

L 11 KA 94/13

Land
Nordrhein-Westfalen
Sozialgericht
LSG Nordrhein-Westfalen
Sachgebiet
Vertragsarztangelegenheiten
Abteilung

11
1. Instanz
SG Düsseldorf (NRW)
Aktenzeichen
S 14 KA 268/12
Datum

28.08.2013
2. Instanz
LSG Nordrhein-Westfalen
Aktenzeichen
L 11 KA 94/13
Datum

28.10.2015
3. Instanz
Bundessozialgericht
Aktenzeichen

-
Datum

-
Kategorie
Urteil

Die Berufung der Klägerin wird zurückgewiesen. Die Klägerin trägt auch die Kosten des Berufungsverfahrens. Die Revision wird nicht zugelassen.

Tatbestand:

Die Klägerin wendet sich gegen eine sachlich-rechnerische Richtigstellung.

Die Klägerin ist ein medizinisches Versorgungszentrum mit den Fachrichtungen radiologische Diagnostik, Strahlentherapie und Nuklearmedizin, das in X zur vertragsärztlichen Versorgung zugelassen ist und dem Fachärzte für Radiologie, Fachärzte für Diagnostische Radiologie, Fachärzte für Nuklearmedizin, Fachärzte für Neuroradiologie und Fachärzte für Strahlentherapie angehören.

Im Dezember 2010 übersandten die Klägerin bzw. die B Überörtliche Gemeinschaftspraxis für Pneumologie, Allergologie, Schlafmedizin Dres. U und Kollegen, X, (im Folgenden: B) der Beklagten einen zwischen der B und der Klägerin geschlossenen "Vertrag zur Erbringung gerätebezogener Leistungen gemäß § 15 Abs. 3 BMV-Ä bzw. 14 Abs. 2 AEKV-Ä" vom 15.09.2010 zur Überprüfung. Nach dessen Vorbemerkung kooperieren die Vertragsbeteiligten im vertragsärztlichen Bereich beim konventionellen Röntgen des Thorax als Leistungserbringergemeinschaft i.S.d. § 15 Abs. 3 Bundesmantelvertrag-Ärzte (BMV-Ä). Die Klägerin übernimmt die Verpflichtung, an einem Standort der B auf ihre Kosten einen Bucky-Arbeitsplatz mit Rasterwandgerät und digitalen Speicherfolien sowie eine DICOM-Worklist zu installieren und auf ihre Kosten deren einwandfreie Funktion sicherstellen (§ 2 Abs. 2, 3 des Vertrages). Nach § 3 Abs. 1 des Vertrages übernehmen die Ärzte von B, die über die erforderlichen Qualifikationsvoraussetzungen gemäß § 11 BMV-Ä bzw. § 39 Bundesmantelvertrag-Ärzte/Ersatzkassen (EKV-Ä) für konventionelles Thorax-Röntgen verfügen, unter Einsatz des dazu qualifizierten eigenen nichtärztlichen Personals die Indikationsstellung, Aufklärung und technische Untersuchungsleistung sowie deren ärztliche Überwachung. § 2 Abs. 1 des Vertrages sieht vor, dass die Klägerin nach Überweisung der Ärzte von B von dem Thorax-Röntgen bei Patienten der gesetzlichen Krankenversicherung die Befundung, die Befundmitteilung und die Archivierung der Patientenunterlagen übernimmt und die Gesamtleistungen bei der Beklagten abrechnet. Letztere Regelung wiederholt § 4 Abs. 1 des Vertrages, nach dem die Klägerin die Gesamtleistung gegenüber der Beklagten selbständig und auf eigenes Risiko abrechnet.

Unter dem 12.01.2011 wies die Beklagte die Klägerin und die B daraufhin, dass sich nach § 15 Abs. 3 BMV-Ä Vertragsärzte bei gerätebezogenen Untersuchungsleistungen zur gemeinschaftlichen Leistungserbringung mit der Maßgabe zusammenschließen könnten, dass die ärztlichen Untersuchungsleistungen nach fachlicher Weisung durch einen der beteiligten Ärzte persönlich in seiner Praxis oder in einer gemeinsamen Einrichtung durch einen gemeinschaftlich beschäftigten angestellten Arzt erbracht würden. Bei Erfüllung dieser Voraussetzungen seien die Leistungen persönliche Leistungen des jeweils anweisenden Arztes, der an der Leistungserbringergemeinschaft beteiligt sei. Davon ausgehend bedürfe § 3 Abs. 1 des vorgelegten Vertrages der Modifikation. Die abzurechnende Leistung müsse persönlich in der Praxis der Klägerin oder in einer gemeinsamen Einrichtung durch die Klägerin oder durch einen gemeinschaftlich beschäftigten Arzt erbracht werden.

