Beklagte hat auf die Begründung der Widerspruchsbescheide und bezüglich des Begehrens der Honorierung nicht abgenommener Leistungen auf eine Entscheidung des Landessozialgerichts Hamburg vom 20. August 1969 verwiesen.

Mit Urteil vom 10. Februar 1971 hat das Sozialgericht den Bescheid vom 31. Januar 1968 in der Gestalt seines Widerspruchsbescheides insoweit aufgehoben, als Beratungen abgesetzt worden sind. Im übrigen hat es die Klage abgewiesen. In den Entscheidungsgründen hat es ausgeführt, die vom Kläger angesetzten und von der Beklagten in Abzug gebrachten Beratungen stünden nicht in dem untrennbaren zeitlichen und sachlichen Zusammenhang, welcher Nr. A I 2 c GOÄ und Nr. A § 5 a E-Adgo mit ihrer Regelung unter Benutzung des Wortes "neben" meinten. Hierunter fielen zu der Sonderleistung in akzessorischem Verhältnis stehend, nicht eigenständige Beratungen. Um solche habe es sich nach dem unbestritten gebliebenen Vortrag des Klägers aber nicht gehandelt. Er habe seine Beratung im Anschluß an eine Sonderleistung unbestellt zu ihm gekommener Patienten nicht ablehnen dürfen. Der Umstand, daß ein Arzt Sprechstunden abhalte, während bei einigen Patienten Sonderleistungen durchgeführt würden, stelle noch keinen sachlichen Zusammenhang zwischen diesen und den Beratungen her, der aber zugleich mit dem zeitlichen Zusammenhang vorliegen müsse. Eine Verweilgebühr nach Nr. A III 2 c GOÄ für Zeitverlust wegen des Nichterscheinens bestellter Patienten stehe dem Kläger dagegen nicht zu. Das Warten auf einen Patienten werde auch nicht zu einer ärztlichen Behandlung mit dem Recht auf Liquidierung.

Gegen dieses Urteil, das an den Kläger mittels eingeschriebenen Briefes am 24. Februar 1971 abgesandt und der Beklagten am 1. März 1971 zugestellt worden ist, richten sich deren Berufungen, wobei die des Klägers am 12. März und die der Beklagten am 23. März 1971 bei dem Hessischen Landessozialgericht eingegangen ist.

Der Senat hat mit dem Beschluss vom 8. Mai 1972 die Landesverbände der Ortskrankenkassen, F., Betriebskrankenkassen, F., Innungskrankenkassen, W., und den Verband der Angestellten-Krankenkassen, H., – Beigeladene zu 1) bis 4) – gemäß § 75 Abs. 1 des Sozialgerichtsgesetzes (SGG) zum Verfahren beigeladen.

Der Kläger trägt unter Beschränkung seines Begehrens auf die Honorierung nicht in Anspruch genommener Leistungen vor, in seiner Behandlungsabteilung geschehe es häufig, daß fest vereinbarte Termine ohne Benachrichtigung durch die Patienten nicht eingehalten würden. Dadurch entstehe dort ein nicht überbrückbarer Leerlauf. Seine Versuche zivilrechtlicher Geltendmachung von Honorarforderungen seien meist erfolglos geblieben und hätten immer zur Verärgerung geführt. Abgesehen davon halte er sie rechtlich nicht für möglich, weil dem Patienten seitens seiner Kasse Sachleistungen gewährt und keine Behandlungskosten erstattet würden. Besteller und Empfänger sei also die Kasse selbst, der Patient quasi nur Bote. Nehme aber die Kasse bestellte Leistungen nicht ab, so sei sie zahlungspflichtig.

