S 38 KA 125/22

Sozialgerichtsbarkeit Bundesrepublik Deutschland

Land	Freistaat Bayern
Sozialgericht	Sozialgericht München
Sachgebiet	Vertragsarztangelegenheiten
Abteilung	-
Kategorie	Urteil
Bemerkung	-
Rechtskraft	-
Deskriptoren	-
Leitsätze	
	1. Erfolgt ein Kassenwechsel bei laufender durch die Alt -Kasse bewilligter Psychotherapie (antragspflichtige Leistungen des Kapitels 35.2 EBM) ist die Neu -Kasse daran gebunden, ohne dass es einer Anzeige oder einer erneuten Bewilligung durch die Neu -Kasse bedarf. 2. Für die Forderung nach einer Anzeige bzw. erneuten Bewilligung gibt es keine Rechtsgrundlage.
Normenkette	-

1. Instanz

Aktenzeichen	S 38 KA 125/22
Datum	22.06.2023

2. Instanz

Aktenzeichen	-
Datum	-

3. Instanz

Datum	-

I. Die Bescheide der Beklagten in der Fassung der Widerspruchsbescheide, betreffend die sachlich â□□ rechnerischen Richtigstellungen in den Quartalen 1/18, 2/18 und 3/18 (Therapien) werden aufgehoben, die fÃ¼r die Therapie abgerechneten Leistungen werden anerkannt und entsprechend vergÃ¼tet. Â

II. Die Kosten der Verfahren werden der Beigeladenen zu 2 auferlegt.

T a t b e s t a n d :

Gegenstand der Verfahren sind die in den Quartalen 1/18, 2/18 und 3/18 vorgenommenen sachlich-rechnerischen Richtigstellungen nach Â§ 106d Abs. 3 SGB V. Die KlÃ¤gerin, eine psychologische Psychotherapeutin, beantragte fÃ¼r einen Patienten nach vorausgegangenen probatorischen Sitzungen bei der AOK, bei der der Patient versichert war, eine Kurztherapie 1 (K1), die von der Krankenkasse als Erstantrag am 17.07.2017 fÃ¼r zwÃ¶lf Therapieeinheiten genehmigt wurde. Die nachfolgende Kurzzeittherapie 2 (K2) wurde fÃ¼r weitere zwÃ¶lf Therapieeinheiten ebenfalls von der AOK mit Schreiben vom 02.01.2018 bewilligt (FortfÃ¼hrungsantrag vom 12.12.2017). Im Februar 2018 wechselte der Patient seine Krankenkasse. Er war dann bei der BKK Linde versichert. Die Therapie, die nach Kassenwechsel stattfand, wurde am 03.07.2018 abgeschlossen.

Die BKK Linde, zu den Verfahren gemÃ¤Ã Â§ 75 Abs. 2 SGG notwendig beigeladen, stellte bei der Beklagten fÃ¼r die oben genannten Quartale AntrÃ¤ge nach Â§ 106d Abs. 3 SGB V. Sie fÃ¼hrte aus, die Praxis habe es versÃ¤umt, fÃ¼r die von der Vorkasse (AOK Bayern) bewilligten, aber bis zum Kassenwechsel noch nicht erbrachten Therapiestunden auch von der BKK Linde, wie vorgesehen, eine Kostenzusage einzuholen. Die BKK Linde habe bisher keine Kostenzusage fÃ¼r eine Richtlinien-Therapie erteilt.

Der Antragstellung folgten die streitgegenstÃ¤ndlichen Bescheide. Darin fÃ¼hrte die Beklagte aus, sie habe nach der Rechtsprechung des Bundessozialgerichts kein Recht zu einer eigenstÃ¤ndigen PrÃ¼fung der materiell-rechtlichen Voraussetzungen (BSG, Urteil vom 23.03.2016, Az B 6 KA 8/15 R). Die PrÃ¼fung beschrÃ¤nke sich lediglich auf formelle Voraussetzungen, wie zum Beispiel, ob Fristen versÃ¤umt wurden. Die Krankenkasse habe der Beklagten mitgeteilt, dass die GebÃ¼hrenordnungspositionen nicht gemÃ¤Ã den Abrechnungsbestimmungen des einheitlichen BewertungsmaÃstabes (EBM) bzw. weiteren abrechnungsrelevanten vertraglichen Bestimmungen bzw. Richtlinien abgerechnet worden seien.

Gegen die Bescheide legte die KlÃ¤gerin Klagen zum Sozialgericht MÃ¼nchen ein. Sie vertrat die Auffassung, entgegen der Meinung der Krankenkasse bestehe fÃ¼r sie keine Anzeigepflicht. Bei einem Wechsel der Krankenkasse mÃ¼ssten die Kosten der bereits bewilligten Behandlung durch die Neukrankenkasse Ã¼bernommen werden. Entsprechendes ergebe sich auch aus verschiedenen Entscheidungen des Bundessozialgerichts (vgl BSG, Urteil vom 20.11.2001, Az B 1 KR 31/99 R; BSG, Urteil vom 20.11.2001, Az B 1 KR 26/00 R).