Die Klägerin vertrat demgegenüber die Auffassung, weder aus dem Wortlaut der §§ 15 Abs. 3 BMV-Ä / 14 Abs. 2 EKV-Ä, §§ 24 BMV-Ä / 27 EKV-Ä noch aus deren Sinn und Zweck ergebe sich die Unzulässigkeit der vorgesehenen Überweisungen von Patienten durch B an sie. Dies sei auch sinnvoll und erforderlich. Die Fachnähe gebiete eine Befundung durch Radiologen, die auch die ärztliche Verantwortung trügen. Darüber hinaus werde den Patienten der zusätzliche Weg zu der radiologischen Praxis erspart.

Die Beklagte, die bei ihrer Auffassung verblieb (Schreiben vom 02.03.2011), dass eine förmliche Überweisung zu Abrechnungszwecken nicht

in Betracht komme, holte eine Stellungnahme der Kassenärztlichen Bundesvereinigung ein. Diese teilte mit Schreiben vom 18.07.2011 mit, die Thoraxröntgenaufnahme sei nach § 15 Abs. 3 BMV-Ä die persönliche Leistung des anweisenden Arztes der B, der die Röntgenaufnahme dementsprechend zu berechnen habe. Daran ändere auch nichts, dass die Befundung durch die Klägerin erfolge. Diese sei dem anweisenden Arzt der B als persönliche Leistung zuzurechnen. Die für die Abrechnung der Thoraxröntgenaufnahme notwendige vollständige Erbringung der Leistungsinhalte der Gebührenposition sei dem anweisenden Arzt zurechnen, eine Abrechnung durch die Klägerin sei nicht möglich.

Mit Bescheid vom 12.09.2011 berichtigte die Beklagte die Abrechnung der Klägerin für das Quartal II/2011. Gegenstand der Berichtigung waren 519 Überweisungen der B. Zur Begründung der Entscheidung führte die Beklagte aus, nach § 15 Abs. 3 BMV-Ä bzw. § 14 Abs. 2 EKV-Ä könnten gemeinschaftlich erbrachte Leistungen nur dem anweisenden Arzt als persönliche Leistung zugeordnet werden. Innerhalb einer Leistungserbringergemeinschaft sei es weder erforderlich noch zulässig, Überweisungen nach § 24 BMV-Ä bzw. § 27 EKV-Ä auszustellen.

Mit ihrem Widerspruch führte die Klägerin aus, die Berichtigung beziehe sich auf Leistungen im Rahmen des Thorax-Röntgens, die sie aufgrund von Überweisungen der B abgerechnet habe. Dies entspreche dem mit der B geschlossenen Vertrag zur Erbringung gerätebezogener Leistungen. Es treffe zu, dass die im Rahmen der Leistungserbringergemeinschaft gemeinsam erbrachten Leistungen als persönliche Leistung des jeweils anweisenden Arztes anzusehen seien. Dass in diesem Zusammenhang Überweisungen unzulässig seien, ergebe sich aber weder aus dem Wortlaut der §§ 15 Abs. 3 BMV-Ä, 14 Abs. 2 EKV-Ä noch aus deren Sinn und Zweck.

Die Beklagte wies den Widerspruch ebenso wie den Widerspruch der Klägerin gegen den gleichlautenden Berichtigungsbescheid vom 03.01.2012 für das Quartal III/2011 mit Widerspruchsbescheid vom 18.04.2012 u.a. mit der Begründung zurück, § 15 Abs. 3 BMV-Ä und § 14 Abs. 2 EKV-Ä stellten auf den jeweils anweisenden Arzt ab. Im Rahmen der Leistungserbringergemeinschaft seien Überweisungen bezüglich der Erbringung der technischen Leistungen nicht notwendig. Die Thorax-Röntgenaufnahme sei persönliche Leistung des anweisenden Arztes (hier: B). Dieser nutze die Röntgeneräte der Leistungserbringergemeinschaft und müsse die Röntgenaufnahme entsprechend berechnen. Daran ändere sich durch die Befundung durch die Klägerin nichts, diese sei dem anweisenden Arzt zuzurechnen.

