

L 10 KA 38/05

Land
Nordrhein-Westfalen
Sozialgericht
LSG Nordrhein-Westfalen
Sachgebiet
Vertragsarztangelegenheiten
Abteilung
10
1. Instanz
SG Düsseldorf (NRW)
Aktenzeichen
S 14 (17) KA 33/01
Datum
12.10.2005
2. Instanz
LSG Nordrhein-Westfalen
Aktenzeichen
L 10 KA 38/05
Datum
09.08.2006
3. Instanz
Bundessozialgericht
Aktenzeichen
-
Datum
-

Kategorie
Urteil

Auf die Berufung der Beklagten wird das Urteil des Sozialgerichts Düsseldorf vom 12.10.2005 abgeändert. Die Klage wird abgewiesen, soweit der Kläger für die Quartale 1/99 bis 4/99 eine Vergütung der Nr. 16 EBM in folgenden Fällen begehrt: Quartal 1/99 I F, H G, Q L, F1 T, I1 C, H1 L1, F2 T1, S T2, K C1, N M, V X, I2 F3, K1 H2, M1 M2, D O, U S1, N1 K2, T3 A, H3 X1, I3 K3, N2 U1, K4 M3, N3 E, K1 U2, L2 I4 (einschließlich Quartal 4/98), Quartal 2/99 H G, F1 T, L3 L4, I1 C, S T2, K C1, N M, V X, I5 I6, L5 L6, M1 M2, D O, U S1, U3 B, H3 X1, Quartal 3/99 T3 A, H3 X1, C2 S2, N1 K2, K1 U2, H4 C3, H G, Q L, L3 L4, I1 C, F4 H5, H1 L1, F2 T1, S T2, K1 H2, I5 I6, M1 M2, D O, K C1, N M, V X, L2 I4, Quartal 4/99 H4 C3, Q L, F1 T, L3 L4, I1 C, F4 H5, F2 T1, S T2, K1 H2, M1 M2, K C1, N M, V X, I7 T4, I W, S3 C4, N1 K2, T3 A, H3 X1, I3 K3, I1 H6, C2 S2, K1 U2. Im Übrigen wird die Berufung der Beklagten zurückgewiesen. Die Beklagte trägt die erstattungsfähigen außergerichtlichen Kosten des Klägers in beiden Rechtszügen. Die Revision wird nicht zugelassen.

Tatbestand:

Der Kläger wendet sich gegen die Berichtigung seiner Honorarabrechnungen für die Quartale 1 - 4/99.

Er ist seit 1998 im Rahmen einer Sonderbedarfszulassung für die Schwerpunkte Nephrologie und Endokrinologie als fachärztlicher Internist in X2 zugelassen. Neben seiner Tätigkeit als niedergelassener Vertragsarzt betreut er im Rahmen eines Kooperationsvertrages mit dem L7 X2 (Kuratorium für Hemodialyse) dialysepflichtige Patienten während der Haemodialyse-Behandlung. Seine Praxis betreibt er in Räumen, die er in einem Haus angemietet hat, das dem L7 gehört und in dem das L7 entsprechend der ihm erteilten Ermächtigung Haemodialyse-Behandlungen durchführt. Die Ermächtigung des L7 im streitigen Zeitraum umfasste die ärztliche Betreuung bei Haemodialyse nach den Nummern des Einheitlichen Bewertungsmaßstabs (EBM-Nrn.) 790 bis 793 (Ermächtigung vom 19.11.1996).

Nach Auswertung von 63 Überweisungs-/Abrechnungsscheinen setzte die Beklagte von der Honorarabrechnung des Klägers mit Bescheid vom 11.08.1999 (Quartal 1/99) u.a. die Nr. 16 EBM - Kontinuierliche Betreuung eines dialysepflichtigen Patienten durch einen Internisten mit der Schwerpunktbezeichnung "Nephrologie" - mit der Begründung ab, dass der Leistungsinhalt nicht erfüllt sei; die Berechnung der Nr. 16 EBM setze mindestens drei Arzt-Patienten-Kontakte voraus. Mit gleicher Begründung erfolgte eine Berichtigung für das Quartal 2/99 (Bescheid vom 30.11.1999 nach Prüfung von 55 Überweisungs-/ Abrechnungsscheinen). Die für die Quartale 3/99 und 4/99 durchgeführte Absetzung der Nr. 16 EBM (Bescheid vom 01.02.2000 - 54 Überweisungs-/ Abrechnungsscheine - und Bescheid vom 14.06.2000 - 58 Überweisungs-/ Abrechnungsscheine) begründete die Beklagte ebenfalls damit, dass der Leistungsinhalt der Nr. 16 EBM nicht erfüllt sei; die kontinuierliche Betreuung der dialysepflichtigen Patienten sei durch das L7 sicherzustellen.