Der Kläger beantragt,
1) das Urteil des Sozialgerichts Frankfurt/Main vom 10. Februar 1971 insoweit aufzuheben, als seine Klage abgesehen von den geltend gemachten Portokosten abgewiesen worden ist und die Beklagte unter entsprechender Aufhebung der Bescheide vom 31. Januar 1968 und 21. November 1968 in der Gestalt ihrer Widerspruchsbescheide zu verurteilen, die gekürzten Leistungen auszuzahlen,
hilfsweise,
festzustellen, daß die Beklagte einen zivilrechtlichen Anspruch auf Rückzahlung dieser Honorarforderungen gegenüber den RVO- und Ersatzkassen habe;
2) die Berufung der Beklagten zurückzuweisen.

Die Beklagte beantragt,
1) das Urteil des Sozialgerichts Frankfurt/Main vom 10. Februar 1971 aufzuheben, soweit sie verurteilt worden ist und die Klage in vollem Umfange abzuweisen,
hilfsweise,
im Wege der Anschlußberufung;
2) die Berufung des Klägers zurückzuweisen.

Zum Antrag unter 2) nimmt sie auf ihr bisheriges Vorbringen, die einschlägige Rechtsprechung und auf die ihrer Meinung nach zutreffende Begründung des erstinstanzlichen Urteils Bezug. Soweit das Sozialgericht aber im übrigen gemeint habe, die vom Kläger durchgeführten Beratungen nach Nr. 1 GOÄ und der entsprechenden Bestimmung der E-Adgo seien unter der Voraussetzung zu honorieren, daß zwischen Sonderleistung und Beratung kein zeitlicher und ursächlicher Zusammenhang bestanden habe, könne ihm zumindest dann nicht gefolgt werden, wenn der betreffende Patient den Kläger wegen desselben Krankheitsbildes am selben Tage aufgesucht habe. Die vom Kläger vorgenommene organisatorische Trennung zwischen Behandlungsabteilung und Sprechstundenpraxis dürfe nicht zur Umgehung der in den

Gebührenordnungen festgelegten Ausschlußbestände führen. Liege ein anderes Krankheitsbild vor, sei sie vorbehaltlich der Zustimmung der Krankenkassen grundsätzlich zur Anerkennung des Klageanspruchs bereit.

Die Beigeladenen zu 1), 2) und 4) schließen sich den Anträgen der Beklagten an, wohingegen sich die Beigeladenen zu 3) nicht gemeldet hat. Sie halten die Voraussetzungen für die Abgabe eines Teilanerkenntnisses nicht für gegeben und verweisen hinsichtlich der Abrechnungsfähigkeit von Beratungen neben Sonderleistungen auf höchstrichterliche Rechtsprechung (Urteil des BSG vom 18.2.1970 – Az.: 6 RKa – 1/69 –). In einem Behandlungsfall im Sinne des § 9 Abs. 2 BMV dürfe auch beim Hinzukommen einer weiteren Krankheit nicht erneut eine Beratungsgebühr berechnet werden. Behandlungsfall sei die gesamte von demselben Arzt innerhalb desselben Kalendervierteljahres an demselben Kranken vorgenommene Behandlung. Eine Beratungsgebühr dürfe zugleich mit einer Gebühr für eine Sonderleistung nur einmal und auch nur dann angesetzt werden, wenn nicht zuvor schon eine Beratungsgebühr berechnet worden sei.

Hierzu entgegnet der Kläger, bei seinen Beratungen am Tage durchgeführter Sonderleistungen handele es sich sowohl um neue Gesichtspunkte bisheriger Krankheiten als auch um neue Erkrankungen dieser Patienten. Organisatorische Gegebenheiten, seiner Praxis hätten damit nichts zu tun. Entscheidend sei, daß seine Beratungen keinen akzessorischen Charakter hätten, wie das Sozialgericht zutreffend herausgestellt habe.

Die Verwaltungsakten der Beklagten und die Akten des Sozialgerichts Frankfurt/Main mit dem Az.: S-5/Ka-43/68 haben vorgelegen. Auf ihren Inhalt und den der Gerichtsakten beider Instanzen, der Gegenstand der mündlichen Verhandlung war, wird Bezug genommen.

