L 11 KA 142/11

Land
Nordrhein-Westfalen
Sozialgericht
LSG Nordrhein-Westfalen
Sachgebiet
Vertragsarztangelegenheiten
Abteilung
11
1. Instanz
SG Düsseldorf (NRW)
Aktenzeichen
S 14 KA 369/06
Datum
07.09.2011
2. Instanz
LSG Nordrhein-Westfalen
Aktenzeichen
L 11 KA 142/11
Datum
09.07.2014
3. Instanz
Bundessozialgericht
Aktenzeichen
-
Datum
-
Kategorie
Urteil
Die Berufung des Klägers wird zurückgewiesen. Der Kläger trägt auch die Kosten des Berufungsverfahrens. Die Revision wird nicht zugelassen.

Tatbestand:

Der Kläger, der Facharzt für Diagnostische Radiologie und zur vertragsärztlichen Versorgung in E zugelassen ist, wendet sich gegen sachlich-rechnerische Richtigstellungen seiner Honorarabrechnungen für die Quartale III/2000 und IV/2000.

Bei diesen Abrechnungen beanstandete die Beklagte mit Bescheiden vom 18.01.2001 (Quartal III/2000) und 28.03.2001 (Quartal IV/2000) u.a. die Überschreitung des Überweisungsauftrags. In jeweils 594 Fällen seien die Leistungen zu streichen, die entsprechend den zusätzlich handschriftlichen Auftragserweiterungen bzw. Änderungen ohne Angabe der Zustimmung des Auftraggebers erbracht worden seien. 17 bzw. 67 Überweisungsscheine gebe sie zurück, da die erbrachten Leistungen durch den Überweiser nicht angefordert worden seien.

Mit seinem Widerspruch führte der Kläger aus, dass nach dem Bundesmantelvertrag-Ärzte (BMV-Ä) zwischen Zielauftrag, Konsiliarüberweisung und Mit-/Weiterbehandlungsschein zu unterscheiden sei. Im ersten Fall solle lediglich der auf dem Überweisungsschein vermerkte Zielauftrag ausgeführt werden. Eine Erweiterung des Auftrags sei nur nach Rücksprache mit dem Überweiser möglich; dessen Einverständnis sei zu vermerken. Bei den hier vorliegenden Konsiliar- bzw. Mit-/Weiterbehandlungsaufträgen handele der beauftragte Radiologe jedoch eigenverantwortlich und bedürfe keiner Zustimmung des Überweisers. Im Übrigen habe er auch zahlreiche Telefonate mit Überweisern geführt. Die Untersuchungsarten seien bei den Konsiliar- und Mit-/Weiterbehandlungsscheinen auf dem Originalschein vermerkt worden, damit die Beklagte eine Grundlage für die Abrechnungsziffern bekomme.

Die Beklagte wies die Widersprüche mit Widerspruchsbescheid vom 14.11.2006 zurück. Die Überweisungen seien überwiegend zur Mitbehandlung bzw. Konsiliaruntersuchung ausgestellt, von den überweisenden Ärzten sei jedoch jeweils ein Auftrag gegeben worden. Auf den Überweisungen befänden sich jeweils handschriftliche Auftragserweiterungen, die ohne Rücksprachevermerk ausgeführt worden seien. Die Leistungen seien nicht abrechnungsfähig, weil es sich um unzulässige Auftragserweiterungen handele.