Mit seinen Widersprüchen hat der Kläger geltend gemacht, dass er im Rahmen der Kooperation mit dem L7 dessen Dialysepatienten kontinuierlich betreue und somit berechtigt sei, die Nr. 16 EBM zu erbringen und abzurechnen.

Die Beklagte hat die Widersprüche mit Widerspruchsbescheid vom 03.01.2001 mit der Begründung zurückgewiesen, das L7 sei zur Erbringung und Abrechnung der Leistung nach Nr. 16 EBM nicht ermächtigt. Die Nr. 16 EBM könne somit im Rahmen der Kooperation auch nicht von dem Kläger abgerechnet werden.

Mit seiner Klage vom 31.01.2001 hat der Kläger vorgetragen, der Antrag des L7 auf Ermächtigung für die Nr. 16 EBM sei mit der Begründung abgelehnt worden, dass Dialyseärzte, die an den Standorten der L7-Zentren niedergelassen seien, diese Leistungen erbringen könnten. Das L7 rechne deshalb die Nr. 16 EBM auch nicht ab. Aus der gegenüber dem L7 erfolgten Ablehnung der Ermächtigung für die Nr. 16 EBM ergebe sich zwingend, dass er zur Abrechnung dieser Gebührensätze berechtigt sei; er betreue die Dialysepatienten im Rahmen seiner Zulassung. Soweit die Beklagte im Klageverfahren Überweisungen aufgeführt habe, die nicht formal an den "Nephrologen", sondern

z.B. an "Heimkuratorium" oder "Dialyse" gerichtet seien, zielten diese Überweisungen auf die eigentliche Dialysebehandlung und daneben auch auf die nephrologische Dauerbehandlung. Diese Überweisungen seien ganz offensichtlich in Unkenntnis oder versehentlich erfolgt, so dass sie nur im Sinne einer umfassenden Betreuung nierenkranker Patienten interpretiert werden könnten. Es sei völlig unstrittig, dass die Leistung "Dialyse" von der Leistung "kontinuierliche Betreuung" nicht zu trennen sei. Diagnostik und Therapie der Patienten hätten Einfluss auf die Dialysemodalitäten und umgekehrt. Ziel der Kooperation zwischen dem L7 und ihm als niedergelassenem Nephrologen sei es, den Dialysepatienten diejenige Behandlung zukommen zu lassen, die das L7 allein nicht erbringen könne, also seiner Mitwirkung bedürfe. Im Übrigen sei auf den Überweisungsscheinen die nach telefonischer Abstimmung mit dem überweisenden Arzt erfolgte Änderung ggf. unschlüssiger, unvollständiger oder fehlerhafter Überweisungen durch entsprechenden handschriftlichen Vermerk (meist "Nephrol. - Tel. geändert") aufgeführt. Es bliebe der Beklagten unbenommen, bei den überweisenden Ärzten nachzufragen, ob das Telefonat auch stattgefunden habe. Auch nicht zu beanstanden sei, dass die Nr. 16 EBM auf den Abrechnungsscheinen in der Regel bereits zu Beginn des Quartals - und nicht erst beim dritten Patientenkontakt - aufgeführt werde. Bei den Patienten stehe nämlich bereits regelmäßig von Anfang an fest, dass sie während des gesamten laufenden Quartals betreut werden müssten; er habe regelmäßig mindestens drei Kontakte mit den jeweiligen Patienten. Der Ansatz der Nr. 16 EBM sei aufgrund der absehbaren Dauerbetreuung deshalb bereits zu Beginn des Quartals erfolgt.

Der Kläger hat beantragt,

die Beklagte unter Aufhebung der Bescheide vom 11.08.1999, 30.11.1999, 01.02.2000 und 14.06.2000 in der Fassung des Widerspruchsbescheides vom 03.01.2001 zu verurteilen, die gestrichenen Leistungen der Ziffer 16 EBM in den Quartalen 1/99 bis 4/99 abzurechnen und nachzuvergüten.

Die Beklagte hat beantragt,

die Klage abzuweisen.