Entscheidungsgründe:

Die Berufungen des Klägers und der Beklagten sind – als selbständige Berufungen – gemäß § 151 Abs. 1 des Sozialgerichtsgesetzes (SGG) frist- und formgerecht eingelegt worden. Das Rechtsmittel der Beklagten ist indessen in bezug auf den in Ziff. 1) ihres Berufungsantrages gestellten Hauptantrag im übrigen nicht zulässig. Denn die Absetzung der Beratungsgebühren neben Sonderleistungen betrifft nur das III. Quartal 1967. Der nach Verbindung beider Klagen durch das Vordergericht auch Streitgegenstand gewordene Bescheid vom 21. November 1968 befasst sich nicht damit, sondern ausschließlich mit der Absetzung von Gebühren in Terminsversäumnisfällen. Hiernach kommt § 144 Abs. 1 Ziff. 2 SGG zum Zuge, weil als Honoraranspruch des Klägers eine wiederkehrende Leistung für einen Zeitraum bis zu drei Monaten im Streit steht. Daran ändert nichts, daß im Berufungsverfahren die erstinstanzlich insoweit unterlegene Beklagte den Anspruch verficht. Es bleibt ein Honoraranspruch des Klägers und auf diesen kommt es allein an (Peters-Sautter-Wolff, Anm. 2 a.E. zu § 144 SGG). Der streitige Sachverhalt im Zeitpunkt der letzten mündlichen Verhandlung vor dem Sozialgericht, der zwei Quartale umfaßte, ist nicht maßgebend. Auf die Entscheidung des Bundessozialgerichts (BSG) in SozR SGG § 144 Da 8 Nr. 21 kann sich die Beklagte nicht mit Erfolg beziehen. Zwar ist danach die Berufung nach § 144 Abs. 1 Ziff. 2 SGG nicht ausgeschlossen, wenn Gegenstand des Rechtsstreits Kürzungen des Honorars eines Kassenarztes sind, die sich auf mehrere Vierteljahre erstrecken. Dieser Grundsatz trifft jedoch nicht den vorliegenden Fall. Denn die Beklagte ist durch das Urteil erster Instanz tatsächlich nur bezüglich eines Quartals beschwert. Ihr mit der selbständigen Berufung geltend gemachtes Begehren umfaßt lediglich das Quartal III/67, mithin einen Anspruch auf eine wiederkehrende Leistung für einen Zeitraum bis zu drei Monaten. Hierzu hat das BSG in seinem Urteil vom 23. September 1961 (SozR SGG § 144 Da 7 Nr. 20) ausgeführt, unter Anspruch im Sinne des § 144 SGG sei nicht der in der ersten Instanz geltend gemachte, sondern der mit der Berufung verfolgte zu verstehen. Die Richtigkeit dieser Auffassung, welcher sich der erkennende Senat anschließt, ergibt sich zwingend aus der Neufassung der §§ 145 ff. SGG durch das 2. Änderungsgesetz vom 25.6.1958 (BGBl. I S. 409). Es hat für diese Vorschriften den Willen des Gesetzgebers eindeutig zum Ausdruck gebracht, ohne Rücksicht auf den Streitgegenstand der ersten Instanz die Statthaftigkeit der Berufung von dem Umfang des Anspruchs abhängig zu machen, der mit ihr verfolgt wird. Das muß auch für die Bestimmung des § 144 SGG gelten, obwohl sie keine Änderung erfahren hat. Anderenfalls würde der gesetzgeberische Sinn und Zweck der Berufungsausschlußvorschriften, Streitigkeiten geringeren Umfanges von der zweiten Instanz fernzuhalten, nicht erreicht werden können. Unbeschadet seiner Rechtsauffassung war der Senat aber dennoch in der Lage, über das Berufungsbegehren der Beklagten auch sachlich zu entscheiden. Denn sie hat im Termin zur mündlichen Verhandlung vom 28. Februar 1973 hilfsweise noch eine unselbständige Anschlußberufung eingelegt, die der Form entspricht und als von dem Anspruch des Klägers abhängiger Rechtsbehelf an dessen Berufungsbegehren, das zwei Quartale umfaßt, angekoppelt ist. Die Berufung der Beklagten ist auf ihren Hilfsantrag hin somit in vollem Umfange statthaft, da die Berufung des Klägers nach § 143 SGG uneingeschränkt zulässig ist.

