

S 2 KA 114/17

Land
Nordrhein-Westfalen
Sozialgericht
SG Düsseldorf (NRW)
Sachgebiet
Vertragsarztangelegenheiten
Abteilung

2
1. Instanz
SG Düsseldorf (NRW)

Aktenzeichen
S 2 KA 114/17

Datum
31.07.2019

2. Instanz
LSG Nordrhein-Westfalen
Aktenzeichen

L 11 KA 49/19
Datum

13.08.2019

3. Instanz
Bundessozialgericht
Aktenzeichen

-
Datum

-
Kategorie

Urteil

Unter Aufhebung des Berichtigungsbescheides vom 14.12.2016 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 22.05.2017 wird die Beklagte verurteilt, der Klägerin das Honorar für die aufgrund des Überweisungsscheins vom 19.09.2016 bei dem Patienten B D, geb. 00.00.1990, erbrachten Leistungen nachzuvergüten. Die Beklagte trägt die Kosten des Verfahrens. Die Berufung wird zugelassen.

Tatbestand:

Streitig ist die sachlich-rechnerische Berichtigung eines Überweisungsscheins.

Die Klägerin ist ein Medizinisches Versorgungszentrum mit Vertragsarztsitz in E, in dem u.a. zahlreiche Fachärzte für Psychiatrie, psychosomatische Medizin und Psychotherapie sowie Psychologische Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten tätig sind.

Unter dem 19.09.2016 stellte das MNS1-L1 E, Kliniken für Psychiatrie/Psychotherapie der I1-I2, V D einen Überweisungsschein an "Psychotherapie" zur kurativen Mit-/Weiterbehandlung des heilfürsorgeberechtigten (BPol) B D, geb. 00.00.1990, mit der Diagnose/Verdachtsdiagnose F41.1 G (generalisierte Angststörung) aus. Die S2 L2 E der Beigeladenen waren vom Zulassungsausschuss gemäß [§ 118 Abs. 1 SGB V](#) mit Wirkung vom 04.12.1997 zur Durchführung von psychiatrischen und psychotherapeutischen Behandlungen im Rahmen einer Institutsambulanz für Allgemeine Psychiatrie und einer Institutsambulanz für Kinder- und Jugendpsychiatrie ermächtigt worden. Zum 01.04.2001 war die Ermächtigung um die Ambulanzen Psychotherapie und Psychosomatik erweitert worden.

Mit Bescheid vom 14.12.2016 setzte die Beklagte im Wege einer sachlich-rechnerischen Berichtigung der Abrechnung der Klägerin III/2016 den Behandlungsfall ab: Die Überweisung zur Mit-/Weiterbehandlung des Patienten B D habe der Abrechnung entnommen werden müssen, da die MNS1-L1 nicht berechtigt sei, Überweisungen auszustellen.

Diesem Bescheid widersprach die Klägerin. Es habe eine Überweisung zur Mit-/Weiterbehandlung vorgelegen, die nicht als Fälschung zu erkennen gewesen sei. Die Überweisung weise eine BSNR und eine Unterschrift auf und sei auf dem vereinbarten Formular ausgestellt. Deshalb müsse sie davon ausgehen, dass es sich bei dieser Überweisung um einen gültigen Behandlungsausweis handele.

Mit Widerspruchsbescheid vom 22.05.2017 wies die Beklagte den Widerspruch zurück: Die MNS1-L1 sei gemäß [§ 118 SGB V](#) zur ambulanten psychiatrischen und psychotherapeutischen Behandlung ermächtigt. Sie sei jedoch nicht berechtigt, Überweisungen auszustellen.

Hiergegen richtet sich die am 22.06.2017 erhobene Klage.