Sie hat vorgetragen, die Nr. 16 EBM werde vom L7 nicht abgerechnet; die Ermächtigung sei ausschließlich auf die Nrn. 790 bis 793 EBM beschränkt. Der Kläger habe aber in einer Vielzahl der streitigen Fälle Überweisungen beispielsweise an "Innere-Dialyseabteilung" oder "Dialyseabteilung" angenommen. Teilweise seien auf diesen Überweisungen Aufträge angegeben wie "Dialyse" bzw. "Dialysebehandlung". Gerade diese Leistungen führe das L7 durch und nicht der Kläger. Betroffen seien im Einzelnen benannte 86 Fälle. In weiteren - ebenfalls benannten - 16 Fällen werde die Nr. 16 EBM bei weniger als drei Arzt-Patienten-Kontakten im Quartal abgerechnet. Mit dem Begriff "kontinuierliche Betreuung" sei jedoch ein mehr als zweimaliger Kontakt gemeint, der innerhalb eines Quartals stattgefunden haben müsse. Die Nr. 16 EBM sei im Übrigen jeweils beim ersten Arzt-Patienten-Kontakt im Quartal angesetzt worden. Da diese Ziffer nur einmal je Behandlungsfall abrechnungsfähig sei, sei aufgrund der erforderlichen kontinuierlichen Betreuung die Leistung erst gegen Quartalsende berechnungsfähig.

Das Sozialgericht (SG) Düsseldorf hat die Beklagte mit Urteil vom 12.10.2005 - unter Abweisung der Klage im Übrigen - unter Aufhebung der Bescheide vom 11.08.1999, 30.11.1999, 01.02.2000 und 14.06.2000 in der Fassung des Widerspruchsbescheides vom 03.01.2001 verurteilt, die in den Quartalen 1/99 bis 4/99 gestrichenen Leistungen der Nr. 16 EBM insoweit abzurechnen und nachzuvergüten als sich aus den Abrechnungsscheinen an drei Tagen oder mehr Abrechnungsposten ergeben. Der Kläger habe die Leistung der Nr. 16 EBM erbracht und sei auch zu deren Abrechnung berechtigt gewesen. Dies gelte lediglich in den 16 Fällen nicht, in denen weniger als drei Arzt-Patienten-Kontakte erfolgt seien. Unschädlich sei hingegen, dass der Kläger die Nr. 16 EBM bereits beim erstmaligen Kontakt im Behandlungsschein eingetragen habe. Dem Wortlaut der Leistungslegende sei nämlich nicht zu entnehmen, dass die Leistungsziffer erst am Ende des Quartals eingetragen werden dürfe. Auch stehe der Abrechnung nicht entgegen, dass auf den Überweisungsscheinen des Öfteren handschriftlich "Nephrologie" und "nach tel. Rücksprache" vermerkt sei. Wenn nämlich der ursprüngliche Auftrag nach Rücksprache mit dem überweisenden Arzt erweitert und dies auf den Überweisungs-/Abrechnungsscheinen entsprechend vermerkt werde, sei dies nicht zu beanstanden.

Gegen das am 23.11.2005 zugestellte Urteil hat die Beklagte am 22.12.2005 Berufung eingelegt und unter Bezugnahme auf ihr erstinstanzliches Vorbringen vorgetragen, der Auffassung des SG, dass der Kläger in der überwiegenden Zahl der streitigen Behandlungsfälle die Voraussetzungen zur Abrechnung der Nr. 16 EBM erfüllt habe, stehe entgegen, dass es sich bei den streitigen Behandlungsfällen teilweise um Überweisungen zur Dialyse bzw. explizit um solche an das L7 gehandelt habe. Auch die Annahme des SG, dass der Eintrag der Nr. 16 EBM auf dem Behandlungsausweis bereits beim ersten Arzt-Patienten-Kontakt unschädlich sei, werde nicht geteilt. Die Dialyse-Behandlungen, die der Kläger im Rahmen seines Kooperationsvertrages mit dem L7 durchführe, und die Leistungen, die er in seiner Praxis durchführe, seien voneinander zu trennen. Am Anfang eines Quartals sei nicht vorhersehbar, dass - außerhalb der über das L7 erbrachten Leistungen nach den Nrn. 790 bis 793 EBM - eine kontinuierliche Betreuung eines Patienten mit mindestens 3 Arzt-Patienten-Kontakten stattfinden werde. Dies bedeute, dass die Nr. 16 EBM erst ab dem 3. Arzt-Patienten-Kontakt abrechnungsfähig gewesen sei.