In der Sache war seiner Berufung kein Erfolg beschieden, wohingegen die Anschlußberufung der Beklagten als begründet anzusehen war. Der Auffassung des Vordergerichts konnte für diesen Teil des Rechtsstreits nicht beigetreten werden.

Der streitige Sachverhalt birgt insoweit die Frage in sich, ob der Kläger berechtigt war, im III. Quartal 1967 neben Gebühren für erbrachte physikalisch-medizinische Leistungen für denselben Patienten am selben Tage noch Beratungsgebühren anzusetzen. Das ist in den von der Beklagten konkret beanstandeten Fällen zu verneinen, ohne daß der Senat auf die im Widerspruchsbescheid vom 5. Juli 1968 erwähnten beschränkten Ausnahmemöglichkeiten einzugehen hatte. Denn nach dem Vortrag des Klägers handelte es sich nicht um einzelne Sonderfälle des überraschenden Eintretens einer völlig neuen Situation in dem bisherigen Krankheitsbild, was im übrigen auf dem Behandlungsschein zu vermerken gewesen wäre. Auch hat er zwingende organisatorische Gründe auf seiner Seite nicht geltend gemacht, sondern im Gegenteil betont, die organisatorischen Gegebenheiten seiner Praxis hätten mit dem Beratungsmodus nichts zu tun.

Als in Frage kommende Vorschriften des ärztlichen Gebührenrechts sind das Gebührenverzeichnis der GOÄ (Abschnitt A I 2 c) und Nr. A § 5 a der E-Adgo zu Grunde zu legen. Danach kann eine Beratungsgebühr nach Ziff. 1 (Grundleistung des Abschnitts B) nicht neben einer Leistung nach den Abschnitten C bis G (Sonderleistungen und physikalisch-medizinische Leistungen) in Ansatz gebracht werden (vgl. § 5 a E-Adgo). In § 5 b dieser Vorschrift ist zusätzlich bestimmt, daß neben ärztlichen Verrichtungen der Abschnitte C bis G eine erbrachte Beratung nach Ziff. 1 in einem Behandlungsfall jedoch bei der ersten Verrichtung nach C bis G, aber wiederum nicht dann berechnet werden darf, wenn eine oder mehrere Beratungsgebühren in diesem Behandlungsfall bereits in Ansatz gebracht wurden. Die entsprechende Vorschrift der GOÄ lautet dahin, daß neben einer Gebühr für eine Sonderleistung eine Beratungsgebühr in einem Behandlungsfall nur zusammen mit der ersten Sonderleistung berechnet werden kann. Dieser Satz gilt nicht, wenn in dem Behandlungsfall bereits eine Beratungs- oder Besuchsgebühr angesetzt worden ist.

Nach diesen geltenden Gebührenregelungen ist die gleichzeitige Berechnung einer Beratung und einer Sonderleistung nur mit der ersten

