

BUNDESSOZIALGERICHT



Im Namen des Volkes

Urteil

in dem Rechtsstreit

Az: B 6 KA 93/96 R

.....,

Kläger und Revisionsbeklagter,

Prozeßbevollmächtigte:

.....,

g e g e n

Kassenärztliche Vereinigung Bayerns,
Mühlbaurstraße 16, 81677 München,

Beklagte und Revisionsklägerin,

beigeladen:

1. Barmer Ersatzkasse,
Untere Lichtenplatzer Straße 100-102, 42289 Wuppertal,
2. Deutsche Angestellten-Krankenkasse,
Nagelsweg 27-35, 20097 Hamburg,
3. Techniker-Krankenkasse,
Bramfelder Straße 140, 22305 Hamburg,
4. Hanseatische Krankenkasse,
Wandsbeker Zollstraße 82-90, 22041 Hamburg,
5. Verband der Angestellten-Krankenkassen e.V.,
Frankfurter Straße 84, 53721 Siegburg.



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



[JLaw – für Android](#)



[JLaw – für iOS](#)

Der 6. Senat des Bundessozialgerichts hat am 28. Januar 1998 ohne mündliche Verhandlung durch den Vorsitzenden Richter Dr. E n g e l m a n n , die Richter Dr. W e n n e r und Dr. C l e m e n s sowie die ehrenamtlichen Richterinnen Dr. D a w i d und Dr. D e p p i s c h - R o t h für Recht erkannt:

Auf die Revision der Beklagten wird das Urteil des Bayerischen Landessozialgerichts vom 31. Juli 1996 abgeändert. Die Berufung des Klägers gegen das Urteil des Sozialgerichts München vom 20. Juni 1995 wird zurückgewiesen.

Der Kläger hat die Kosten der Beklagten für das Berufungs- und Revisionsverfahren zu erstatten. Im übrigen sind Kosten nicht zu erstatten.

G r ü n d e :

I

Die beklagte Kassenärztliche Vereinigung (KÄV) berichtete die Ersatzkassenabrechnung des als Arzt für Neurologie, Psychiatrie und radiologische Diagnostik zugelassenen Klägers im Quartal II/89 durch Streichung von 18 computertomographischen (CT) Leistungen mit der Begründung, diese seien zwischen dem 1. und 28. April 1989 nicht vom Kläger, sondern von seinem Vertreter Dr. Z. erbracht worden. Dieser Arzt habe nicht über die erforderliche Qualifikation zur Erbringung und Abrechnung von CT-Leistungen in der vertragsärztlichen Versorgung verfügt. Den Widerspruch des Klägers, mit dem er geltend gemacht hatte, die Richtlinien der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KÄBV) über die Erbringung von CT-Leistungen könnten nur für Vertragsärzte, nicht aber für ihre Vertreter gelten, wies die Beklagte zurück. Soweit kassen- bzw vertragsärztliche Leistungen nur bei Nachweis einer bestimmten Qualifikation abgerechnet werden dürften, müsse im Falle der Vertretung des Praxisinhabers auch der Vertreter über die entsprechende Qualifikation verfügen.

Während das Sozialgericht (SG) die Klage abgewiesen hat (Urteil vom 20. Juni 1995), hat das Landessozialgericht (LSG) auf die Berufung des Klägers dieses Urteil sowie die angefochtenen Bescheide aufgehoben und die Beklagte verpflichtet, "dem Kläger die abgesetzten Honorarleistungen nachzuvergüten". Im Jahre 1989 sei die Abrechenbarkeit vertragsärztlicher Leistungen, die durch einen zulässigerweise tätig gewordenen Vertreter erbracht worden seien, nicht davon abhängig gewesen, daß der Vertreter dieselbe Qualifi-



