

Bundessozialgericht

- 6 RKa 3/79 -

I m N a m e n d e s V o l k e s

Verkündet am
8. Juli 1981

U r t e i l

in dem Rechtsstreit

.....
Kläger und Revisionsbeklagter,
Prozeßbevollmächtigter:

g e g e n

.....
Beklagte und Revisionsklägerin,
beigeladen:

1)

Revisionsklägerin

Prozeßbevollmächtigte:

2)

3)

4)

5)

Prozeßbevollmächtigte zu 2) bis 5):

.....

.....

- 2 -



[JLaw – Gesetze und Urteile](#)
Kostenlos
Über 200 Gesetze
Über 100.000 Urteile
([mobile App](#))



[JLaw – für Android](#)



[JLaw – für iOS](#)

- 2 -

Der 6. Senat des Bundessozialgerichts hat auf die mündliche Verhandlung vom 8. Juli 1981 in Berlin für Recht erkannt:

Auf die Revision der Beklagten und der Beigeladenen zu 1) wird das Urteil des Schleswig-Holsteinischen Landessozialgerichts vom 8. Dezember 1978 - Az.: L 6 Ka 2/77 - aufgehoben.

Die Berufung des Klägers gegen das Urteil des Sozialgerichts Kiel vom 24. August 1977 - Az.: S 8 Ka 14/76 - wird zurückgewiesen.

Kosten sind nicht zu erstatten.

G r ü n d e :

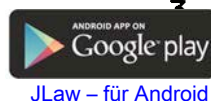
I

Gegenstand des Rechtsstreits ist eine von der beklagten Kassenärztlichen Vereinigung (KÄV) vorgenommene Berichtigung von Honorarabrechnungen des Klägers.

Der Kläger war als Facharzt für Chirurgie in I. zur kassenärztlichen Versorgung zugelassen. In den Quartalen III und IV 1975 hatte er in vier Überweisungsfällen jeweils ne-



[JLaw – Gesetze und Urteile](#)
Kostenlos
Über 200 Gesetze
Über 100.000 Urteile
[\(mobile App\)](#)



ben der ausdrücklich erbetenen Leistung ("Rö: Ringfinger re.", "10 Reizstrombehandlungen", "Rö-Kontrolle" bzw "Rö") auch noch Nummer 1 des Bewertungsmaßstabs für kassenärztliche Leistungen -BMÄ- (Beratung eines Kranken) - in einem Fall zweimal - und Nummer 25 BMÄ (eingehende, das gewöhnliche Maß übersteigende Untersuchung) sowie in dem zur Reizstrombehandlung überwiesenen Fall 14 weitere Behandlungen abgerechnet. Die beigeladene Allgemeine Ortskrankenkasse (AOK) beantragte deshalb gemäß § 7 Abs 2 des zwischen der beklagten KÄV und dem beigeladenen Landesverband der Ortskrankenkassen Schleswig-Holstein abgeschlossenen Gesamtvertrages vom 8. Juli 1969 (Schleswig-Holsteinisches Ärzteblatt 1969, 645) die Honorarabrechnungen des Klägers zu berichtigen und der Kasse den auf die Auftragsüberschreitung zurückzuführenden Betrag von DM 142,30 unter gleichzeitiger Belastung des Honorarkontos des Klägers wieder gutzuschreiben. Die Beklagte entsprach diesem Antrag, den Widerspruch des Klägers wies sie zurück. Das Sozialgericht (SG) hat die Klage abgewiesen.

Auf die zugelassene Berufung hat das Landessozialgericht (LSG) das Urteil des SG und die zugrundeliegenden Verwaltungsentscheidungen aufgehoben und die Beklagte verurteilt, für den Kläger auch den Betrag von DM 142,30 abzurechnen. Zur Begründung wird ausgeführt: Der Kläger sei zwar nach § 10 Abs 1 Satz 1 des Bundesmantelvertrages vom 1. Oktober 1959 (BMV-Ä aF) in der ab 1. Januar 1975 geltenden Fassung - abgelöst von dem am 1. Juli 1978 in Kraft getretenen Bundesmantelvertrag vom 28. August 1978 (BMV-Ä nF) - und Ziffer 8 des Landesmantelvertrages (LMV) Schleswig-Holstein vom 5. Mai 1960 (Schleswig-Holsteinisches Ärzteblatt 1960, 168) an die in den Überweisungsscheinen erteilten Aufträge gebunden gewesen. Gegen diese Bindung bestünden keine durchgreifenden verfassungsrechtlichen Bedenken.