Mit ihrer Klage vom 14.05.2012 hat die Klägerin auf ihre Widerspruchsbegründung Bezug genommen und im Übrigen erklärt, dass Teile des ärztlichen Personals von B über die Genehmigung für die Durchführung radiologischer Leistungen verfügten. B leiste die technische Durchführung der radiologischen Leistungen, während sie, die Klägerin, die Befundung vornehme. Die Abrechnung radiologischer Leistungen sei für B wirtschaftlich weniger attraktiv als für sie.

Die Klägerin hat beantragt,

die Bescheide der Beklagten vom 12.09.2011 und 03.01.2012 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 18.04.2012 aufzuheben.

Die Beklagte hat beantragt,

die Klage abzuweisen.

Das Sozialgericht (SG) Düsseldorf hat die Klage mit Urteil vom 28.08.2013 abgewiesen. Die Bescheide der Beklagte seien rechtmäßig, da die Abrechnungen der Klägerin nicht mit den Abrechnungsvorgaben übereinstimmten. Das Modell der Leistungserbringergemeinschaft gründe auf der zentralen Figur des anweisenden Arztes, die die Erfüllung des Grundsatzes der persönlichen Leistungserbringung durch jeden an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Arzt sicherstelle. Nur dieser sei zur Abrechnung befugt. Soweit die Klägerin auf Überweisungen abstelle, dringe sie damit nicht durch, denn die Regelungen zur Leistungserbringergemeinschaft seien die spezielleren Regelungen.

Gegen das am 26.09.2013 zugestellte Urteil richtet sich die Berufung der Klägerin vom 14.10.2013, mit der sie ihr Begehren weiterverfolgt.

Der Senat hat die Verfahren getrennt. Soweit das Quartal II/2011 betroffen ist, wird der Rechtsstreit unter dem Aktenzeichen [L 11 KA 94/13](#) fortgeführt. Auf den Beschluss vom 26.05.2014 wird verwiesen.

Die Klägerin hat in Ergänzung ihres erstinstanzlichen Vortrags vorgetragen, mit der Einführung der Leistungserbringergemeinschaft des § 15 Abs. 3 BMV-Ä zum 01.07.1994 sei eine vertragsarztrechtlich zulässige Durchbrechung des Grundsatzes der persönlichen Leistungserbringung des § 15 Abs. 1 BMV-Ä für gerätebezogene Untersuchungsleistungen bezweckt. Vertragsärzte könnten sich insoweit außerhalb von Berufsausübungsgemeinschaften zur gemeinschaftlichen Leistungserbringung zusammenschließen. Dabei müsse der abrechnende Arzt die Untersuchungsleistung nicht selbst erbringen. Nicht ausgeschlossen sei also, dass auch mehrere Mitglieder der Gemeinschaft die Leistung gemeinschaftlich erbrächten. Ein solches Verbot wäre auch unsinnig, weil es bei gerätebezogenen Untersuchungsleistungen durchaus sinnvoll sein könne, dass zwei Ärzte mit verschiedenen Fachkompetenzen teilnähmen. Zweck der in Rede stehenden Regelung sei die Ausnahme von dem Grundsatz der persönlichen Leistungserbringung, nicht aber das Verbot der Leistungserbringung durch mehrere Ärzte. Es bestehe auch kein Verbot, dass der Arzt der Leistungserbringergemeinschaft, der den Erstkontakt mit dem Patienten habe und die Indikation stelle, eine Überweisung i.S.d. § 24 BMV-Ä vornehme und die Anweisung einem anderen Mitglied der Leistungserbringergemeinschaft überlasse. Seine Auffassung, § 15 Abs. 3 BMV-Ä sei gegenüber den Regelungen zur Überweisung in § 24 BMV-Ä spezieller, begründe das SG nicht. Vielmehr sei es sinnvoll, dass die Indikationsstellung, Aufklärung sowie die technische Untersuchungsleistung und deren ärztliche Überwachung die Pulmologen übernähmen, weil sie den Erstkontakt mit dem Patienten hätten und der Patient sich nicht auf einen neuen Untersuchungstermin an einem anderen Ort einstellen müsse, sondern die Untersuchung sofort nach Indikationsstellung durchgeführt werden könne. Ebenso sinnvoll sei es, dass die Befundung einschließlich Befundmitteilung und Archivierung der Patientenunterlagen die Radiologen übernähmen, weil sie insoweit fachnäher seien. Damit läge es mehr als nahe, dass sie diese Leistung auch abrechneten, weil sie den wesentlichen Teil der ärztlichen Verantwortung trügen und deshalb auch gegenüber dem Patienten hafteten.