Mit seiner Klage vom 15.12.2006 hat der Kläger vorgetragen, nach § 13 BMV-Ä könnten u.a. Ärzte für Radiologische Diagnostik bzw. Radiologie, Strahlentherapie und Nuklearmedizin nur auf Überweisung in Anspruch genommen werden. Bei den Überweisungsarten sei nach § 24 Abs. 3 BMV-Ä zwischen Auftragsleistung, Konsiliaruntersuchung, Mitbehandlung und Weiterbehandlung zu unterscheiden. Bei den von der Beklagten beanstandeten Überweisungen zur Konsiliaruntersuchung sowie zur Mit- und Weiterbehandlung bestehe keine Verpflichtung, mit dem überweisenden Arzt Rücksprache zu nehmen. Der Überweiser könne zwar einen bestimmten Verdacht äußern und Untersuchungsmethoden vorschlagen; der Radiologe werde aber therapeutisch und diagnostisch eigenverantwortlich tätig, er sei an die Vorschläge des Überweisers nicht gebunden. Zu berücksichtigen sei auch, dass zahlreiche Überweiser nicht die nach der Röntgenverordnung (RöV) erforderliche Fachkunde besäßen und daher die nach der RöV notwendige rechtfertigende Indikation nicht stellen dürften. Der Radiologe sei daher auch im Rahmen eines Definitionsauftrags verpflichtet, die nach § 23 RöV erforderliche Indikation zu stellen. Im Übrigen sei die Beklagte ihrer Darlegungs- und Beweislast nicht ausreichend nachgekommen. Sie hätte für jeden Einzelfall darlegen müssen, aus welchen Gründen entgegen der als Konsiliarüberweisung bzw. als Überweisung zur Mit-/Weiterbehandlung gekennzeichneten Überweisungen inhaltlich Auftragsleistungen vorgelegen hätten. Sodann hätte sie prüfen müssen, ob sämtliche handschriftliche Zusätze von ihm, dem Kläger, stammten und ob hierzu eine Zustimmung des Überweisers vorliege. Aus dem Fehlen des Rücksprachevermerks könne nicht geschlossen werden, dass keine Rücksprache stattgefunden habe. Er bestreite, dass die Beklagte in allen Überweisungsfällen nur die handschriftlichen Ergänzungen auf den Überweisungsträgern nicht vergütet habe; nach seinem Kenntnisstand

seien Abrechnungsscheine auch komplett nicht vergütet worden. Die im Einzelnen von ihm beispielhaft benannten Überweisungsscheine dokumentierten, dass insbesondere eine direkt oder indirekt angesprochene Verdachtsdiagnose und ihre Differentialdiagnose entsprechend ihren Leitsymptomen bei Bedarf immer konsequent abgeklärt worden sei.

Der Kläger hat beantragt,

die Bescheide der Beklagten vom 18.01.2001 und vom 28.03.2001 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 14.11.2006 aufzuheben, soweit Fälle wegen Auftragsüberschreitung von der Abrechnung zurückgestellt bzw. Leistungen gestrichen worden sind, und die Beklagte zu verurteilen, diese Fälle bzw. Leistungen abzurechnen sowie nach Maßgabe der gesetzlichen, satzungsrechtlichen und vertraglichen Bestimmungen nachzuvergüten.

Die Beklagte hat beantragt,

die Klage abzuweisen.

Sie hat vorgetragen, der überweisende Arzt habe auf dem Überweisungsschein unter "Auftrag/Diagnose/Verdacht" entsprechende Angaben zu machen, um dem Überweisungsnehmer Hinweise für dessen Handeln zu geben und um unnötige Kosten durch Mehruntersuchungen zu vermeiden. Daran sei der Überweisungsnehmer gebunden; eine Ergänzung/Änderung in dieser Rubrik sei nur nach auf dem Überweisungsschein zu dokumentierender Rücksprache mit dem überweisenden Arzt möglich. Von dem Überweisungsnehmer sei ansonsten das Diagnosefeld ("Diagnosen/ggf. Abrechnungsbegründungen") auszufüllen. In dieses Feld seien ggf. auch andere Begründungen einzutragen, die der Plausibilität der Abrechnungsziffern dienten. In den vorliegend streitigen Fällen habe der Kläger die ihm erteilten Aufträge erweitert bzw. andere als die angeforderten Leistungen erbracht, er habe dabei in fast allen Fällen die Rubrik "Auftrag/Diagnose/Verdacht" abgeändert bzw. ergänzt. Die über den Auftrag hinausgehenden Leistungen seien gestrichen; zum Teil seien Fälle auch komplett zurückgewiesen worden. Insgesamt belaufe sich der Wert der Berichtigungen auf 199.835,36 EUR.