- 4 -

Für eine sachlich-gebührenordnungsmäßige Richtigstellung der Abrechnung des Klägers habe aber ein Grund nicht bestanden, insbesondere ergebe sich ein solcher nicht aus einer von der Beklagten angenommenen Auftragsüberschreitung des Klägers, denn die überweisenden Ärzte K. und Dr. H. hätten, wie ihren Schreiben vom 21. und 25. Januar 1977 zu entnehmen sei, die Maßnahmen des Klägers zumindest nachträglich genehmigt. Sollte eine Auftragsüberschreitung vorgelegen haben, so sei sie durch die Schreiben der auftraggebenden Ärzte als gedeckt anzusehen. Die Annahme der Beklagten und der Beigeladenen, daß nur diejenigen Gebührenpositionen zu honorieren seien, die allein dem im Überweisungsschein enthaltenen schriftlichen Eintragungen des überweisenden Arztes entsprächen, treffe nicht zu. Dafür gebe es keine Rechtsgrundlage, insbesondere könne dies weder aus § 3 Abs 5 noch aus § 7 Abs 3 noch aus § 9 Abs 2 Satz 2 des Honorarverteilungsmaßstabes (HVM) der Beklagten hergeleitet werden. Wenn der beauftragte Arzt die ergänzenden Leistungen selbst auf den Überweisungsschein eintrage, so könne die Abrechnungsfähigkeit dieser Leistungen nicht davon abhängen, daß zunächst eine Rücksprache mit dem überweisenden Arzt stattgefunden habe. Da im übrigen die umstrittenen Leistungen nach dem Sachverständigen-Urteil der ehrenamtlichen Richter in den hier in Rede stehenden vier Behandlungsfällen durchaus denkbar seien und ihre Notwendigkeit nicht von der Beklagten und nicht in dem hier eingeschlagenen Verfahren geprüft werden könne, müsse die Berufung des Klägers Erfolg haben. Es komme daher nicht mehr darauf an, ob die in den Überweisungsscheinen erteilten Aufträge in dem vom Kläger geltend gemachten Sinne auslegungsfähig seien.

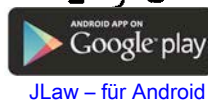
Gegen diese Entscheidung haben sowohl die Beklagte als auch die beigeladene AOK die zugelassene Revision eingelegt. Die Revisionsklägerinnen rügen eine Verletzung materiellen Rechts, insbesondere des § 10 Abs 1 BMV-Ä aF. Sie wenden

Hinweis: Auch Teile der Urteilsammlung sind als Datenbank nach §§ 87a ff. UrhG geschützt.

- 5 -



JLaw – Gesetze und Urteile
Kostenlos
Über 200 Gesetze
Über 100.000 Urteile
[\(mobile App\)](#)



sich vor allem gegen die Rechtsauffassung des LSG, eine Überschreitung des Überweisungsauftrages könne durch nachträgliche Genehmigung des beauftragenden Arztes ohne weiteres als geheilt angesehen werden. Sie machen diesbezüglich geltend, die sich aus § 184 Abs 1 des Bürgerlichen Gesetzbuches (BGB) ergebende Dispositionsbefugnis sei im Kassenarztrecht schon wegen der Notwendigkeit einer ordnungsgemäßen Rechnungslegung eingeschränkt (§ 9 Abs 2 und 4 HVM), außerdem werde mit der Überschreitung eines gezielten Überweisungsauftrages in die Behandlung des auftraggebenden Arztes eingegriffen. Im übrigen tragen sie vor: Das Berufsgericht gehe bei grundsätzlicher Anerkennung einer Bindungswirkung gezielter Überweisungsaufträge davon aus, daß derartige Aufträge auslegungsfähig und in vielen Fällen auslegungsbedürftig seien. Dem vom LSG für zulässig gehaltenen Rückgriff auf die Auslegungsvorschriften des bürgerlichen Rechts seien jedoch ganz enge Grenzen gezogen. Bestünden Unklarheiten über den erteilten Auftrag, dann werde der beauftragte Arzt zunächst nicht versuchen, mit Hilfe einer Auslegung Klarheit zu bekommen. Viel näher liege es, daß er sich zB durch fernmündlichen Rückruf die gewünschte Klarheit zu verschaffen versuche. Die Argumentation des LSG gehe insoweit an der Lebenswirklichkeit vorbei. Auch nach den Grundsätzen des bürgerlichen Rechts habe der Beauftragte, der unter bestimmten Voraussetzungen von den Weisungen des Auftraggebers abzuweichen berechtigt sei, vor der Abweichung dem Auftraggeber Anzeige zu machen und dessen Entschließung abzuwarten, wenn nicht mit dem Aufschub Gefahr verbunden sei (§ 665 BGB). Das gelte selbst dann, wenn das Einverständnis des Auftraggebers mit der Änderung angenommen werden könne (RGZ 105, 53; 106, 31; 114, 377). Die Bindung an den Überweisungsauftrag könne allerdings nicht soweit gehen, daß der Arzt wider besseres Wissen zur Begehung von Kunstfehlern verpflichtet



- 6 -

werde. Daß § 10 Abs 1 BMV-Ä aF im aufgezeigten Sinne auszu-
legen sei, bewaise die ab 1978 geltende Neufassung dieser
Vorschrift (§ 19 Abs 3 BMV-Ä nF), die ausdrücklich von der
Bindung des beauftragten Arztes spreche. Insoweit handele
es sich nicht um neues Recht, sondern um eine klarstellen-
de Ergänzung der schon vorher geltenden Regelung. Die von
den Partnern des BMV-Ä gewollte Bindung an den Auftrag wür-
de illusorisch, könnten die Überschreitungen durch nach-
trägliche Genehmigungen geheilt werden.