Die Beklagte beantragt,

das Urteil des Sozialgerichts Düsseldorf vom 12.10.2005 insoweit abzuändern und die Klage abzuweisen, soweit sie verurteilt worden ist, die in den Quartalen 1/99 bis 4/99 gestrichenen Leistungen der Ziffer 16 EBM abzurechnen und nachzuvergüten, bei denen sich aus den Abrechnungsscheinen an drei Tagen oder mehr Abrechnungsposten ergeben.

Der Kläger beantragt,

die Berufung der Beklagten zurückweisen.

Er hat angegeben, er habe die Behandlungsscheine von Patienten, die an Nephrologie überwiesen worden seien, angenommen und den Patienten unmittelbar zur reinen Dialysebehandlung an das L7 überwiesen. Ebenso sei er bei Patienten verfahren, die an das L7 überwiesen worden seien. Er habe diese angenommen und an das L7 überwiesen, da dies die Verwaltungsabläufe vereinfache. Hätte das L7 den

Primärschein angenommen, so hätte dieses sofort an ihn zur Weiterbehandlung überweisen müssen.

Wegen weiterer Einzelheiten des Sach- und Streitstandes wird auf den Inhalt der Gerichtsakte sowie der Verwaltungsvorgänge der Beklagten Bezug genommen. Diese sind Gegenstand der mündlichen Verhandlung gewesen.

Entscheidungsgründe:

Die zulässige Berufung der Beklagten ist im tenorierten Umfang begründet; im Übrigen ist sie nicht begründet.

Rechtsgrundlage für die sachlich-rechnerische Richtigstellung der Honoraranforderung des Klägers durch die Beklagte sind § 45 Bundesmantelvertrag-Ärzte (BMV Ä) und § 34 Abs. 4 Ärzte-Ersatzkassenvertrags (EKV-Ä) in Verbindung mit § 5 ihres Honorarverteilungsmaßstabes (HVM) in der ab 01.01.1999 geltenden Fassung (Rheinisches Ärzteblatt 1/99, S. 67). Danach obliegt es der Beklagten, die von den Vertragsärzten eingereichten Abrechnungen - von Amts wegen oder auf Antrag einer Krankenkasse - rechnerisch und gebührenordnungsmäßig zu prüfen und nötigenfalls richtig zu stellen, was auch im Wege nachgehender Richtigstellung erfolgen kann ([BSGE 89, 62 ff](#); [BSGE 89, 90 ff](#) = [SozR 3-2500 § 82 Nr. 3](#)).

Die Voraussetzungen für eine solche Richtigstellung sind zum Teil erfüllt.

Das SG hat zu Recht festgestellt - auf die zutreffenden Entscheidungsgründe wird insoweit verwiesen -, dass der Kläger mit Ausnahme der 16 Fälle, in denen eine kontinuierliche Betreuung von dialysepflichtigen Patienten in Ermangelung eines mindestens dreimaligen Arzt-Patienten-Kontakts im Behandlungsfall nicht stattgefunden hat, die Leistungen der Nr. 16 EBM erbracht hat.

Anspruch auf vertragsärztliche Vergütung hat er in den im Tenor aufgeführten 86 Fällen indes nicht. Da der Kläger nicht der behandelnde Arzt der benannten Patienten war, hätte er zu Lasten der Krankenkasse nur im Rahmen eines Überweisungsauftrags tätig werden können. Ein solcher Überweisungsauftrag ist ihm aber nicht erteilt worden. Zu Recht macht die Beklagte geltend, dass in den 86 Fällen keine Überweisung des behandelnden Arztes an den Kläger, sondern zur bzw. an Dialyse, Dialysezentrum, Dialysestation, Heimkuratorium etc. erfolgt bzw. der Überweisungsauftrag auf Durchführung der Dialyse gerichtet ist (s. dazu unter 1.). Dementsprechend steht dem Kläger auch kein Anspruch auf eine vertragsärztliche Vergütung seiner aufgrund dieser "Überweisungen" erbrachten Leistungen zu (s. dazu unter 2.).