kation nachgewiesen habe wie der von ihm vertretene Kassenarzt. Eine kurzzeitige Vertretung gemäß § 32 Abs 1 Zulassungsverordnung für Kassenärzte (Ärzte-ZV), wie sie im April 1989 vorgelegen habe, bedürfe nicht der Genehmigung der KÄV. Der Arzt, der sich vertreten lassen wolle, habe auch in seiner Eigenschaft als Kassen- bzw Vertragsarzt lediglich die Verpflichtung nach § 17 Abs 4 der Berufsordnung für die Ärzte Bayerns zu erfüllen, wonach er sich vergewissern müsse, ob die Voraussetzungen für eine ordnungsgemäße Vertretung in der Person des Vertreters erfüllt seien. Dem sei der Kläger hier nachgekommen, da Dr. Z. seit langem als Krankenhausarzt CT-Untersuchungen an Schädel und Wirbelsäulenkanal durchgeführt und die Beklagte zudem in der Vergangenheit die durch diesen Arzt erbrachten Leistungen nicht beanstandet habe (Urteil vom 31. Juli 1996).

Mit ihrer vom LSG zugelassenen Revision rügt die Beklagte eine Verletzung des § 32 Ärzte-ZV iVm § 5 Ziff 8 des Arzt-Ersatzkassenvertrages (EKV-Ä) sowie eine Verletzung der Aufklärungspflicht seitens des Berufungsgerichts. In § 32 Abs 1 Satz 3 sowie Abs 2 Satz 4 2. Halbsatz Ärzte-ZV komme der Rechtsgedanke zum Ausdruck, daß den Vertreter die gleichen kassen- bzw vertragsärztlichen Pflichten träfen wie den niedergelassenen Kassen- bzw Vertragsarzt. Dies gelte gemäß § 5 Ziff 8 EKV-Ä auch für den Ersatzkassenbereich und sei nunmehr in § 14 Abs 1 Bundesmantelvertrag-Ärzte (BMV-Ä) bzw § 20 Abs 1 EKV-Ä idF vom 1. Juli 1994 ausdrücklich normiert. Dort sei bestimmt, daß Leistungen durch den Vertreter nicht erbracht werden dürfen, wenn dieser die Qualifikationsvoraussetzungen für spezielle ärztliche Leistungen nicht erfülle.

Im übrigen habe der Patient, der eine Facharztpraxis zur Durchführung spezialisierter Leistungen aufsuche, die Erwartung, von einem Spezialisten behandelt zu werden. Dies gelte ebenso für die Ärzte, die Patienten an eine fachärztliche Praxis überwiesen. Auch sie gingen davon aus, daß der Arzt, der bestimmte spezialisierte Leistungen erbringe, die dafür erforderliche Qualifikation besitze. Auf dieser Grundlage sei es von untergeordneter Bedeutung, ob in ihrem - der Beklagten - Zuständigkeitsbereich "Vertreter-Richtlinien" erlassen worden seien oder nicht, worauf das Berufungsgericht entscheidend abgestellt habe. Zu Unrecht habe das LSG im übrigen angenommen, in ihrem Bereich existierten solche Richtlinien nicht. Bereits in ihrem Schriftsatz vom 30. Mai 1994 haben sie gegenüber dem SG auf das Landesrundsreiben Nr 5 aus dem Jahre 1987 aufmerksam gemacht, in dem ausdrücklich klargestellt worden sei, daß der Vertreter eines Kassenarztes Leistungen, für die eine qualifikationsbezogene Genehmigung erforderlich sei, nur dann erbringen dürfe, wenn er in gleicher Weise qualifiziert sei wie der Vertretene. Im Hinblick auf den Inhalt dieses Rundschreibens sowie die Tatsache, daß sie von der fehlenden Qualifikation des Praxisvertreters des Klägers vor 1989 keine Kenntnis gehabt habe, könne sich der Kläger für die Richtigkeit seiner Abrechnung auch nicht auf Vertrauensschutzgesichtspunkte berufen. Falls der Senat aus revisionsverfahrensrechtlichen Gründen davon ausgehe, der Inhalt des Landesrundsreibens Nr 5 aus 1987 sei (noch) nicht



Gegenstand des anhängigen Revisionsverfahrens geworden, müsse der Rechtsstreit wegen Verletzung der Amtsaufklärungspflicht an das LSG zurückverwiesen werden. Im Hinblick darauf, daß sie den Inhalt dieses Rundschreibens in einem an das Gericht gerichteten Schriftsatz wiedergegeben habe, habe das Berufungsgericht nicht ohne Verletzung seiner Sachaufklärungspflicht davon ausgehen können, Vertreter-Richtlinien existierten nicht.