Die Beklagte und die beigeladene AOK beantragen,
das Urteil des Schleswig-Holsteinischen Landes-
sozialgerichts vom 8. Dezember 1978 aufzuheben
und die Berufung des Klägers gegen das Urteil
des Sozialgerichts Kiel vom 28. August 1977
zurückzuweisen.

Der Kläger beantragt,
die Revisionen zurückzuweisen.

Er erwidert: Das LSG habe im Ergebnis zutreffend entschie-
den. Es habe jedoch Ziffer 8 LMV Schleswig-Holstein überse-
hen, der zu entnehmen sei, daß in Schleswig-Holstein nur
bei Überweisungen an Kassenärzte derselben Disziplin, nicht
dagegen bei Überweisungen an Kassenärzte anderer Diszipli-
nen eine Beschränkung des Auftrages auf die Ausführung
gezielter Sachleistungen zulässig sei. Das habe einen sach-
lichen Gehalt und Sinn, denn der Allgemeinpraktiker sei
nicht kompetent, einem Facharzt bindend gezielte Sachlei-
stungen vorzuschreiben; der Facharzt habe seine ärztliche
Tätigkeit in jedem Fall in eigener Verantwortung auszuüben,
er könne nicht strikt an den weniger tiefen speziellen Er-

- 7 -



JLaw – Gesetze und Urteile
Kostenlos
Über 200 Gesetze
Über 100.000 Urteile
[\(mobile App\)](#)



[JLaw – für Android](#)



[JLaw – für iOS](#)

fahrungs- und Erkenntnisstand des Allgemeinpraktikers gebunden werden. Überweise ein Allgemeinpraktiker einen Patienten an einen Facharzt, so stelle das eine Empfehlung dar, den Facharzt einer bestimmten Disziplin aufzusuchen, damit dieser zu Gunsten des Patienten ärztliche oder bestimmte ärztliche Leistungen erbringe, die über die Kompetenz des Allgemeinpraktikers hinausgingen, sei es auf dem Sektor der Diagnose, sei es auf dem Sektor der Therapie. Folge der Patient der Empfehlung, so erwarte er doch vom Facharzt, daß dieser letztlich nicht abgestellt auf die Verantwortung des überweisenden Allgemeinpraktikers, sondern ausschließlich abgestellt auf die eigene persönliche Verantwortung die fachärztlichen Leistungen erbringe, die ihm "zur Durchführung bestimmter ärztlicher Leistungen", wie sie der überweisende Allgemeinpraktiker angesprochen habe, notwendig erschienen. Der Facharzt übe seinen Beruf in seinem Bereich ebenso eigenverantwortlich aus wie der Allgemeinpraktiker. Insbesondere sei es unzulässig, den Facharzt zu einem strikt weisungsgebundenen Erfüllungsgehilfen der Allgemeinpraktiker herabzuwürdigen. Sei in Wahrheit der Patient, nicht aber der überweisende Allgemeinpraktiker als Auftraggeber des Facharztes anzusehen, so genehmige der Patient vor oder während der Behandlung durch den Facharzt eventuelle Abweichungen. Da sich im Regelfall kein Patient gegen seinen Willen behandeln lasse, könne unterstellt werden, daß der Patient Abweichungen genehmigt habe. Gehe man dem Facharzt, was geboten sei, dasselbe Verantwortungsbewußtsein zu wie dem überweisenden Allgemeinpraktiker, so müsse bei der Abrechnung der fachärztlichen Leistungen ebenso wie beim Allgemeinpraktiker davon ausgegangen werden, daß die fachärztlichen Leistungen erbracht worden und im Interesse des Patienten notwendig gewesen seien. Die Überweisungsaufträge entsprächen nie den Anforderungen, also müsse der be-

Hinweis: Auch Teile der Urteilsammlung sind als Datenbank nach §§ 87a ff. UrhG geschützt.



auftragte Arzt selbst überlegen, was zu tun sei.

Die Beigeladenen zu 2) bis 5) haben sich nicht am Revisionsverfahren beteiligt.

II

Die Revisionen sind begründet. Das der Berufung des Klägers stattgebende Urteil des LSG kann nicht bestätigt werden.

Die vom Kläger angefochtene Berichtigung seiner Honorarabrechnungen für das III. und IV. Quartal 1975 ist rechtlich nicht zu beanstanden. Sie betrifft Leistungen, die der Kläger in Überschreitung von Überweisungsaufträgen erbrachte und deshalb gegenüber der Beklagten nicht abrechnen durfte. Ein an der kassenärztlichen Versorgung teilnehmender Arzt, der aufgrund eines Überweisungsauftrages eines anderen Kassenarztes tätig wird, ist grundsätzlich an den Überweisungsauftrag gebunden. Davon ist auch das LSG noch zutreffend ausgegangen. Es hat dann aber zu Unrecht angenommen, eventuelle Auftragsüberschreitungen des Klägers könnten dessen Gebührenforderungen deshalb nicht entgegengehalten werden, weil die Überweisenden Ärzte die vom Kläger erbrachten Leistungen nachträglich genehmigt hätten. Die Genehmigungen wurden erst zu einem Zeitpunkt erteilt, als die Überweisungsaufträge nicht mehr zu Lasten der Beklagten beziehungsweise der zuständigen Krankenkasse erweitert werden konnten.