1.
Die 86 Überweisungsscheine sind - wie die nachfolgende Zusammenstellung ausweist - eindeutig und lassen bereits deshalb keine erweiternde bzw. abweichende Auslegung zu:

I F 1/99 amb. Dialyse H G 1/99 Dialysezentrum X2 Q L 1/99 Innere-Dialyse F1 T 1/99 Hämatologie Auftrag: ... z. Dialyse I1 C 1/99 Dialysestation H1 L1 1/99 Auftrag: extracorporale Dialyse F2 T1 1/99 L7 - Terminale Niereninsuffizienz S T2 1/99 Innere-Dialyseabteilung - Niereninsuffizienz K C1 1/99 Dialyse - terminales Nierenversagen N M 1/99 Dialyseabteilung V X 1/99 Dialyse I2 F3 1/99 Dialyse K1 H2 1/99 Auftrag: Dialyse M1 M2 1/99 Dialyse D O 1/99 Auftrag: Hypertonie, extracorporale Dialyse U S1 1/99 innere Medizin - Auftrag: Dialysepat. N1 K2 1/99 Dialyse T3 A 1/99 Dialyse Abteilung - Auftrag: Chron. Niereninsuffizienz, Dialyse Behandlung H3 X1 1/99 Heimkuratorium - dialysepflichtige Niereninsuffizienz I3 K3 1/99 L7 für Dialyse - dialysepflichtige Niereninsuffizienz N2 U1 1/99 Dialysepraxis - dialysepflichtige Niereninsuffizienz K4 M3 1/99 Dialyse-Abteilung - terminale Niereninsuffizienz N3 E 1/99 Dialyse-Zentrum - Z.n. Nierentransplantation K1 U2 1/99 Dialyse-Abteilung L2 I4 1/99 Kuratorium für Heimdialyse L2 I4 4/98 Heimdialyse H G 2/99 Ev. KH X2 - Dialyseabt. F1 T 2/99 Auftrag: terminale Niereninsuffizienz zur Dialyse L3 L4 2/99 Innere Abteilung / Dialyse I1 C 2/99 Dialysestation S T2 2/99 Innere Dialyseabteilung - dialysepflichtige Niereninsuffizienz K C1 2/99 Dialyse N M 2/99 Dialyseabteilung V X 2/99 Dialyse I5 I6 2/99 Dialyse L5 L6 2/99 Innere/Medizin Auftrag: Dialyse erforderlich M1 M2 2/99 Arzt für Innere Medizin Dialyse D O 2/99 Nephrologie Auftrag: Hypotonie, extracorporale Dialyse U S1 2/99 Nephrologie / Dialysezentrum U3 B 2/99 Kuratorium für Heimdialyse - chron. Dialyse H3 X1 2/99 Heimkuratorium - dialysepflichtige Niereninsuffizienz T3 A 3/99 Dialyseabteilung H3 X1 3/99 Heimkuratorium - dialysepflichtige Niereninsuffizienz C2 S2 3/99 Dialyse N1 K2 3/99 Dialyse K1 U2 3/99 Innere Dialyse-Abteilung - Dialysepflichtige Niereninsuffizienz H4 C3 3/99 Innere / Dialyse H G 3/99 Ev KH X2 - KFK Dialyseabt. Q L 3/99 Innere/Dialyse L3 L4 3/99 Dialyse I1 C 3/99 Dialysestation F4 H5 3/99 Nephrologie Dialysezentrum H1 L1 3/99 Nephrologie - Auftrag: extracorporale Dialyse F2 T1 3/99 L7 - Terminale Niereninsuffizienz S T2 3/99 Innere Dialyseabteilung -dialysepflichtige Niereninsuffizienz K1 H2 3/99 Innere Medizin Dialyse I5 I6 3/99 Dialyse M1 M2 3/99 Arzt für Innere Medizin (Dialyse) D O 3/99 Auftrag: Hypertonie / extracorporale Dialyse K C1 3/99 Dialyse N M 3/99 Dialyseabteilung V X 3/99 Innere Medizin - Auftrag: Dialyse L2 I4 3/99 Auftrag: Dialyse H4 C3 4/99 Dialyse - Innere Q L 4/99 Innere Auftrag: Dialyse F1 T 4/99 Hämatologie Auftrag: Niereninsuffizienz zur Dialyse L3 L4 4/99 Auftrag: Dialyse I1 C 4/99 Auftrag: Dialyse F4 H5 4/99 Kuratorium Auftrag: Dialyse F2 T1 4/99 L7, Auftrag: Terminale Niereninsuffizienz, Dialyse S T2 4/99 Dialyseabteilung - Auftrag: dialysepflichtige Niereninsuffizienz K1 H2 4/99 Innere Dialyse - Auftrag: dialysepflichtige Niereninsuffizienz M1 M2 4/99 Arzt für Innere Medizin (Dialyse) K C1 4/99 Dialyse - terminales Nierenversagen N M 4/99 Dialyseabteilung V X 4/99 Dialyse I7 T4 4/99 Innere Medizin - dialysepflichtige Niereninsuffizienz I W 4/99 Innere Medizin Auftrag: Dialyse S3 C4 4/99 Nephrologie Auftrag: Dialyse N1 K2 4/99 Dialyse T3 A 4/99 Dialysabt. Auftrag: Dialysebehandlung H3 X1 4/99 Heimkuratorium - Auftrag: dialysepflichtige Niereninsuffizienz I3 K3 4/99 L7 für Dialyse - Auftrag: dialysepflichtige Niereninsuffizienz I1 H6 4/99 Nephrologie Auftrag: Z.n. akutem Nierenversagen / Dialyse C2 S2 4/99 an Dialyse K1 U2 4/99 Innere Dialyseabteilung.