Die Klägerin beantragt,

das Urteil des Sozialgerichts Düsseldorf vom 28.08.2013 abzuändern und den Bescheid der Beklagten vom 12.09.2011 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 18.04.2012 aufzuheben.

Der Beklagte, die das erstinstanzliche Urteil für zutreffend erachtet, beantragt,

die Berufung der Klägerin zurückweisen.

Wegen der weiteren Einzelheiten des Sach- und Streitstands wird auf den Inhalt der Gerichtsakten sowie der Verwaltungsvorgänge der Beklagten Bezug genommen.

Diese waren Gegenstand der mündlichen Verhandlung.

Entscheidungsgründe:

Die zulässige Berufung der Klägerin ist nicht begründet.

Das SG hat die Klage zu Recht abgewiesen; die Klägerin ist durch den Bescheid der Beklagten vom 12.09.2011 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 18.04.2012 nicht beschwert i.S.d. [§ 54 Abs. 2](#) Sozialgerichtsgesetz (SGG), da dieser rechtmäßig ist. Der Senat nimmt auf die zutreffenden Entscheidungsgründe des Urteils des SG Bezug ([§ 153 Abs. 2 SGG](#)) und führt ergänzend aus:

Rechtsgrundlage der sachlich-rechnerischen Richtigstellung ist [§ 106a Abs. 2 Satz 1](#) Fünftes Buch Sozialgesetzbuch (SGB V) i.d.F. des GKV-Modernisierungsgesetzes vom 14.11.2003 ([BGBl I 2190](#), 2217, insofern in der Folgezeit unverändert). Danach stellt die Kassenärztliche Vereinigung die sachliche und rechnerische Richtigkeit der Abrechnungen der Vertragsärzte fest; dazu gehört auch die artzbezogene Prüfung der Abrechnungen auf Plausibilität sowie die Prüfung der abgerechneten Sachkosten. Die Prüfung auf sachlich-rechnerische Richtigkeit der Abrechnungen des Vertragsarztes zielt auf die Feststellung, ob die Leistungen rechtmäßig, also im Einklang mit den gesetzlichen, vertraglichen oder satzungsrechtlichen Vorschriften des Vertragsarztrechts - mit Ausnahme des Wirtschaftlichkeitsgebots -, erbracht und abgerechnet worden sind (zuletzt BSG, Urteil vom 13.05.2015 - [B 6 KA 27/14 R](#) - m.w.N.).

Auch für Leistungen, die ein Arzt unter Verstoß gegen das Gebot der persönlichen Leistungserbringung erbringt, steht ihm nach ständiger Rechtsprechung kein Honorar zu. Der Anspruch auf die Vergütung hängt davon ab, dass die Leistungen nicht unter Verstoß gegen das Gebot der persönlichen Leistungserbringung aus [§ 15 Abs. 1 Satz 1 SGB V](#), § 32 Abs. 1 Satz 1 Ärzte-ZV, § 15 Abs. 1 Satz 1 BMV-Ä erbracht wurden (BSG a.a.O. m.w.N., ausführlich Senat, Urteil vom 25.09.1996 - [L 11 Ka 41/96](#) -). Für Leistungen, die nicht durch den Vertragsarzt persönlich erbracht werden, besteht ein Anspruch auf Vergütung nur, wenn die Voraussetzungen einer Ausnahmeregelung vorliegen (BSG a.a.O. m.w.N.). Daran fehlt es hier bezogen auf die von der Klägerin zur Abrechnung gestellten radiologischen Leistungen, die Gegenstand der streitgegenständlichen sachlich-rechnerischen Richtigstellung durch die Beklagte sind.

§ 15 Abs. 1 Satz 1 BMV-Ä bestimmt, dass jeder an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmende Arzt verpflichtet ist, die vertragsärztliche Tätigkeit persönlich auszuüben. Dies ist vorliegend seitens der Klägerin nicht geschehen. Die streitgegenständlichen radiologischen Leistungen wurden vielmehr von B und nicht von der Klägerin erbracht. Die allein von der Klägerin vorgenommene Befundung rechtfertigt nicht die Abrechnung der radiologischen Leistung. Der zu einer Abrechnung berechtigende Tatbestand einer Leistung des Einheitlichen Bewertungsmaßstabes (EBM) ist erst erfüllt, wenn alle einzelnen Tatbestandsmerkmale (z.B. bei der Nr. 34220 EBM "Röntgenaufnahmen des knöchernen Thorax und/oder seiner Teile" einschließlich Beurteilung, obligatorischer schriftlicher Befunddokumentation, Befunde nach der Nr. 01600 EBM sowie Briefe nach der Nr. 01601 EBM an den auftraggebenden Arzt sowie ggf. Eintragung in ein Röntgennachweisheft (vgl. Abs. 4 der Präambel 34.1. EBM)) persönlich von dem abrechnenden Arzt erbracht worden sind.