Die Beklagte beantragt,

das Urteil des Bayerischen Landessozialgerichts vom 31. Juli 1996 aufzuheben und die Berufung des Klägers gegen das Urteil des Sozialgerichts München vom 20. Juni 1995 zurückzuweisen,
hilfsweise,
den Rechtsstreit unter Aufhebung des genannten Urteils des Bayerischen Landessozialgerichts an dieses Gericht zur erneuten Verhandlung und Entscheidung zurückzuverweisen.

Der Kläger beantragt,

die Revision zurückzuweisen.

Er ist der Auffassung, der als sein Praxisvertreter im Quartal II/89 tätig gewordene Dr. Z. verfüge über die fachliche Qualifikation zur Erbringung von CT-Leistungen, da er als erfahrener Krankenhausarzt von Ende 1980 bis Ende 1990 in verschiedenen Universitätskliniken und anderen Krankenhäusern langjährig CT-Leistungen erbracht und ausgewertet habe. Als Arzt für Neurochirurgie besitze er nach dem Inhalt der Weiterbildungsordnung eingehende Kenntnisse und Erfahrungen in der Röntgendiagnostik des Schädels und der Wirbelsäule einschließlich der Computertomographie. Ihm sei diese Qualifikation seines Vertreters bekannt gewesen, so daß er seine Verpflichtungen aus § 17 Abs 4 der Berufsordnung für die Ärzte Bayerns in der damals geltenden Fassung erfüllt habe. Soweit die Beklagte auf § 14 BMV-Ä abhebe, sei dies unerheblich, weil die aus dieser Vorschrift gezogenen Schlußfolgerungen nicht gerechtfertigt seien und sie im übrigen im 2. Quartal 1989 noch nicht gegolten habe. Ein allgemeiner Rechtssatz des Inhalts, daß seit jeher Vertreterleistungen nur abrechenbar seien, wenn auch der Vertreter die formellen Qualifikationsanforderungen erfülle, die (nur) für Kassenärzte gelten, existiere nicht. Schließlich sei die Beklagte aus rechtsstaatlichen Gründen daran gebunden, daß sie sowohl bei ihm wie auch bei zahlreichen anderen Ärzten in der Vergangenheit die Abrechenbarkeit bestimmter Leistungen nicht vom Nachweis der speziellen Qualifikation des Vertreters abhängig gemacht habe. Für spezialisierte Leistungen sei es im übrigen nahezu unmöglich, aus dem Kreis der Krankenhausärzte geeignete Vertreter zu finden, die die formelle Qualifikation gemäß den Richtlinien der KÄBV für Radiologie und Nuklearmedizin nachweisen könnten.



Die Beigeladenen zu 1) bis 5) schließen sich den Anträgen und der Rechtsauffassung der Beklagten an.

Alle Beteiligten haben sich mit einer Entscheidung durch Urteil ohne mündliche Verhandlung (§ 124 Abs 2 des Sozialgerichtsgesetzes <SGG>) einverstanden erklärt.

II

Die Revision der Beklagten hat Erfolg. Das Berufungsgericht hat das klageabweisende Urteil des SG sowie die angefochtenen Bescheide der Beklagten zu Unrecht aufgehoben. Diese Bescheide sind rechtmäßig, weil die vom Praxisvertreter des Klägers im April 1989 erbrachten CT-Leistungen nach den Nrn 5200, 5204, 5205 Ersatzkassen-Gebührenordnung (E-GO) nicht abrechenbar waren.