Es ist auch dem Vorbringen des Klägers, die Leistungen "Dialyse" i.S.d. Nr. 790 - 793 EBM seien von der Leistung "kontinuierliche Betreuung" i.S.d. Nr. 16 EBM nicht zu trennen, nicht zu folgen. Dagegen spricht der klare Wortlaut der EBM-Nr. 790-793 und der Nr. 16 EBM. Die Nrn. 790 - 793 EBM beziehen sich auf die Hämodialyse oder intermittierende Peritoendialyse selbst, die Nr. 16 EBM gewährt hingegen Vergütung für eine kontinuierliche Betreuung des dialysepflichtigen Patienten. Diese mag bei Dialysepatienten ggf. regelhaft erforderlich sein, sie ist aber weder begriffsnotwendig noch tatsächlich mit den Dialyseleistungen der Nr. 790 - 793 EBM verbunden.

2.
Da dem Kläger in diesen 86 Fällen kein auf ihn ausgestellter Überweisungsschein vorlag bzw. die auf den Überweisungsscheinen aufgeführten Leistungsanforderungen nicht an ihn gerichtet sind und sich nicht auf die von ihm erbrachten Leistungen nach Nr. 16 EBM bezogen, steht ihm für diese Leistungen kein Anspruch auf vertragsärztliche Vergütung zu.

Der in der gesetzlichen Krankenversicherung bereitgestellte Versicherungsschutz ist zwar umfassend, jedoch nicht unbegrenzt. Dies hat auch der Vertragsarzt bei Erbringung seiner Leistung zu beachten. Der Versicherte hat Anspruch auf die ärztliche Versorgung, die zur Heilung oder Linderung einer Krankheit nach den Regeln der ärztlichen Kunst zweckmäßig und ausreichend ist; Leistungen, die für die Erzielung des Heilerfolges nicht notwendig oder unwirtschaftlich sind, kann der Versicherte nicht beanspruchen, der an der kassenärztlichen Versorgung teilnehmende Arzt darf sie nicht bewirken oder verordnen (vgl. [§§ 27 Abs. 1, 70 Abs. 1 Satz 2](#) Fünftes Buch Sozialgesetzbuch (SGB V)). Des Weiteren hat der Versicherte grundsätzlich das Recht, unter den an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Ärzten frei zu wählen, er soll aber den Arzt innerhalb eines Kalendervierteljahres nur bei Vorliegen eines triftigen Grundes wechseln ([§ 76 Abs. 1 Satz 1 SGB V](#) und Abs. 2 Satz 1 SGB). Zum Nachweis der Berechtigung zur Inanspruchnahme vertragsärztlicher Leistungen hat der Versicherte dem Arzt vor Beginn der Behandlung seine Krankenversichertenkarte (Krankenschein, Behandlungsausweis) auszuhändigen ([§ 15 Abs. 2 SGB V](#), § 19 BMV-Ä). Im Übrigen kann ein weiterer Vertragsarzt aufgrund einer Überweisung tätig werden (§ 24 BMV-Ä).

Aus diesen gesetzlichen und vertraglichen Regelungen ergibt sich, dass der Versicherte zunächst nur einen Arzt mit der Behandlung beauftragen darf und die Inanspruchnahme eines weiteren Arztes einen entsprechenden Behandlungsausweis - z.B. einen Überweisungsschein - voraussetzt (vgl. § 13 BMV-Ä).