Als Regelung, die eine Ausnahme von dem vorgenannten Gebot der persönlichen Leistungserbringung zulässt, kommt vorliegend allein § 15 Abs. 3 BMV-Ä in Betracht, der bestimmt:

Vertragsärzte können sich bei gerätebezogenen Untersuchungsleistungen zur gemeinschaftlichen Leistungserbringung mit der Maßgabe zusammenschließen, dass die ärztlichen Untersuchungsleistungen nach fachlicher Weisung durch einen der beteiligten Ärzte persönlich in seiner Praxis oder in einer gemeinsamen Einrichtung durch einen gemeinschaftlich beschäftigten angestellten Arzt nach § 32 b Ärzte-ZV erbracht werden. Die Leistungen sind persönliche Leistungen des jeweils anweisenden Arztes, der an der Leistungsgemeinschaft beteiligt ist. Sind Qualifikationsvoraussetzungen gemäß § 11 dieses Vertrages vorgeschrieben, so müssen alle Gemeinschaftspartner und ein angestellter Arzt nach § 32 b Ärzte-ZV, sofern er mit der Ausführung der Untersuchungsmaßnahmen beauftragt ist, diese Voraussetzungen erfüllen.

Die Tatbestandsvoraussetzungen dieser Regelung sind jedoch nicht in dem Sinne erfüllt, dass die Klägerin zur Abrechnung der streitgegenständlichen radiologischen Leistungen berechtigt wäre. Federführend, d.h. anweisend i.S.d. § 15 Abs. 3 BMV-Ä ist nach den zwischen der Klägerin und B bestehenden vertraglichen Regelungen und auch dem von der Klägerin geschilderten Ablauf allein ein Arzt der B. Die Klägerin ist überhaupt erst beteiligt, nachdem die Indikation zur radiologischen Leistung gestellt und darauf beruhend die Röntgenaufnahme gefertigt worden ist. Demensprechend sind die radiologischen Leistungen in ihrer Gesamtheit "persönliche Leistungen des jeweils anweisenden Arztes" (§ 15 Abs. 3 Satz 2 BMV-Ä), mithin Leistungen der B, die diese dann auch im Gegensatz zu der Klägerin abrechnen kann und darf.

Auf die Frage, ob innerhalb einer Leistungserbringergemeinschaft i.S.d. § 15 Abs. 3 BMV-Ä eine - aufgrund dieser Regelungen jedenfalls überflüssige - Überweisung zulässig ist, kommt es nicht an. Auch eine Überweisung ändert nicht die Vorgaben des § 15 Abs. 1 Satz 1 BMV-Ä zur persönlichen Leistungserbringung, m.a.W.: Auch der die Überweisung annehmende Arzt kann nur die EBM-Leistungen abrechnen, die er persönlich erbracht hat; eine Überweisung gibt ihm indes nicht die Berechtigung, die Leistungen abzurechnen, die von dem die Überweisung ausstellenden Arzt erbracht worden sind.

Im Übrigen ist im Ergebnis auch der Auffassung des SG zuzustimmen, dass § 15 Abs. 3 BMV-Ä die spezielle Regelung darstellt. § 15 Abs. 3

BMV-Ä regelt eine Ausnahme von dem Gebot der persönlichen Leistungserbringung. Dieses Gebot wird hingegen von den Regelungen des § 24 BMV-Ä nicht tangiert, das Gebot besteht weiterhin. § 24 BMV-Ä regelt also keine Ausnahme von dem Gebot der persönlichen Leistungserbringung des abrechnenden Vertragsarztes (s.o.).

Die Kostenentscheidung beruht auf [§ 197a Abs. 1 Satz 1 Teilsatz 3 SGG](#) i.V.m. [§ 154 Abs. 1](#) und 2 Verwaltungsgerichtsordnung.

Die Voraussetzungen für die Zulassung der Revision liegen nicht vor ([§ 160 Abs. 2 SGG](#)).

Rechtskraft

Aus

Login

NRW

Saved

2016-05-11