CT-Leistungen nach den Nrn 5200, 5204 und 5205 E-GO durfte ein Vertragsarzt im Quartal II/89 nur mit besonderer Genehmigung seiner KÄV erbringen und abrechnen. Nach § 135 Abs 2 S 2 Fünftes Buch Sozialgesetzbuch (SGB V) in der ab 1. Januar 1989 geltenden Fassung des Gesundheits-Reformgesetzes (GRG) vereinbaren die Vertragspartner des Bundesmantelvertrages sowie die Vertragspartner der (früheren) vertragsärztlichen Versorgung einheitliche Qualifikationserfordernisse für solche ärztlichen Untersuchungs- und Behandlungsmethoden, die ihrer Eigenart nach besondere Kenntnisse und Erfahrungen des Arztes voraussetzen. Nur Ärzte, die die Qualifikation erfüllen, dürfen die Leistungen abrechnen (Satz 3 aaO). § 135 Abs 2 SGB V hat zur Herstellung von Rechtssicherheit und Rechtsklarheit den zuvor in zahlreichen Vorschriften des Bundesmantelvertrages und verschiedener Richtlinien der KÄBV enthaltenen Grundsatz festgeschrieben, daß nur Ärzte, die die für bestimmte Leistungen aus Gründen der Qualitätssicherung geforderten besonderen Kenntnisse und Erfahrungen besitzen und dies gegenüber ihrer KÄV nachgewiesen haben, die entsprechenden Leistungen erbringen und abrechnen dürfen. Eine solche Regelung dient der Sicherung einer hochstehenden Qualität der vertragsärztlichen Leistungserbringung und damit in erster Linie dem Wohl des Patienten und seinem berechtigten Interesse an einer qualitativ guten vertragsärztlichen Versorgung (vgl bereits BSG SozR 3-2500 § 135 Nr 3 S 7).

Allerdings war im 2. Quartal 1989 eine Qualifikationsvereinbarung für CT-Leistungen iS des § 135 Abs 2 SGB V von den Vertragspartnern noch nicht abgeschlossen worden (vgl heute "Qualifikationsvoraussetzungen gemäß § 135 Abs 2 SGB V zur Durchführung von Untersuchungen in der diagnostischen Radiologie und Nuklearmedizin und von Strahlentherapie" vom 10. Februar 1993). Bis zum Inkrafttreten dieser Vereinbarung galten jedoch die entsprechenden Qualifikationsrichtlinien der KÄBV für Radiologie und Nuklearmedizin (Radiologie-Richtlinien) vom 8. Dezember 1979 idF vom 3. Dezember 1988 (Deutsches



Ärzteblatt <DÄ> 1980, S 81; DÄ 1988 B-2616) fort. Nach § 2 Satz 1 dieser Richtlinien, auf die § 5 Ziff 12 EKV-Ä vom 20. Juli 1963 für die Ausführung von röntgen- und nuklearmedizinischen Leistungen verweist, dürfen ua Röntgenleistungen in der kassenärztlichen Versorgung nur von solchen Ärzten ausgeführt werden, die nachweisen, daß sie die fachlichen Voraussetzungen zur Leistungserbringung erfüllen. Abrechnungsvoraussetzung für CT-Leistungen ist nach § 2 Satz 2 iVm § 6 der Radiologie-Richtlinien ua der Nachweis einer eineinhalbjährigen Weiterbildung in radiologischer Diagnostik. In der Person des Klägers waren nach den für den Senat bindenden Feststellungen des LSG diese Voraussetzungen im April 1989 erfüllt, in der Person seines Vertreters Dr. Z.

dagegen nicht. Ob Dr. Z. aufgrund seiner langjährigen Tätigkeit als Arzt für Neurochirurgie im April 1989 tatsächlich Kenntnisse und Erfahrungen in der CT-Diagnostik besaß und ob er im Juli 1990 aufgrund einer nachgewiesenen Weiterbildung in CT-Diagnostik die nach den Radiologie-Richtlinien der KÄBV erforderliche Genehmigung erhalten hat, ist in diesem Zusammenhang ohne Bedeutung. Im System der vertragsärztlichen Leistungserbringung gilt seit jeher der Grundsatz, daß eine für bestimmte spezialisierte Leistungen erforderliche Genehmigung vor der Leistungserbringung erteilt sein muß und weder rückwirkend erteilt werden noch nach ihrer Erteilung Rückwirkungen für einen vor der Erteilung liegenden Zeitpunkt entfalten kann (vgl zuletzt Senatsurteil vom 29. Januar 1997 - 6 RKa 24/96 - BSGE 80, 48, 50, 54 = SozR 3-2500 § 85 Nr 17).