Diese Behandlungsausweise haben auch Bedeutung für die Vergütung des Arztes. Begibt sich ein Patient in ärztliche Behandlung, ohne einen gültigen Behandlungsausweis beizubringen, so darf der die Behandlung übernehmende Arzt u. U. zwar eine Privatvergütung verlangen (§ 18 BMV-Ä), trägt aber ansonsten das Honorarrisiko (s. dazu im Einzelnen u.a. Urteil des Bundessozialgerichts (BSG) vom 08.07.1981 - [6 RKA 3/79](#) -).

3.

Etwas anderes ergibt sich auch nicht in den - 58 - Fällen, in denen die Überweisungsscheine nach dem Vorbringen des Klägers aufgrund telefonischer Abstimmung mit dem überweisenden Arzt auf "Nephrol." abgeändert worden sind.

Die Tätigkeit als Vertragsarzt setzt - wie bereits dargelegt - die Vorlage eines Behandlungsausweises, -scheines oder eines Überweisungsscheines voraus. Die Überweisung hat von dem behandelnden Arzt auf vereinbartem Vordruck zu erfolgen (vgl. § 24 Abs. 1 BMV-Ä, § 27 Abs. 1 EKV-Ä); d.h. eine mündliche Überweisung / Beauftragung reicht nicht aus. Die Überweisung muss in schriftlicher Form vorliegen (vgl. auch BSG, Beschluss vom 03.06.2006 - [B 6 KA 16/06 B](#) -). Ist aber die Überweisung formbedürftig, kann nichts Anderes für Handlungen gelten, mit denen die Überweisung abgeändert werden soll.

Auch die Regelungen des [§ 655](#) Bürgerliches Gesetzbuch führen nicht weiter. In entsprechender Anwendung dieser Regelungen ist der aufgrund eines Überweisungsauftrags tätig werdende Arzt berechtigt, von den Weisungen des auftraggebenden Arztes abzuweichen, wenn er den Umständen nach annehmen darf, dass dieser bei Kenntnis der Sachlage die Abweichung billigen würde. Dementsprechend ist auch unbestritten, dass der beauftragte Arzt auf eine Erweiterung des Überweisungsauftrags hinwirken kann, wenn er weitere Untersuchungs- oder Behandlungsmaßnahmen für erforderlich hält. Darum geht es vorliegend aber schon deshalb nicht, weil der Kläger nicht beauftragt worden ist. Im Übrigen entbinden diese Grundsätze nicht von dem in 24 Abs. 1 BMV-Ä bzw. § 27 Abs. 1 EKV-Ä vorgesehenen Formerfordernis.

4.

Das Vorbringen der Beklagten, dass der Kläger die Nr. 16 EBM bereits zu einem Zeitpunkt auf dem Abrechnungsschein eingetragen hat, als deren Leistungsvoraussetzungen noch nicht erfüllt waren - also noch keine kontinuierliche (mindestens dreimalige) Behandlung stattgefunden hat - steht einem Honoraranspruch des Klägers nicht entgegen. Voraussetzung für das Entstehen des Honoraranspruchs ist insoweit allein, dass innerhalb eines Abrechnungsquartals dreimal ein Patientenkontakt i.S.d. Nr. 16 EBM stattgefunden hat. Diese Voraussetzung war ausweislich der Abrechnungsscheine in allen Fällen - bis auf die schon vom SG aufgeführten 16 Fälle - zum Zeitpunkt der Quartalsabrechnung erfüllt.

Die Kostenentscheidung beruht auf [§ 193](#) Sozialgerichtsgesetz (SGG) in der bis zum 31.01.2001 geltenden Fassung. Sie berücksichtigt, dass die Beklagte, die lediglich teilobliegt, das Verwaltungsverfahren unter Verstoß gegen die Prinzipien des [§ 20](#) Zehntes Buch Sozialgesetzbuch nur oberflächlich durchgeführt hat. Damit hat die Beklagte letztlich das Klageverfahren veranlasst (vgl. dazu u.a. Urteil des Senats vom 28.01.2004 - [L 10 KA 84/02](#) - sowie vom 11.09.2003 - [L 10 V 12/99](#) -).

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

Rechtskraft

Aus

Login

NRW

Saved

2006-12-04