Das Sozialgericht (SG) Düsseldorf hat die Klage mit Urteil vom 07.09.2011 abgewiesen: Die Beklagte habe es zu Recht abgelehnt, die streitgegenständlichen Leistungen abzurechnen und entsprechend zu vergüten. Ihre Befugnis zur sachlich-rechnerischen Berichtigung der Abrechnungen des Klägers beruhe auf § 106a Abs. 2 Satz 1 Halbsatz 1 Fünftes Buch Sozialgesetzbuch (SGB V). Danach sei sie berechtigt und verpflichtet, die sachliche und rechnerische Richtigkeit der Abrechnungen der Vertragsärzte festzustellen. Zu den zu prüfenden Abrechnungsbestimmungen gehörten auch die Regelungen des BMV-Ä, nach denen der Kläger, der nicht der behandelnde Arzt der Patienten gewesen sei, zu Lasten der gesetzlichen Krankenversicherung nur im Rahmen der Überweisungsaufträge hätte tätig werden dürfen (§ 24 Abs. 2 Satz 3 BMV-Ä). Die gestrichenen Leistungen bzw. die zurückgewiesenen Abrechnungsscheine beträfen ganz überwiegend mit "Konsiliaruntersuchung" oder "Mit-/Weiterbehandlung" gekennzeichnete Überweisungen. Allein daran lasse sich jedoch die Überweisungsart nicht festmachen; der Überweisungsschein müsse vielmehr in seiner Gesamtheit betrachtet werden (Landessozialgericht Baden-Württemberg, Urteil vom 15.12.1993 - L 5 Ka 1147/92 -). Vorliegend sei deshalb zu berücksichtigen, dass auf den Überweisungsscheinen im Auftragsfeld jeweils eine konkrete Untersuchungsleistung angefordert worden sei. Die Überweisungsaufträge seien damit auf die benannten Untersuchungsleistungen beschränkt und hätten zu ihrer Erweiterung einer Genehmigung des Auftraggebers bedurft, die auf dem Schein zu vermerken gewesen wäre. Daran fehle es jedoch. Es komme auch nicht darauf an, dass der überweisende Arzt ggf. nicht über die nach der RöV erforderliche Fachkunde verfügt habe. Denn der Kläger hätte in Zweifelsfällen Rücksprache mit dem Auftraggeber nehmen können bzw. müssen. Es sei ihm grundsätzlich verwehrt, von ihm für erforderlich gehaltene Untersuchungs- oder Behandlungsmaßnahmen eigenmächtig über den erteilten Auftrag hinaus durchzuführen (Bundessozialgericht, Urteil vom 08.07.1981 - 6 RKa 3/79 -).

Mit seiner gegen das am 28.10.2011 zugestellte Urteil gerichteten Berufung vom 25.11.2011 hat der Kläger sein Vorbringen vertieft. Der Überweiser habe die Art der Überweisung durch Ankreuzen bestimmt. Dem Überweisungsinhalt könne damit keine andere Bedeutung zugemessen werden; daran sei der auftragnehmende Arzt gebunden. Die angeforderte Konsiliaruntersuchung sei auf Klärung einer Verdachtsdiagnose gerichtet, Art und Umfang seien vom ausführenden Vertragsarzt nach medizinischen Erfordernissen und den Regeln der Stufendiagnostik zu bestimmen. Dies mache deutlich, dass die Verantwortung für die Durchführung und Wirtschaftlichkeit beim auftragnehmenden Arzt liege. Hinsichtlich der Mitbehandlung gelte im Ergebnis nichts Anderes. Auch hier werde über Art und Umfang der Leistung durch den Vertragsarzt entschieden, an den überwiesen worden sei. In keinem dieser Fälle sei eine Rücksprache mit dem überweisenden Arzt erforderlich. Die Rücksprache sei ausschließlich Gegenstand der sog. Auftragsleistung nach § 24 Abs. 7 Nr. 1 BMV-Ä. Der Zusatz, der meistens in der Rubrik "Auftrag" des Überweisungsscheins handschriftlich aufgebracht worden sei, stamme aus seiner Praxis bzw. von ihm. Da die Überweisung auf eine Konsiliaruntersuchung bzw. Mit-/Weiterbehandlung gerichtet gewesen sei, habe er letztlich die Leistung erbracht, die aus radiologischer Sicht erforderlich bzw. angebracht gewesen sei. Diese Leistungen habe er auf der Überweisung aufgeführt, damit die Abrechnung verständlich sei. Dies habe er aufgrund einer Absprache mit der Beklagten seit 1995 so gehandhabt.