Die Klägerin trägt vor, nach [§ 118 Abs. 1 Satz 1 SGB V](#) seien Psychiatrische Krankenhäuser zur ambulanten Versorgung zu ermächtigen. Im Gesetz finde sich kein Hinweis, dass die ermächtigte Ambulanz gehindert wäre, selbst Überweisungen auszustellen. Auch aus einem Umkehrschluss zu [§ 24 Abs. 2 BMV-Ä](#) folge, dass ein ermächtigt Psychiatrisches Krankenhaus zulässigerweise Überweisungen vornehmen könne, wenn es die betreffenden Leistungen nicht selbst erbringen könne. Rein faktisch sei die Psychiatrische Institutsambulanz infolge mangelnder Kapazitäten nicht in der Lage gewesen, die von dem Patienten abgefragten Leistungen zu erbringen. Zum 01.07.2017 habe die MNS1-L2 die in Rede stehende Institutsambulanz mit über 600 Plätzen sogar geschlossen.

Soweit [§ 24 Abs. 3 BMV-Ä](#) vorsehe, dass Überweisungen in der Regel nur an einen Arzt einer anderen Arztgruppe zulässig seien, stehe dies vorliegend einer Überweisungsbefugnis nicht entgegen. Da [§ 118 Abs. 1 SGB V](#) als Ausnahmevorschrift geschaffen worden sei, um

Versorgungslücken zu schließen, erscheine eine Rücküberweisung von dem Psychiatrischen Krankenhaus in die ambulante Regelversorgung nicht als ein Regelfall, den § 24 Abs. 3 BMV-Ä von Überweisungen ausschließen wolle. Im Übrigen ergebe sich aus dem Regelungsgehalt des § 21 Abs. 3 Sätze 1 und 2 BMV-Ä ein Schutz des Vertragsarztes dahin, dass ihm seine ordnungsgemäß erbrachten Leistungen auch im Falle fehlender Überweisungsbefugnis vergütet würden.

Die Klägerin beantragt,

die Beklagte zu verurteilen, an die Klägerin unter Aufhebung ihres Berichtigungsbescheides vom 14.12.2016 für das Quartal 3/2016 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 22.05.2017 betreffend den Behandlungsfall B D an die Klägerin 147,56 EUR zu zahlen.

Die Beklagte beantragt,

die Klage abzuweisen.

Sie verteidigt die angefochtenen Bescheide.

Die MNS1-L2 sei nicht berechtigt gewesen, Überweisungen auszustellen. Überweisungen seien nur zulässig, soweit die Ermächtigung dies vorsehe; in der Ermächtigung seien die von der Überweisungsbefugnis umfassten Leistungen festzulegen. Die erteilte Ermächtigung umfasse vorliegend nicht die Veranlassung von Überweisungen.

Darüber hinaus sei in der Regel nur die Überweisung an einen Arzt einer anderen Arztgruppe zulässig. Es erscheine abwegig, dass eine Psychiatrische Institutsambulanz Überweisungen an "Psychotherapie" ausstelle, weil entsprechende Leistungen dort nicht erbracht werden könnten. Denn Psychiatrische Krankenhäuser hätten einen Rechtsanspruch auf Zulassung zur ambulanten psychiatrischen und psychotherapeutischen Versorgung der Versicherten. Es handele sich vorliegend auch nicht um eine sog. Auftragsüberweisung, sondern um eine - fachgleiche - Überweisung zur Mit- und Weiterbehandlung.

Das Ausstellen einer Überweisung entgegen den Bestimmungen des BMV-Ä könne zum Verlust des Vergütungsanspruchs des die Überweisung annehmenden Arztes führen.

Der Beigeladene stellt keinen Klageantrag.

Er ist der Ansicht, die Regelung eines Überweisungsverbots in § 24 Abs. 2 Satz 4 BMV-Ä sei mangels Ermächtigungsgrundlage rechtswidrig. Darüber hinaus bedürften ermächtigte Ärzte und Einrichtungen keiner ausdrücklichen Rechtsgrundlage in den Bundesmantelverträgen, um gesetzlich krankenversicherte Patienten an Vertragsärzte zu überweisen.

Im Übrigen habe die Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) kurz nach Inkrafttreten des neuen BMV-Ä zum 01.10.2013 in einem Rundschreiben an die Kassenärztlichen Vereinigungen klargestellt, dass § 24 Abs. 2 Satz 4 BMV-Ä nicht für ärztlich geleitete Einrichtungen gelte, die ihre Ermächtigung bereits vor dem 01.10.2013 erhalten hätten.