Sonderleistung des Behandlungsfalles zulässig und das auch nur dann, wenn nicht schon zuvor eine Beratungsgebühr angesetzt worden war. Ob diese Beratung nun selbständig oder akzessorisch, wie das Sozialgericht interpretiert hat, unmittelbar nach der Sonderbehandlung oder zu anderer Stunde erfolgt, ist dabei rechtlich unbeachtlich. Der Begriff "neben", auf den der Kläger in seinem Vortrag abgehoben hat und den das Sozialgericht nur auf die Fälle bezieht, in denen die Beratung zeitlich und sachlich untrennbar mit der Erbringung der Sonderleistung verbunden ist, ist zwar tatsächlich auf den zeitlichen Zusammenhang bezogen (s. Komm. von Brück zur GOÄ Anm. 12 zu A I 2). Er kann aber durchaus lockerer sein, so daß Sonderleistung und Beratung auf zwei verschiedene Tage fallen. Die vom Kläger gebrachten Einwände in bezug auf seine Benachteiligung gegenüber Kollegen, die an anderen Tagen als solchen, an denen Sachleistungen durchgeführt werden, von ihren Patienten aufgesucht werden, gehen daher fehl. Auch aus dieser Handhabung folgt keine Berechtigung für den Ansatz weiterer Beratungsgebühren, ohne daß eine Akzessorietät von Bedeutung ist. Die zwei Fallgruppen, welche das Vordergericht gebildet hat, ergeben sich keinesfalls aus der Auslegung des Begriffs "neben". Die denkbare Unterscheidung im entsprechenden Sinne wäre vielmehr allein aus dem Wort "Behandlungsfall" abzuleiten. Denn es könnten Fälle möglich sein, in denen Beratungen, so wie sie der Kläger im beanstandeten Quartal vorgenommen hat, in keinem Zusammenhang mit der Sonderleistung desselben Tages stehen, weil sie ein anderes Krankheitsbild betreffen. Eine andere – neue – Erkrankung kann nach Brück (Anm. 15) allerdings einen neuen Behandlungsfall erst nach sich ziehen, wenn der vorhergehende abgeschlossen und eine angemessene Zeitspanne abgelaufen ist (das z.B. bei einem Rezidiv derselben Krankheit, sonst aber bei Behandlung einer anderen Krankheit nach der erstbehandelten). Diese oder ähnliche Erwägungen über Beratungen in verschiedenen Krankheitsfällen führen jedoch im Kassenarztrecht nicht zum Auseinanderklaffen des Behandlungsfalles. Denn nach § 9 Abs. 2 des Bundesmantelvertrages (BMV) ist die gesamte von demselben Arzt innerhalb desselben Kalendervierteljahres an denselben Kranken vorgenommene Behandlung ein und derselbe Behandlungsfall, was Brück-Guillemet im Kommentar zur E-Adgo für A § 5 in Anm. 6 gleichfalls besonders betonen. Teilbar ist eine Beratung nicht. Nach ihrer Meinung darf, wenn die Berechnung einer Beratungsgebühr überhaupt statthaft ist, diese nur einmal in Rechnung gestellt werden, selbst wenn es sich um mehrere Krankheiten handelt. Dasselbe regelt § 9 Abs. 2 BMV in seinem zweiten Satz, wenn es dort heißt, ein einheitlicher Behandlungsfall liege auch dann vor, wenn sich aus der zuerst behandelten Krankheit eine andere entwickelt oder während der Behandlung hinzutritt oder wenn der Kranke, nachdem er eine Zeitlang einer Behandlung nicht bedurfte, innerhalb desselben Kalendervierteljahres wegen derselben oder einer anderen Krankheit von demselben Arzt behandelt wird. Hieran muß sich der Kläger festhalten lassen. Schwierigkeiten der Auslegung, die sich nach dem Kommentar von Heinemann. Liebold zum Kassenarztrecht (Anm. 1 a zu § 9 BMV) nach Inkrafttreten der GOÄ deshalb ergaben, weil in der allgemeinen Bestimmung des Gebührenverzeichnisses unter A I 2 c unter dem Begriff "Behandlungsfall" abweichend vom Kassenarztrecht ein Fall verstanden wurde, der nicht auf ein Abrechnungsquartal beschränkt ist, sind durch die gemeinsame Empfehlung (E 1) der Kassenärztlichen Bundesvereinigung und der Bundesverbände der Orts-, Land-, Betriebs- und Innungskrankenkassen ausgeräumt worden. Danach ist für die Anwendung der GOÄ im Bereich der kassenärztlichen Versorgung davon auszugehen, daß Behandlungsfall in der einschlägigen Vorschrift im Sinne der Definition des § 9 Abs. 2 BMV zu verstehen ist.