Der Kläger, der ebenso wie die Beklagte einer Entscheidung des Senats ohne mündliche Verhandlung zustimmt, beantragt schriftsätzlich sinngemäß

das Urteil des Sozialgerichts Düsseldorf vom 07.09.2011 abzuändern und die Bescheide der Beklagten vom 18.01.2001 und 28.03.2001 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 14.11.2006 nach Maßgabe des in erster Instanz gestellten Antrags abzuändern und die Beklagte zur Abrechnung und Nachvergütung zu verurteilen.

Die Beklagte beantragt schriftsätzlich,

die Berufung zurückzuweisen.

Sie vertritt die Auffassung, dass sich die Überweisungsart nicht allein daran festmachen lasse, welches Feld der überweisende Arzt angekreuzt habe. Vielmehr seien die Angaben des Überweisers in ihrer Gesamtheit maßgeblich. Vorliegend sei in den streitigen Fällen die angeforderte Untersuchungsleistung konkret angegeben worden; der Kläger habe diesen klar definierten Auftrag in unzulässiger Weise

überschritten. Im Übrigen sei die von dem Kläger vorgetragene Handhabung der Abrechnung nicht mit ihr abgesprochen.

Der Senat hat den von dem Kläger für eine Absprache über die Art und Weise seiner Abrechnung benannten Zeugen N gehört. Der Zeuge hat angegeben, er könne wegen des Zeitablaufs keine Angaben zu ggf. mit dem Kläger geführten Gesprächen machen. Wenn er gefragt worden wäre, wie zu verfahren sei, wenn über den erteilten Überweisungsauftrag hinaus weitere Leistungen erforderlich seien, hätte er dahingehend geantwortet, dass dann eine Rücksprache mit dem auftraggebenden Arzt notwendig sei und dieser die Auftragserweiterung auch genehmigen müsse.

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

Entscheidungsgründe:

Der Senat kann ohne mündliche Verhandlung entscheiden, da sich die Beteiligten hiermit einverstanden erklärt haben (§ 124 Abs. 2 Sozialgerichtsgesetz (SGG)).

Die zulässige Berufung des Klägers ist unbegründet.

Das SG hat die Klage des Klägers zu Recht abgewiesen, denn die Bescheide der Beklagten vom 18.01.2001 und 28.03.2001 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 14.11.2006 sind rechtmäßig und beschweren den Kläger nicht (§ 54 Abs. 2 Satz 1 SGG). Die Beklagte hat zu Recht die Honorarabrechnungen des Klägers für die Quartale III/2000 und IV/2000 in jeweils 594 Fällen berichtigt. Der Senat nimmt auf die zutreffenden Entscheidungsgründe des angefochtenen Urteils Bezug (§ 153 Abs. 2 SGG) und führt ergänzend aus:

Der Kläger könne sich nicht mit Erfolg darauf berufen, dass die ganz überwiegende Zahl der auch vom Senat im Einzelnen eingesehenen Überweisungsscheine von den überweisenden Ärzten durch Ankreuzen mit Konsiliaruntersuchung oder zur Mit-/Weiterbehandlung gekennzeichnet worden ist.