Die Qualifikationserfordernisse des § 135 Abs 2 Satz 2 SGB V iVm § 5 Ziff 12 EKV-Ä idF von 1963 sowie den Radiologie-Richtlinien der KÄBV mußten auch im 2. Quartal 1989 in der Person des Arztes erfüllt gewesen sein, der die Leistungen tatsächlich erbracht hat. Wenn es daran gefehlt hat, waren die entsprechenden Leistungen für einen Vertragsarzt, der seinerseits die erforderlichen Kenntnisse nachgewiesen hat, selbst dann nicht abrechenbar, wenn ein Fall rechtmäßiger Vertretung nach § 32 Abs 1 Ärzte-ZV vorgelegen hat. Dies ist nunmehr in § 20 Abs 1 EKV-Ä in der ab 1. Juli 1994 geltenden Fassung ausdrücklich klargestellt, hat aber auch schon in der Zeit davor gegolten. In dieser Vorschrift ist geregelt, daß dann, wenn Vertreter Leistungen erbringen, für deren Erbringung eine Qualifikation gemäß § 39 EKV-Ä Voraussetzung ist, sich der vertretene Arzt darüber zu vergewissern hatte, daß die Qualifikationsvoraussetzungen erfüllt sind. Fehlt es daran, dürfen die Leistungen, die eine besondere Qualifikation erfordern, nicht erbracht werden. Eine wörtlich damit übereinstimmende Regelung enthält § 14 Abs 1 BMV-Ä in der ab 1. Januar 1995 geltenden Fassung.

Eine Rechtfertigung für den Verzicht auf den Nachweis einer grundsätzlich erforderlichen Qualifikation des als Vertreter tätig gewordenen Arztes könnte sich allenfalls aus § 32 Abs 1 Satz 3 Ärzte-ZV in der vom 1. Januar 1989 bis zum 31. Dezember 1992 geltenden Fassung iVm § 5 Abs 8 Satz 1 EKV-Ä idF vom 20. Juli 1963 ergeben. Diese Bestimmung verweist für die Bestellung von Vertretern und Assistenten auf die für die zuständige KÄV geltenden Vorschriften. Nach § 32 Abs 1 Ärzte-ZV durfte sich ein Kassenarzt im Rahmen



zulässiger Vertretung gemäß Satz 2 der Vorschrift bei Krankheit, Urlaub oder Teilnahme an ärztlicher Fortbildung oder an einer Wehrübung innerhalb von zwölf Monaten bis zur Dauer von drei Monaten durch jeden Arzt vertreten lassen, der die Voraussetzungen des § 3 Abs 3 Satz 1 2. Halbsatz Ärzte-ZV erfüllt. Die Verweisung des § 32 Abs 1 Satz 3 Ärzte-ZV auf § 3 Abs 3 Satz 1 Ärzte-ZV war insofern redaktionell verfehlt, als es eine entsprechende Vorschrift nach der Änderung des § 3 der alten Zulassungsordnung für Kassenärzte durch Art 18 Nr 4 GRG nicht mehr gab. Gewollt war eine Verweisung auf § 3 Abs 2 Buchst b der zum 1. Januar 1989 neu gefaßten Ärzte-ZV, wonach die Eintragung in das Arztregister neben der Approbation als Arzt die Ableistung einer einjährigen Zeit der Vorbereitung auf die kassenärztliche Tätigkeit voraussetzt, von der sechs Monate als Assistent oder Vertreter eines Kassenarztes abgeleistet sein müssen. Zutreffend hat das Berufungsgericht deshalb angenommen, daß jedenfalls 1989 der Vertreter eines Kassenarztes lediglich eine einjährige Tätigkeit in unselbständiger Stellung als Assistent eines Kassenarztes oder Arzt im Krankenhaus abgeleistet haben mußte. Die Neufassung des Vertretungsrechts in § 32 Abs 1 Satz 3 iVm § 3 Abs 2 der Ärzte-ZV durch das Gesundheitsstrukturgesetz zum 1. Januar 1993, der zufolge nunmehr der Vertreter eines Vertragsarztes grundsätzlich eine allgemeinmedizinische Weiterbildung oder eine Weiterbildung in einem anderen Fachgebiet mit der Befugnis zum Führen einer entsprechenden Gebietsbezeichnung absolviert haben muß, kann hier nicht zur Anwendung kommen.