Demnach sei die Psychiatrische Institutsambulanz des LVR-Klinikums Düsseldorf berechtigt und berechtigt gewesen, Überweisungen auszustellen.

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

Entscheidungsgründe:

Die zulässige Klage ist begründet.

Die Klägerin ist durch die angefochtenen Bescheide beschwert im Sinne des [§ 54 Abs. 2](#) des Sozialgerichtsgesetzes (SGG), weil diese rechtswidrig sind.

Rechtsgrundlage der sachlich-rechnerischen Richtigstellung ist [§ 106a Abs. 2 Satz 1 SGB V](#) (seit 01.01.2017: [§ 106d Abs. 2 Satz 1 SGB V](#)). Danach stellt die Kassenärztliche Vereinigung die sachliche und rechnerische Richtigkeit der Abrechnungen der Vertragsärzte fest. Die Prüfung auf sachlich-rechnerische Richtigkeit der Abrechnungen des Vertragsarztes zielt auf die Feststellung, ob die Leistungen rechtmäßig, d.h. im Einklang mit den gesetzlichen, vertraglichen und satzungsrechtlichen Vorschriften des Vertragsarztrechts - mit Ausnahme des Wirtschaftlichkeitsgebotes - erbracht und abgerechnet worden sind (BSG, Urteil vom 15.05.2019 - [B 6 KA 63/17 R](#) - m.w.N.).

Die Abrechnung der Klägerin war hier gesetzes-, vertrags- und satzungskonform. Dies gilt auch dann, wenn das LVR-Klinikum nicht berechtigt gewesen sein sollte, die vorliegende Überweisung auszustellen.

Gemäß § 24 Abs. 2 Satz 3 BMV-Ä ist der ausführende Arzt grundsätzlich an den Überweisungsschein gebunden. Er hat, wie im Widerspruch zutreffend ausgeführt, zu prüfen, ob die Überweisung auf dem entsprechenden Vordruck ausgestellt ist, eine BSNR und eine Unterschrift enthält und nicht offensichtlich als Fälschung zu erkennen ist. Inhaltlich hat der beauftragte Vertragsarzt zu prüfen, welche Art der Überweisung vorliegt (§ 24 Abs. 3 BMV-Ä):

1. Auftragsleistung 2. Konsiliaruntersuchung 3. Mitbehandlung 4. Weiterbehandlung 5.

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 Umfangs 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 Rückspracheverpflichtung mit dem überweisenden Arzt vor (LSG NRW, Urteil vom 09.07.2014 - [L 11 KA 142/11](#) -).

Weitergehende Prüfungen und Rücksprachen braucht der beauftragte Arzt auch im Übrigen nicht vorzunehmen. Würde man dies verlangen, so müsste er sich bei Überweisungen von ermächtigten Ärzten und Einrichtungen jeweils den Ermächtigungsbescheid der Zulassungsgremien vorlegen lassen und den Inhalt der Ermächtigung fachlich, aber auch rechtlich prüfen. Das zeigt gerade der vorliegende Fall. Der Beigeladene stützt sich auf ein Rundschreiben der KBV vom 28.10.2013, nach welchem ärztlich geleitete Einrichtungen, die ihre Ermächtigung bereits vor Inkrafttreten des BMV-Ä zum 01.10.2013 erhalten hatten, Überweisungen ausstellen durften, auch wenn dies nicht in dem Ermächtigungsbescheid festgelegt war. Der beauftragte Arzt kennt dieses an die Kassensärztlichen Vereinigungen gerichtete Rundschreiben nicht. Ihm ist es auch nicht zumutbar, in jedem Fall der Überweisung eines ermächtigten Arztes oder einer ermächtigten ärztlichen Einrichtung zunächst bei der Beklagten eine Auskunft einzuholen, ob und ggf. welche Hinderungsgründe einer Erbringung der beauftragten Leistungen entgegenstehen, und dann diese Auskunft ggf. rechtsanwaltlich überprüfen zu lassen.