Die Befugnisse der KÄVen, die von den Ärzten erbrachten Leistungen zu prüfen und die Abrechnungen richtigzustellen, sind für die hier fragliche Zeit in § 23 Abs 1 BMV-Ä aF und



für die gegenwärtige Zeit in § 34 Abs 1 BMV-Ä nF näher beschrieben. Danach obliegt es den KÄVen ua die Honorarforderungen der Ärzte rechnerisch und gebührenordnungsmäßig zu prüfen und erforderlichenfalls zu berichtigen sowie die Wirtschaftlichkeit der kassenärztlichen Versorgung im einzelnen zu überwachen und bei unwirtschaftlicher Behandlungs- und Verordnungsweise Abstriche von den Honorarforderungen vorzunehmen beziehungsweise über die von den Krankenkassen gestellten Regreßforderungen zu entscheiden. Zur Überwachung der Wirtschaftlichkeit der kassenärztlichen Versorgung errichten die KÄVen besondere Prüfungsinstanzen, im übrigen erfolgen die Prüfungen durch die KÄVen selbst beziehungsweise durch ihre Abrechnungsstellen (§ 368n Abs 4 Satz 1 der Reichsversicherungsordnung -RVO- idF des Gesetzes über das Kassenarztrecht -GKAR- vom 17. August 1955 - BGBI I 513 -, jetzt § 368n Abs 5 Satz 1 RVO idF des Krankenversicherungs-Kostendämpfungsgesetzes -KVKG- vom 27. Juni 1977 - BGBI I 1069 -; § 22 Abs 1 BMV-Ä aF, § 34 Abs 2 BMV-Ä nF; vgl Heinemann/Liebold, Kassenarztrecht, 4. Aufl, § 23 BMV-Ä Anm 1, S IV 56). Die im vorliegenden Fall umstrittene Prüfung und Berichtigung betrifft nicht die Frage der Wirtschaftlichkeit der Behandlungs- und Verordnungsweise des Klägers, sondern schon die Vorfrage, ob der Kläger nach dem geltenden Kassenarztrecht die beanstandeten Leistungen überhaupt zu Lasten des Trägers der gesetzlichen Krankenversicherung erbringen durfte. Die Beklagte hat daher zu Recht ihre Prüfungszuständigkeit angenommen.

Die im BMV-Ä getroffenen und durch vertragliche Vereinbarungen zwischen der KÄV eines Landes und den Landesverbänden der Krankenkassen (LMV, Gesamtverträge) ergänzten Regelungen über die Prüfung und Berichtigung von Honorarforderungen durch die KÄV beruhen auf Vorschriften der RVO, die hierfür die gesetzlichen Ermäch-



tigungen enthalten und den Rahmen bestimmen. Die KÄV, die von den Kassenärzten für den Bereich eines Landes zur Erfüllung der ihnen übertragenen Aufgaben der kassenärztlichen Versorgung gebildet wird (§§ 368, 368k Abs 1 RVO), hat einerseits die Rechte der Kassenärzte gegenüber den Krankenkassen wahrzunehmen, andererseits aber auch die Erfüllung der den Kassenärzten obliegenden Pflichten zu überwachen (§ 368n Abs 1 Sätze 2 und 3 RVO idF des GKAR, jetzt § 368n Abs 2 Sätze 1 und 2 RVO idF des Krankenversicherungs-Weiterentwicklungsgesetzes -KVWG- vom 28. Dezember 1976 -BGBl I 3871-). Es sind ihr die gesetz- und vertragsmäßige Durchführung der kassenärztlichen Versorgung, die Überwachung der kassenärztlichen Tätigkeit und die Verteilung der kassenärztlichen Gesamtvergütung übertragen (§ 368n Abs 4 RVO). Sie hat den Krankenkassen und ihren Verbänden gegenüber die Gewähr dafür zu übernehmen, daß die kassenärztliche Versorgung den gesetzlichen und vertraglichen Erfordernissen entspricht (§ 368n Abs 1 RVO). Die dem Versicherten zu gewährende ärztliche Versorgung ist im Rahmen der gesetzlichen Vorschriften (§ 368 Abs 2, § 368e RVO) und der Richtlinien der Bundesausschüsse (§§ 368 o, 368p RVO) durch schriftliche Verträge der KÄV mit den Verbänden der Krankenkassen so zu regeln, daß eine gleichmäßige, ausreichende, zweckmäßige und wirtschaftliche Versorgung der Kranken gewährleistet ist und die ärztlichen Leistungen angemessen vergütet werden (§ 368g Abs 1 RVO). Die KÄV schließt zu diesem Zweck mit den Landesverbänden der Krankenkassen mit Wirkung für die beteiligten Krankenkassen Gesamtverträge (§ 368g Abs 2 RVO), deren allgemeiner Inhalt zwischen den kassenärztlichen Bundesvereinigungen mit den Bundesverbänden der Krankenkassen in Bundesmantelverträgen vereinbart wird (§ 368g Abs 3 RVO). Für den einzelnen Kassenarzt, der ordentliches Mitglied der für ihn zuständigen KÄV ist (§ 368a Abs 4, § 368k Abs 4 RVO), sind die von seiner KÄV geschlossenen Gesamtverträge unmittelbar (§ 368a Abs 4 Halbs 2 RVO) und die von der Bundesvereinigung geschlossenen Verträge aufgrund einer zwingend vorgeschrie-