Nach § 24 Abs. 3 BMV-Ä (i.d.F. vom 01.10.2006) kann eine Überweisung an einen anderen Arzt
1. zur Auftragsleistung,
2. zur Konsiliaruntersuchung,
3. zur Mitbehandlung,
4. zur Weiterbehandlung
erfolgen.

Dazu bestimmt § 24 Abs. 7 Satz 2 BMV-Ä zu den einzelnen Leistungsarten:

1. Auftragsleistung

Die Überweisung zur Ausführung von Auftragsleistungen erfordert
1. die Definition der Leistungen nach Art und Umfang (Definitionsauftrag) oder
2. eine Indikationsangabe mit Empfehlung der Methode (Indikationsauftrag). Für die Notwendigkeit der Auftragserteilung ist der auftragserteilende Vertragsarzt verantwortlich. Die Wirtschaftlichkeit der Auftragsausführung ist vom auftragsausführenden Arzt zu gewährleisten. Dies erfordert bei Aufträgen nach Nr. 1 dann eine Rücksprache mit dem überweisenden Arzt, wenn der beauftragte Arzt aufgrund seines fachlichen Urteils eine andere als die in Auftrag gegebene Leistung für medizinisch zweckmäßig, ausreichend und notwendig hält. Auftragserteilungen nach Nr. 2 erfordern eine Rücksprache nur dann, wenn der beauftragte Arzt eine konsiliarische Absprache zur Indikation für notwendig hält.

2. Konsiliaruntersuchung

Die Überweisung zur Konsiliaruntersuchung erfolgt ausschließlich zur Erbringung diagnostischer Leistungen. Sie gibt dem überweisenden Arzt die Möglichkeit, den Überweisungsauftrag auf die Klärung einer Verdachtsdiagnose einzugrenzen. Art und Umfang der zur Klärung dieser Verdachtsdiagnose notwendigen Leistungen sind vom ausführenden Vertragsarzt nach medizinischem Erfordernis und den Regeln der Stufendiagnostik unter Beachtung des Wirtschaftlichkeitsgebotes zu bestimmen. Die Verantwortung für die Wirtschaftlichkeit liegt hinsichtlich der Indikationsstellung beim auftraggebenden Vertragsarzt, hinsichtlich der ausgeführten Leistungen beim auftragnehmenden Vertragsarzt.

3. Mitbehandlung

Die Überweisung zur Mitbehandlung erfolgt zur gebietsbezogenen Erbringung begleitender oder ergänzender diagnostischer oder therapeutischer Maßnahmen, über deren Art und Umfang der Vertragsarzt, an den überwiesen wurde, entscheidet.

4. Weiterbehandlung

Bei einer Überweisung zur Weiterbehandlung wird die gesamte diagnostische und therapeutische Tätigkeit dem weiterbehandelnden Vertragsarzt übertragen.

Daraus ergibt sich, dass bei der Überweisung zur Konsiliaruntersuchung, zur Mitbehandlung und zur Weiterbehandlung die Bestimmung der Art und des Umfang der im Rahmen der Überweisung durchzuführenden Leistungen ausschließlich dem Arzt obliegt, an den die Überweisung gerichtet ist. In diesen Fällen sieht der BMV-Ä auch keine Rücksprachеverpflichtung mit dem überweisenden Arzt vor.