Aus dem Umstand, daß Dr. Z. danach im April 1989 den Kläger im Rahmen des § 32 Abs 1 Ärzte-ZV iVm § 5 Abs 8 EKV-Ä aF auch im (früheren) vertragsärztlichen Bereich hat vertreten dürfen, obwohl Dr. Z. weder Neurologe noch Radiologe, sondern Neurochirurg ist, folgt jedoch entgegen der Auffassung des LSG nicht, daß der Kläger auch solche von Dr. Z. erbrachten Leistungen hat abrechnen können, für die eine spezielle Qualifikation gefordert wird. Hinsichtlich des Qualifikationsstandards des Vertreters eines Vertragsarztes muß nach dem 1989 geltenden wie nach dem seit 1993 geltenden Recht zwischen der grundsätzlichen Vertretungsberechtigung und der Berechtigung zur Erbringung solcher Leistungen, für die eine besondere Qualifikation nachgewiesen sein muß, unterschieden werden. Auch nach neuem Recht, das durch den prinzipiell gleichen Qualifikationsstandard von Vertragsarzt und Vertreter bzw angestelltem Arzt in der Vertragsarztpraxis (vgl zu letzterem BSGE 78, 291 = SozR 3-5520 § 32b Nr 2) gekennzeichnet ist, hängt die Abrechnungsberechtigung für genehmigungsbedürftige Leistungen von der jeweils leistungsbezogen nachgewiesenen Qualifikation des Vertreters ab. Nichts anderes hat nach Einführung des § 135 Abs 2 Satz 2 SGB V durch das GRG ab 1989 gegolten; lediglich der generelle Qualifikationsstandard des Vertreters durfte hinter demjenigen des vertretenen Kassen- bzw Vertragsarztes zurückbleiben, weil damals der Vertreter noch keine abgeschlossene Weiterbildung absolviert haben mußte.

Auch unter Vertrauensschutzgesichtspunkten erweisen sich die angefochtenen Berichtigungsbescheide nicht als rechtswidrig. Es ist weder dargelegt noch ersichtlich, daß die



Beklagte in der Zeit vor 1989 davon Kenntnis hatte, daß der den Kläger vertretende Dr. Z. nicht über die Qualifikation zur Erbringung von CT-Leistungen nach § 2 iVm § 6 der Radiologie-Richtlinien verfügt hat. Für Vertrauensschutzerwägungen bei objektiv fehlender Abrechnungsberechtigung ist nach der Rechtsprechung des Senats allenfalls Raum, wenn eine KÄV Kenntnis davon hatte, daß bestimmte, in ihrer Abrechenbarkeit umstrittene Leistungen regelmäßig erbracht wurden, und der betroffene Arzt seinerseits aus einer langjährigen unbeanstandeten Abrechnung der entsprechenden Leistungen seitens der KÄV den Schluß ziehen durfte, die KÄV stelle die Abrechnungsfähigkeit nicht in Frage (vgl BSG SozR 3-2500 § 95 Nr 9 S 37 ff). Diese Voraussetzungen sind hier nicht erfüllt.

Die Kostenentscheidung beruht auf § 193 Abs 1 und 4 SGG.



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



[JLaw – für Android](#)



[JLaw – für iOS](#)