benen Satzungsbestimmung (§ 368m Abs 2 RVO) verbindlich.

Diesen grundlegenden gesetzlichen Vorschriften ist zunächst zu entnehmen, daß die Prüfung der vom Kassenarzt erbrachten Leistungen durch die zuständige KÄV bzw ihre Prüfungseinrichtungen zulässig und in den gesetzlich vorgeschriebenen vertraglichen Vereinbarungen näher zu regeln ist. Es ergibt sich weiter, daß sich die Prüfung vor allem darauf zu erstrecken hat, ob und inwieweit sich die Leistungen des Kassenarztes im Rahmen der dem Versicherten zustehenden kassenärztlichen Versorgung halten und ob demgemäß die Honorarforderungen des Kassenarztes anzuerkennen oder zu berichtigen bzw zu kürzen sind. Es kommt also hinsichtlich der Frage, ob die Leistung eines Kassenarztes gegenüber der KÄV abgerechnet werden kann, nicht allein, wie offenbar der Kläger meint, auf den vom Patienten erteilten Behandlungsauftrag an, vielmehr auch auf die rechtliche Ausgestaltung der den Krankenkassen und der KÄV gemeinsam obliegenden kassenärztlichen Versorgung. Rechtsgrundlage der Behandlung eines Versicherten durch einen Kassenarzt zu Lasten der Krankenkasse ist nicht allein ein zweiseitiges Vertragsverhältnis zwischen dem Patienten und dem Arzt, sondern ein mehrseitiges auf Gesetz und Vertrag beruhendes Rechtsverhältnis zwischen Patient, Krankenkasse, KÄV und Arzt.

Der in der gesetzlichen Krankenversicherung bereitgestellte Versicherungsschutz ist zwar umfassend, er ist jedoch nicht unbegrenzt. Dies hat auch der Kassenarzt bei Erbringung seiner Leistung zu beachten. Der Versicherte hat Anspruch auf die ärztliche Versorgung, die zur Heilung oder Linderung nach den Regeln der ärztlichen Kunst zweckmäßig und ausreichend ist; Leistungen, die für die Erzielung des Heilerfolges nicht notwendig



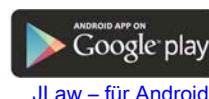
oder unwirtschaftlich sind, kann der Versicherte nicht beanspruchen, der an der kassenärztlichen Versorgung teilnehmende Arzt darf sie nicht bewirken oder verordnen, die Kasse darf sie nachträglich nicht bewilligen (§368e Satz 1 und 2 RVO). Des weiteren hat der Versicherte grundsätzlich das Recht, unter den an der kassenärztlichen Versorgung teilnehmenden Ärzten frei zu wählen, er soll aber den Arzt innerhalb eines Kalendervierteljahres nur bei Vorliegen eines triftigen Grundes wechseln (§ 368d Abs 1 und 3 RVO). Für die Inanspruchnahme von ärztlicher Behandlung hat der Versicherte einen Krankenschein zu lösen und dem Arzt auszuhändigen (§ 188 RVO). Ein zweiter Krankenschein soll grundsätzlich nicht ausgestellt werden (§ 8 Abs 6 BMV-Ä aF und nF). Im übrigen kann ein zweiter Kassenarzt aufgrund einer Überweisung tätig werden (§ 10 BMV-Ä aF, § 19 BMV-Ä nF). 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 - einen zweiten Krankenschein oder einen Überweisungsschein - voraussetzt (vgl § 8 Abs 1 Satz 1 BMV-Ä aF und nF). 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 eine Privatvergütung verlangen (§ 8 Abs 3 BMV-Ä aF und nF). Macht der Arzt von diesem Recht keinen Gebrauch, so trägt er das Honorarrisiko.