Das gilt auch in Fällen einer fachgleichen Überweisung. Nach § 24 Abs. 3 Satz 2 BMV-Ä ist in der Regel nur die Überweisung an einen Arzt einer anderen Arztgruppe zulässig. Es gibt keine gesetzliche oder untergesetzliche Verpflichtung des beauftragten Vertragsarztes zu prüfen, aus welchen Gründen die überweisende Einrichtung von dieser Regel abgewichen ist und die Überweisung ausgestellt hat. Er hat auch keine Einblicke in die innere Organisation der überweisenden Einrichtung, kann nicht beurteilen, ob, inwieweit und weshalb die überweisende Einrichtung möglicherweise nicht in der Lage war, selbst die entsprechenden Leistungen zu erbringen, und wäre selbst bei telefonischer Rücksprache auf die Auskunft der überweisenden Einrichtung angewiesen. Die Richtigkeit einer solchen Auskunft kann der beauftragte Vertragsarzt schon im Tatsächlichen nicht überprüfen. Erst recht vermag er als Nicht-Jurist mit den ihm mitgeteilten Angaben keine rechtssichere Auslegung des Regel-Ausnahme-Verhältnisses in § 24 Abs. 3 Satz 2 BMV-Ä vorzunehmen.

Das Risiko, dass sich bei einer rechtlichen Bewertung ex post erweisen sollte, dass eine Überweisung unzulässigerweise ausgestellt war, trägt nicht der beauftragte Vertragsarzt. Es handelt sich auch nicht um einen Fall der sachlich-rechnerischen Berichtigung.

Vielmehr liegt es in der Zuständigkeit der Prüfungsgremien gemäß [§ 106c SGB V](#), Fehler des Arztes bzw. der ermächtigten Einrichtung bei der Verordnung von Arznei- oder Heilmitteln oder der Ausstellung von Überweisungen, die nicht schon Gegenstand der Wirtschaftlichkeitsprüfung im engeren Sinne sind, im Rahmen der Feststellung "sonstiger Schäden" gemäß § 48 Abs 1 BMV-Ä zu prüfen und ggf. zu sanktionieren (dazu näher BSG, Urteil vom 20.03.2013 - [B 6 KA 17/12 R](#) -). Entsprechend sieht auch § 16 Nr. 1 der Prüfvereinbarung ab 01.01.2008 (§ 15 Nr. 1 der Prüfvereinbarung ab 01.01.2017) [Prüfung in besonderen Fällen] vor, dass die Prüfungsstelle auf Antrag der Vertragspartner auch prüft, ob der Vertragsarzt

b) durch Veranlassung von Auftragsleistungen [] gegen das Wirtschaftlichkeitsgebot verstoßen hat e) durch schuldhafte Verletzung vertragsärztlicher Pflichten einen sonstigen Schaden verursacht hat.

In diesem Rahmen wäre die Zulässigkeit der vorliegenden Überweisung zu prüfen. Dabei mag die Beklagte die Meinung ihres Vorstandes aus dem Jahre 2001 hinsichtlich der Ausstellung von Überweisungen und Verordnungen durch Psychiatrische Institutsambulanzen (PIA) einbringen, dass die pauschalierte Vergütung von Leistungen der PIA unmittelbar von den Krankenkassen [außerhalb der Gesamtvergütung] die gesamte Behandlung des Patienten abdecke und eine darüber hinausgehende Verlagerung der Behandlungskosten, wie diese durch Überweisungen und Verordnungen der PIA stattfinden, nicht zugelassen werden könne.

Die Kammer hatte keine Veranlassung, sich hiermit näher zu befassen. Jedenfalls scheidet eine sachlich-rechnerische Berichtigung

gegenüber der Klägerin durch Absetzung des Behandlungsfalles B D unter allen rechtlichen Gesichtspunkten aus.

Die Kostenentscheidung folgt aus [§ 197a Abs. 1 SGG](#) in Verbindung mit [§§ 154 Abs. 1, 162 Abs. 1](#) der Verwaltungsgerichtsordnung (VwGO).

Wegen der grundsätzlichen Bedeutung der Rechtssache hat die Kammer die Berufung zugelassen ([§ 144 Abs. 2 Nr. 1 SGG](#)).

Rechtskraft

Aus

Login

NRW

Saved

2019-09-09