Hiervon ausgehend folgt der erkennende Senat dem BSG in seinem Urteil vom 18. Februar 1970 (Az.: 6 RKa 1/69), das dort ausgeführt hat; neben einer zweiten oder weiteren Sonderleistung sei die Beratungsgebühr in einem Behandlungsfall im Sinne des § 9 Abs. 2 BMV nicht mehr berechnungsfähig. Dem missverständlich formulierten Satz 3 in Abschnitt A I 2 c GOÄ hat es keine rechtliche Bedeutung beigemessen, ihn vielmehr gleichfalls sinnentsprechend ausgelegt. Die in dieser Entscheidung anschließend diskutierte Frage, die dahingehend bejahend beantwortet worden ist, daß der Arzt bei Berechnung von Sonderleistung und – weiterer – Beratung unter den beiden in Betracht kommenden Gebührenpositionen wählen und sich für die höherwertige entscheiden könne, stellte sich vorliegend nicht. Denn die in der mündlichen Verhandlung vom 28. Februar 1973 vorgenommene Prüfung der Abrechnungsunterlagen hat ergeben, daß die für den Kläger in Betracht kommenden Sonderleistungsgebühren in allen beanstandeten Fällen des III. Quartals 1967 höher gelegen haben, als die daneben und zusätzlich zur Abrechnung gestellten Beratungsgebühren der einschlägigen Gebührenordnungen.

Nach alledem war die Anschlußberufung der Beklagten im Gegensatz zu der in der Sache beschränkten Berufung des Klägers erfolgreich.

Ihm stehen in Fällen, in denen Patienten zum vereinbarten Sonderbehandlungstermin unentschuldigt nicht erschienen sind, die entsprechenden Gebühren für die vorgesehenen Leistungen physikalisch-medizinischer Art nicht zu. Denn er hat diese Leistungen tatsächlich nicht selbst erbracht oder durch sein Hilfspersonal erbringen lassen. Zwar ist es richtig, daß die ärztliche Behandlung gemäß § 182 Abs. 1 der Reichsversicherungsordnung (RVO) als Sachleistung von den Trägern der gesetzlichen Krankenversicherung gewährt wird. Damit wird der Patient aber nicht deren "Bote". Die unmittelbare Verrechnung mit der zuständigen Krankenkasse ist ausgeschlossen, weil die Honorierung der kassenärztlichen Versorgung in § 368 f RVO erschöpfend geregelt ist. Für Versäumnisse eines Mitgliedes kann die Versicherungsgemeinschaft nach herrschender Auffassung nicht belastet werden. Hierbei ist der Gedanke maßgebend, daß diese Gemeinschaft nicht für Leistungsstörungen (in Form eines Annahmeverzuges) einzustehen hat, die in den persönlichen Verantwortungsbereich des einzelnen Versicherten fallen (s. Urteil des BSG v. 18.2.1970 – Az.: 6 RKa 29/69). Nach der von der Rechtsprechung entwickelten Begriffsbestimmung ist als ärztliche Behandlung gemäß § 182 Abs. 1 RVO die auf Erkennung, Heilung oder Linderung der Krankheit oder ihrer Auswirkungen gerichtete, auf medizinisch-wissenschaftlicher Erkenntnis beruhende Tätigkeit des Arztes oder seiner Gehilfen zu verstehen (Handbuch der Krankenversicherung von Peters, S. 274 ff. Der Anspruch des Versicherten auf ärztliche Behandlung umfaßt alle Leistungen, die nach den Regeln der ärztlichen Kunst hierfür zweckmäßig und ausreichend sind (§ 368 e RVO). Damit ist die Leistungspflicht der Krankenkassen klar umgrenzt. Sie umfasst nur die Leistungen, welche tatsächlich erbracht wurden.