Nach den Tatsachenfeststellungen des LSG, die auch der Senat seiner Entscheidung zugrundelegen hat (§ 163 des Sozialgerichtsgesetzes -SGG-), erbrachte der Kläger die hier umstrittenen Leistungen aufgrund von vier Überweisungsaufträgen, die in einem Fall auf 10 Reizstrombehandlungen und in den übrigen Fällen ausschließlich auf Röntgenuntersuchungen, also auf die Durchführung bestimmter ärztlicher Leistungen gerichtet waren. Das LSG ist zunächst noch zutreffend davon



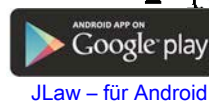
ausgegangen, daß der beauftragte Kassenarzt an den Auftrag des überweisenden Kassenarztes gebunden ist und daß gegen diese Bindung keine verfassungsrechtlichen Bedenken bestehen. Im vorliegenden Fall liegen auch keine besonderen Gründe vor, die eine Bindung an die Überweisungsaufträge ausschließt. Da der Kläger nicht der behandelnde Arzt der Patienten war, konnte er, wie es sich bereits aus der dargelegten allgemeinen Rechtslage ergibt, zu Lasten der Krankenkasse nur im Rahmen der Überweisungsaufträge tätig werden. § 10 Abs 1 BMV-Ä aF, der in der hier fraglichen Zeit galt, unterschied ebenso wie der jetzt geltende § 19 Abs 1 BMV-Ä nF zwischen einer Überweisung zur Durchführung bestimmter ärztlicher Leistungen und einer Überweisung zur Weiter- (oder Mit-)behandlung des Patienten. Die hier getroffene Unterscheidung wäre unverständlich, wenn ihr keine rechtliche Bedeutung zukommen sollte. Ist aber die Unterscheidung rechtlich bedeutsam, so muß sie auch von dem beauftragten Arzt, der als Kassenarzt dem Kassenarztrecht unterworfen ist, beachtet werden. Die Überweisung zur Durchführung bestimmter ärztlicher Leistungen berechtigt deshalb den beauftragten Arzt nur zur Erbringung der im Überweisungsauftrag erbetenen Leistung.

Die Neufassung des BMV-Ä schreibt die Bindung an den Überweisungsauftrag nun ausdrücklich vor. § 19 BMV-Ä nF bestimmt in den Absätzen 2 und 3, daß eine Überweisung grundsätzlich nur ein Kassenarzt vornehmen kann, dem ein gültiger Krankenschein vorliegt und daß der aufgrund einer Überweisung tätig werdende Arzt an den Überweisungsauftrag gebunden ist und auch eine weitere Überweisung nur im Rahmen des ihm erteilten Auftrages vornehmen kann. Diese neu gefaßten vertraglichen Regelungen haben nicht die Bedeutung einer Rechtsänderung, sondern, worauf die Revisionen zutreffend hinweisen,



lediglich die Bedeutung einer Klarstellung. Sie entsprechen den schon vorher im Krankenversicherungs- und Kassenarztrecht geltenden Rechtsgrundsätzen, so daß auch § 10 BMV-Ä aF in diesem Sinne auszulegen ist. Der Grundsatz, daß die Krankenpflege ausreichend und zweckmäßig sein muß, aber das Maß des Notwendigen nicht überschreiten darf (§ 182 Abs 2, § 368e RVO), gebietet es, einen weiteren Kassenarzt nur insoweit einzuschalten, als es für die Erzielung des Heilerfolges notwendig ist. Die Befugnis des Kassenarztes, bei der Behandlung eines Patienten einen weiteren Kassenarzt hinzuzuziehen, wird deshalb auch in § 10 BMV-Ä aF ausdrücklich von der Erforderlichkeit dieser Maßnahme abhängig gemacht. Daß sich diese Voraussetzung auch auf den Umfang der vom behandelnden Arzt in Anspruch genommenen Leistung eines anderen Arztes bezieht, kann in Anbetracht der Wortfassung dieser Vorschrift, insbesondere der hier vorgenommenen Differenzierung nicht in Zweifel gezogen werden. Der beauftragende Kassenarzt hat schließlich auch den Umfang seiner Überweisungen im Rahmen der Wirtschaftlichkeit seiner Behandlungs- und Ordnungsweise zu vertreten (§ 22 Abs 4 BMV-Ä aF, § 33 Abs 3 BMV-Ä nF; vgl auch Heinemann/Liebold, aaO, § 22 Anm 4, S IV 54b).

Die Argumente, die der Kläger gegen die Bindung an den Überweisungsauftrag vorbringt, überzeugen nicht. Die an Ziffer 8 LMV anknüpfenden Überlegungen berücksichtigen nicht die rechtliche Ausgangslage dieser Vorschrift. Die hier vorgesehene Möglichkeit der Überweisung an einen anderen Kassenarzt derselben Disziplin zur Durchführung bestimmter Sachleistungen erlaubt nicht die Schlußfolgerung, daß eine solche Überweisung an einen Kassenarzt anderer Disziplinen unzulässig ist. Ziffer 8 LMV ist im Zusammenhang mit der in § 10 Abs 1 Satz 2 BMV-Ä aF und § 19 Abs 1 Satz 2 BMV-Ä nF getroffenen Regelung zu sehen, wonach die Überweisung zu einem anderen Kassenarzt derselben Disziplin nur in Ausnahmefällen zulässig war und ist. Die Bestimmung des LMV kon-



kretisiert also lediglich einen im BMV-Ä vorgesehenen Ausnahmefall. Sie betrifft die nur ausnahmsweise zulässige Überweisung an einen Arzt derselben Disziplin und regelt generell einen solchen Ausnahmefall, nämlich die Überweisung zur Durchführung einer bestimmten Sachleistung. Damit werden aber die verschiedenen Möglichkeiten der allgemein zulässigen Überweisung an einen Arzt anderer Disziplinen nicht berührt.