Indes liegen bei verständiger Würdigung der streitigen Überweisungen keine Überweisungen zur Konsiliaruntersuchung, zur Mitbehandlung

oder zur Weiterbehandlung vor. Dies ergibt sich bereits daraus, dass in allen Fällen der jeweils überweisende Vertragsarzt außer den in der Regel gemachten Angaben gem. § 24 Abs. 7 Satz 1 BMV-Ä, nämlich Diagnose, Verdachtsdiagnose oder Befunde, noch zusätzlich ausdrücklich die konkreten ärztlichen Leistungen benannt hat, die der Kläger im Rahmen der Überweisung zu erbringen hat. Es hat sich also mithin regelhaft um sog. Definitionsaufträge i.S.d. § 24 Abs. 7 Satz 2 Nr. 1 Punkt 1 BMV-Ä gehandelt. Von diesen Aufträgen ist der Kläger ohne Rücksprache mit dem jeweils überweisenden Arzt bzw. ohne dessen Billigung abgewichen. Unerheblich ist dabei, dass der Kläger nach seinen Angaben aufgrund seiner fachlichen Kompetenz eine andere als die in Auftrag gegebene Leistung für medizinisch zweckmäßig, ausreichend und notwendig gehalten hat. Denn gerade für diesen Fall schreibt § 24 Abs. 7 Satz 2 Nr. 1 BMV-Ä die Rücksprache mit dem überweisenden Arzt vor. Eine andere Beurteilung ergibt sich auch in den Fällen nicht, in denen der überweisende Arzt die Diagnose mit einem Fragezeichen versehen hat. Denn damit wurde zum Ausdruck gebracht, zu welchem Zweck die genau angeforderte Leistung erbracht werden sollte. Die Frage diente mithin nur der Konkretisierung bzw. näheren Erklärung des klar umgrenzten Auftrags (LSG Baden-Württemberg, Urteil vom 15.12.1993 a.a.O.).

Selbst aber wenn dem Kläger zugestanden würde, dass die Überweisungen hinsichtlich der Überweisungsart unklar waren, führte dies nicht weiter. Es ist allein Aufgabe des überweisenden Arztes, die Überweisung ggf. auf Nachfrage zu präzieren. Der auftragnehmende Arzt ist nicht befugt, einen unklaren Auftrag seinerseits auszudeuten (LSG Baden-Württemberg, Urteil vom 15.12.1993 a.a.O.). Darauf, dass der Kläger zumindest in den so gekennzeichneten Fällen keine radiologische Mit- oder gar Weiterbehandlung durchgeführt hat, mithin den Überweisungsauftrag faktisch nicht so verstanden hat, kommt es angesichts dessen nicht mehr an.

Auf Vertrauensschutz kann sich der Kläger nicht berufen. Es liegt keine der besonderen Fallgestaltungen vor, bei denen Vertrauensschutzgesichtspunkte einer rückwirkenden Korrektur rechtswidrig begünstigender Honorarbescheide entgegenstehen könnten (s. dazu Bundessozialgericht, Urteile vom 14.12.2005 - B 6 KA 17/05 R - und vom 08.02.2006 - B 6 KA 12/05 R -). Seine Behauptung, die vorliegend beanstandete Verfahrensweise bei der Abrechnung seiner Leistungen mit der dies jedoch bestreitenden Beklagten abgesprochen zu haben, hat der Kläger nicht nachzuweisen vermocht. Der zu dieser Behauptung benannte Zeuge N konnte wegen des Zeitablaufs keine Angaben machen. Er hat aber der Behauptung des Klägers entgegenstehend und im Übrigen auch nachvollziehbar ausgeführt, dass er, zu einer notwendigen Erweiterung eines Überweisungsauftrags befragt, auf eine Rücksprache mit dem auftraggebenden Arzt und dessen Genehmigung verwiesen hätte.

Die Kostenentscheidung beruht auf § 197a Abs. 1 Satz 1 Halbsatz 3 SGG i.V.m. § 154 ff Verwaltungsgerichtsordnung (VwGO). Danach trägt der Kläger als unterliegender Teil die Kosten des Verfahrens (§ 154 Abs. 2 VwGO).

Die Voraussetzungen für die Zulassung der Revision liegen nicht vor (§ 160 Abs. 2 SGG).
Rechtskraft
Aus
Login
NRW
Saved
2015-02-09