Der Kläger hat darüber hinaus aber auch keinen ersatzweisen Anspruch auf eine Verweilgebühr nach Nr. 24 GOÄ und den dazugehörigen Allgemeinen Bestimmungen oder nach Abschnitt A § 14 E-Adgo. Die letztere Bestimmung ist ganz klar dahin gefaßt, daß eine Verweilgebühr nur erhoben werden darf, wenn der Arzt nach Beschaffenheit des Krankheitsfalles länger als eine halbe Stunde verweilen muß. Damit ist eine tätige Bereitschaft außerhalb der Ausführungszeit für eine in der E-Adgo genannte Leistung gemeint, weshalb es zu einer berechnungsfähigen Leistung an sich nicht kommt, keinesfalls aber Zeitversäumnis anläßlich oder wegen des Nichterscheinens eines bestellten Kranken (vgl. Brück-Guillemet Anm. 1 b zu A § 14 E-Adgo). Die Frage, ob ein Zeitversäumnis hier in den konkreten streitigen Fällen schon deshalb gar nicht eintreten konnte, weil das Nichterscheinen die organisatorisch getrennte Behandlungsabteilung des Klägers und nicht seine Sprechstundenpraxis berührte, weshalb seine eigene tätige Bereitschaft von vornherein nicht vorgesehen war, konnte der Senat in Wertung der eindeutig gebührenrechtlichen Bestimmung unbeantwortet lassen, obwohl sie grundsätzlich für eine eingeengte Auslegung in dieser Weise zu sprechen scheint.

Nach den Allgemeinen Bestimmungen zu Nr. 24 GOÄ unter Buchst. c), letzter Satz, soll die Verweilgebühr zwar auch für den Zeitverlust berechnet werden dürfen, der dadurch entsteht, daß ein Kranker nicht zu der mit dem Arzt vereinbarten Zeit erscheint. Satz 1 und 2 unter

Buchst. c) lauten dahin, daß eine Verweilgebühr entsteht, wenn der Arzt nach der Beschaffenheit des Krankheitsfalles länger als eine halbe Stunde verweilen muß, wobei der für die Berechnung einer Leistung erforderliche Zeitaufwand mit der Gebühr für die Leistung abgegolten ist. Schmatz-Goetz-Matzke interpretieren in ihrem Kommentar zur GOÄ diese Bestimmungen dahin, der Arzt könne, wenn ihm ein erhöhter Zeitaufwand dadurch entstehe, daß der Patient nicht pünktlich zu der vereinbarten Behandlung erscheine, diesen durch den Ansatz der Verweilgebühr nach Nr. 24 geltend machen. Brücke schließt sich in seinem Kommentar zur GOÄ in Anm. 24 zu den Allgemeinen Bestimmungen A III dieser Auffassung mit der Maßgabe an, daß die Berechnung erst nach Ablauf einer halben Stunde erfolgen dürfe, d.h. dann, wenn der Kranke länger als 30 Minuten auf sich habe warten lassen. Erscheine er gar nicht am Bestelltage, erfolge die Berechnung nach Nr. 24 höchstens für diejenige Zeit, die der Arzt für die beabsichtigte Leistung voraussichtlich benötigt hätte, es sei denn, daß er währenddessen seine Berufstätigkeit durch Untersuchung anderer Patienten habe ausüben können. Soweit gehen Schmatz-Goetz-Matzke dagegen nicht. Sie halten die Allgemeinen Bestimmungen zu Nr. 24 GOÄ unter c) insoweit für missverständlich, als aus ihnen geschlossen werden könne, daß sowohl der Fall der Verspätung des Kranken als auch der des Nichterscheinens damit habe umfaßt werden sollen. Hierin folgt ihnen der Senat. Er hält es im Hinblick auf §§ 615 bff., 324 BGB für unvertretbar, den Annahmeverzug im Falle eines Dienstvertrages, wie er im Innenverhältnis Arzt – Patient vorliegt, in Nr. 24 GOÄ überhaupt unterzubringen und darüber hinaus speziell zu regeln, insbesondere auch was die Höhe der aus dem Verzuge resultierenden Ansprüche angeht. Das umso mehr, als die Allgemeinen Bestimmungen unter c) nicht klar gefaßt sind. Wenn es dort im letzten Satz heißt, die Verweilgebühr dürfe auch für den Zeitverlust berechnet werden, der dadurch entstehe, daß ein Kranker nicht zu der vereinbarten Zeit erscheint, dann ist keinesfalls gesagt, daß sowohl der Fall der Verspätung als auch der des völligen Fernbleibens umfaßt ist. Aus allgemeinen Erwägungen des ärztlichen Gebührenrechts, vor allem in Einbeziehung und Wertung der entsprechenden Bestimmung der E-Adgo, ist viel eher davon auszugehen, daß allenfalls der Fall der Verspätung angesprochen sein sollte.