Auch der Gesichtspunkt der Verantwortung steht einer Beschränkung des Überweisungsauftrages auf bestimmte ärztliche Leistungen nicht entgegen. Selbstverständlich kann der beauftragte Arzt nicht zu einer Leistung verpflichtet sein, die nach seinem Kenntnis- und Erfahrungsstand nicht notwendig oder nicht zweckmäßig ist oder nicht den Regeln der ärztlichen Kunst entspricht. Die Verpflichtung zur Sorgfalt nach den Vorschriften des bürgerlichen Vertragsrechts (§ 368d Abs 4 RVO) gilt auch für den beauftragten Arzt. Die Bindung des Überweisungsauftrages erstreckt sich daher in der Regel nicht auf die Art und Weise der Leistungserbringung (zB die Bestimmung der Strahlendosis bei einer Bestrahlungsserie; vgl BSG SozR 5530 Allg Nr 1). Es steht auch außer Frage, daß der beauftragte Arzt die in einem Überweisungsauftrag erbetenen Leistungen oder überhaupt die Annahme des Auftrages ablehnen kann, wenn dies die ihm obliegende Sorgfaltspflicht gebietet. Es ist ebenfalls unbestritten, daß der beauftragte Arzt auf eine Erweiterung des Überweisungsauftrages hinwirken kann, wenn er weitere Untersuchungs- oder Behandlungsmaßnahmen für erforderlich hält. Es ist ihm aber grundsätzlich verwehrt, solche Maßnahmen eigenmächtig über den erteilten Auftrag hinaus durchzuführen. Damit würde er in die Behandlung des Arztes eingreifen, der vom Patient als behandelnder Arzt gewählt worden ist und der mit dem Überweisungsauftrag nur bestimmte ärzt-



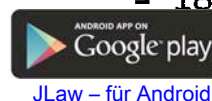
liche Leistungen einem anderen Arzt übertragen hat, also hinsichtlich der Gesamtbehandlung die umfassende Verantwortung trägt. Zudem ist der nur zur Erbringung bestimmter ärztlicher Leistungen eingeschaltete Arzt oft nicht ausreichend darüber informiert, welche ärztliche Untersuchungs- und Behandlungsmaßnahmen bereits durchgeführt worden sind. Es muß deshalb grundsätzlich dem behandelnden Arzt überlassen sein, welche diagnostischen oder therapeutischen Leistungen er einem anderen Arzt überträgt und in welchem Umfang er seine Zuständigkeit behalten will.

Sollte in diesem Rahmen eine dem Versicherungsanspruch des Patienten gerecht werdende ärztliche Behandlung nicht gewährleistet sein, so kann sich unter Umständen die Verpflichtung der Krankenkasse ergeben, dem Patienten durch die Ausstellung eines zweiten Krankenscheines den Wechsel des behandelnden Arztes zu ermöglichen. In dringen Fällen kann ein solcher Krankenschein nachgereicht werden (§ 188 Satz 2 RVO). Schließlich kommt auch die entsprechende Anwendung des § 665 BGB in Betracht. Nach dieser Vorschrift ist der aufgrund eines Überweisungsauftrages tätig werdende Arzt berechtigt, von den Weisungen des auftraggebenden Arztes abzuweichen, wenn er den Umständen nach annehmen darf, daß der Auftraggeber bei Kenntnis der Sachlage die Abweichung billigen würde. Der Beauftragte hat jedoch auch in diesem Fall vor der Abweichung dem Auftraggeber Anzeige zu machen und dessen EntschlieÙung abzuwarten, wenn nicht mit dem Aufschub Gefahr verbunden ist. Im vorliegenden Fall sind keine Gründe vorgetragen worden, die einen solchen Ausnahmefall rechtfertigen könnten.

Entgegen der vom LSG vertretenen Auffassung konnten im vorliegenden Fall die in den Behandlungsquartalen III und IV 1975 erteilten Überweisungsaufträge nicht mehr durch die in den Schreiben der Überweisenden Ärzte vom 21. und 25. Januar 1977 gesehenen nachträglichen Zustimmungen rückwirkend