Für diese Gedankengänge bezieht sich der Senat wiederum auf die Entscheidung des BSG vom 18. Februar 1970 (Az.: 6 RKa 29/69). Dort ist im einzelnen ausgeführt, warum und wodurch für das Gebiet des kassenärztlichen Rechts das unentschuldigte Fernbleiben eines Patienten zum vereinbarten Termin die Erhebung einer Verweilgebühr ausschließt. Wenn die Versichertengemeinschaft für Leistungsstörungen dieser Art bei Zahnärzten nicht einzustehen hat, dann muß das auch für die Ärzte bei Abrechnung nach der E-Adgo und nach der GOÄ gleichermaßen gelten. Anderenfalls würde man dem Sinn und Zweck des durch Bezugnahme ineinander verzahnten Gebührengefüges nicht gerecht. Diese Auffassung hat sich der Verfasser des von der Beklagten mit Schriftsatz vom 22. Januar 1973 eingereichten Artikels aus dem Deutschen Ärzteblatt (Heft 44, vom 31. Oktober 1970 S. 3316 ff.), Rechtsanwalt Dr. H. in K., ebenfalls zu eigen gemacht. Er sagt zutreffend, das BSG habe auf dem Gebiet der Anwendung der Ersatzkassenvertrags-Zahnärzte Feststellungen zur Auslegung der Gebührenordnung getroffen, die wegen gleicher Rechtslage auch für die kassenärztliche Abrechnung Gültigkeit hätten. Aus diesem Urteil des BSG folgt nach Meinung des Senats daher ganz allgemein der Grundsatz, daß der Arzt der Krankenkasse auch in Ansehung der Nr. 24 GOÄ eine Verweilgebühr nicht in Rechnung stellen darf, wenn ein Kassenpatient einen vereinbarten Termin unentschuldigt versäumt. Denn eine solche ist eben nur für eine nach der Beschaffenheit des Krankheitsfalles gebotene tätige Bereitschaft des Arztes vorgesehen und lediglich unter dieser Prämisse von der Kasse zu tragen. Die Bereithaltung eines unter Umständen leer gebliebenen Zeitraumes wird nicht zur ärztlichen Behandlung im Sinne der gesetzlichen Krankenversicherung.

Darüber, ob und inwieweit der Kläger auf dem Zivilrechtswege anspruchsberechtigt ist, hatte der erkennende Senat ebenso wenig wie das BSG a.a.O. zu befinden. Mangels Zulässigkeit des Rechtsweges und sachlicher Zuständigkeit konnte auch keine Entscheidung über den Hilfsantrag ergehen.

Die Entscheidung über die Kosten folgt aus § 193 SGG.
Rechtskraft
Aus
Login
HES
Saved
2007-10-02