erweitert werden. Eine solche rückwirkende Erweiterung der Überweisungsaufträge - eventuell als Genehmigung eines Behandlungsvertrages zwischen dem beauftragten Arzt und dem Patienten durch die Überweisenden Ärzte - sieht das Kassenarztrecht nicht vor. Es käme insoweit lediglich eine entsprechende Anwendung der bürgerlich-rechtlichen Vorschrift des § 184 BGB in Betracht, wonach die nachträgliche Zustimmung (Genehmigung) auf den Zeitpunkt der Vornahme des Rechtsgeschäfts zurückwirkt. Diese Vorschrift gilt jedoch auch im bürgerlichen Recht nur dann, wenn nicht ein anderes bestimmt ist. Eine entsprechende Anwendung im öffentlichen Recht und damit auch in dem vom öffentlichen Recht beherrschten Kassenarztrecht kann nur in Erwägung gezogen werden, sofern nichts anderes besonders bestimmt oder durch die Besonderheiten der Interessenlage bedingt ist (vgl. Wolff/Bachof, Verwaltungsrecht I, 9. Aufl, S 257; zum Rückgriff auf Bestimmungen des bürgerlichen Rechts im öffentlichen Recht auch Forsthoff, Lehrbuch des Verwaltungsrechts, Band I, 10. Aufl, S 168 ff). Wie bereits dargelegt, wird bei der Behandlung eines Mitglieds der gesetzlichen Krankenversicherung die Interessenlage nicht nur von den Interessen des Patienten und der behandelnden Ärzte, sondern auch von den Interessen der KÄV, der Krankenkasse und der Versicherungsgemeinschaft bestimmt. Die zu berücksichtigenden Interessen beschränken sich somit nicht nur auf die Behandlung des Patienten und die Vergütung der behandelnden Ärzte, sie erstrecken sich ua auf die Wirtschaftlichkeit der kassenärztlichen Versorgung, für die die Krankenkasse und die KÄV auch im Interesse der Versicherten und der sonstigen Beitragszahler zu sorgen hat. Deshalb verlangt das Kassenarztrecht von den Kassenärzten eine genaue Beachtung der Bestimmungen, die eine sparsame und wirtschaftliche Leistungsgewährung ermöglichen. Dazu gehören vor allem die Bestimmungen über



die Abrechnung der kassenärztlichen Leistungen. Die Einhaltung dieser Bestimmungen ist eine Voraussetzung für die der KÄV übertragene Überwachung der Wirtschaftlichkeit der kassenärztlichen Versorgung im Einzelfall. Grundlage der Abrechnung ist der Behandlungsfall, also die ärztliche Behandlung des Patienten in einem Abrechnungsquartal (§ 9 BMV-Ä aF, § 11 BMV-Ä nF). Da Gegenstand der Wirtschaftlichkeitsprüfung die gesamte kassenärztliche Tätigkeit des Arztes ist, also auch seine Überweisungen zu berücksichtigen sind, kann dem Arzt nach Abschluß des Behandlungsfalles, spätestens nach Abrechnung des entsprechenden Behandlungsquartals grundsätzlich nicht mehr das Recht zustehen, einen Überweisungsauftrag nachträglich zu Lasten der Krankenkasse zu erweitern. Im vorliegenden Fall sind die Genehmigungen erst über ein Jahr nach Ende des Behandlungsquartals erteilt worden. Zumindest zu diesem Zeitpunkt konnten die Überweisungsaufträge nicht mehr rückwirkend erweitert werden.

Die vom LSG offengelassene Frage, ob die Überweisungsaufträge in dem vom Kläger angenommenen Sinne auslegungsfähig sind, stellt sich in Anbetracht des eindeutigen Wortlauts nicht. Die Aufträge beschränken sich auf Röntgenuntersuchungen und auf eine genau begrenzte Reizstrombehandlung. Wenn der Kläger diese diagnostischen und therapeutischen Maßnahmen für unzureichend hielt, hätte er eine Erweiterung des Auftrages veranlassen können, die die Beklagte nach ihrer Einlassung auch dann anerkennt, wenn sie fernmündlich eingeholt wird. Soweit der Kläger der Auffassung ist, daß er als Facharzt für Chirurgie im Gegensatz zu einem Facharzt für Röntgenologie nicht auf Röntgenleistungen beschränkt werden könne, läßt er unbeachtet, daß er in den hier umstrittenen Überweisungsfällen eben nicht zur chirurgischen Behandlung oder Mitbehandlung herangezogen wurde. Daß Röntgenleistungen ausnahmsweise auch von Fachärzten anderer Disziplinen - als sogenannte Teilröntgenologen auf ihr Fachgebiet beschränkt - erbracht werden, ist dem Kassenarztrecht nicht



unbekannt (vgl BSGE 36, 155, 159, 160 = SozR Nr 37 zu § 368a RVO; Heinemann/Liebold, aaO, § 10 BMV-Ä Anm 4, S IV 34b). Das wird im Rahmen der kassenärztlichen Versorgung unter Umständen hinzunehmen sein, wenn - wie nach den Feststellungen des SG auch im vorliegenden Fall - am Wohnort der Patienten oder in erreichbarer Nähe kein Röntgenfacharzt zur Verfügung steht. Das berechtigt jedoch nicht dazu, den in einem solchen Fall an einen Nichtröntgenologen erteilten Auftrag zur Erbringung von Röntgenleistungen dahin auszulegen, daß der beauftragte Arzt auch zu anderen diagnostischen und therapeutischen Maßnahmen berechtigt ist.

Auf die Revisionen war sonach das erstinstanzliche Urteil wiederherzustellen.

Die Kostenentscheidung beruht auf § 193 SGG.