In der mÃ¼ndlichen Verhandlung am 22.06.2023, in der weder Vertreter der beigeladenen BKK-Linde (Beigeladene zu 2), noch des ebenfalls beigeladenen BKK-Landesverbandes (Beigeladene zu 1) anwesend waren, wurde die Sach-und Rechtslage mit den anwesenden Beteiligten erÃ¶rtert. Die KlÃ¤gerin machte darauf aufmerksam, sie habe von einem Kassenwechsel nichts gewusst. Die Versichertenkarten wÃ¼rden von der SekretÃ¤rin eingelesen. Hinzu komme, dass die Behandlung hÃ¤tte Ã¼berhaupt nicht unterbrochen werden kÃ¶nnen. Dem

Patienten sei es offensichtlich auch nicht bewusst gewesen, den Kassenwechsel anzuzeigen.
Der Vertreter der Beklagten wies auf eine BroschÃ¼re, herausgegeben von der KVB, mit der Ãberschrift â□□Wegweiser zur Erbringung psychotherapeutischer Leistungen als Ã¤rztlicher Psychotherapeut, als psychologischer Psychotherapeut und als Kinder-und Jugendlichen Psychotherapeut â□□ (Stand Juli 2017) hin. Zum Punkt â□□Kassenwechselâ□□ wurde dort wie folgt ausgefÃ¼hrt:
â□□Wechselt ein Patient wÃ¤hrend einer laufenden Psychotherapie seine Krankenkasse, darf die Psychotherapie â□□ unbeschadet der Regelung in Â§ 21 Abs. 3 Bundesmantelvertrag â□□ erst dann zu Lasten der neuen Krankenkasse abgerechnet werden, wenn der Patient einen Antrag auf KostenÃ¼bernahme der laufenden Psychotherapie bei der jetzt zustÃ¤ndigen Krankenkasse gestellt hat (gegebenenfalls mittels des Formblattes PTV1).â□□ Somit mÃ¼sse die Genehmigung erneut eingeholt werden. Es handle sich um eine eingeÃ¼bte Verwaltungspraxis. Die Beklagte habe ihrer Entscheidung die rechtliche BegrÃ¼ndung der Krankenkasse zugrunde gelegt. Letztendlich gehe es um die zu klÃ¤rende Frage, ob die Bewilligung der Therapie durch die â□□Altâ□□- Kasse fortwirke oder nicht.

Die KlÃ¤gerin stellte folgenden Antrag:
â□□Die Bescheide Ã¼ber die sachlich-rechnerischen Richtigstellungen, betreffend die Quartale 1/18, 2/18 und 3/18 werden aufgehoben und die fÃ¼r die Therapien abgerechneten Leistungen werden anerkannt und entsprechend vergÃ¼tet.â□□

Der Vertreter der Beklagten beantragte, die Klage abzuweisen. Hilfsweise wird beantragt, im Falle des Unterliegens die Kosten der Verfahren der Beigeladenen zu 2 BKK Linde aufzuerlegen.

Beigezogen und Gegenstand der mÃ¼ndlichen Verhandlung waren die Beklagtenakten. Im Ãbrigen wird auf den sonstigen Akteninhalt, insbesondere die SchriftsÃ¤tze der Beteiligten, sowie die Sitzungsniederschrift vom 22.06.2023 verwiesen.

E n t s c h e i d u n g s g r Ã¼ n d e :

Die zum Sozialgericht MÃ¼nchen eingelegten Klagen sind zulÃ¤ssig â□□ es handelt sich um kombinierte Anfechtungs-und Verpflichtungsklagen nach Â§ 54 SGG â□□ und auch begrÃ¼ndet. Die angefochtenen Bescheide sind als rechtswidrig anzusehen und die KlÃ¤gerin ist in ihren Rechten verletzt.

Rechtsgrundlage fÃ¼r die sachlich-rechnerischen Berichtigungen ist Â§ 106d Abs. 3 SGB V. Danach prÃ¼fen die Krankenkassen die Abrechnungen der an der vertragsÃ¤rztlichen Versorgung teilnehmenden Ãrzte und Einrichtungen insbesondere hinsichtlich (1.) des Bestehens und des Umfangs ihrer Leistungspflicht.

Davon hat die Beigeladene zu 2 Gebrauch gemacht. Sie hat bei der Beklagten AntrÃ¤ge nach Â§ 106d Abs. 3 SGB V gestellt, denen die Beklagte stattgegeben und

die die nunmehr angefochtenen Bescheide erlassen hat. Bei den von der KlÃ¤gerin abgerechneten Leistungen des Kapitels 35.2 EBM, die sachlich-rechnerisch berichtigt wurden, handelt es sich um antragspflichtige Leistungen. Die KlÃ¤gerin hat bei der AOK entsprechende AntrÃ¤ge gestellt, zunÃ¤chst fÃ¼r K1, dann spÃ¤ter fÃ¼r K2. Daraufhin wurden von der AOK jeweils zwÃ¶lf Therapieeinheiten genehmigt.

Rechtlich nicht zu beanstanden ist, dass die Beklagte die AntragsbegrÃ¼ndung der Beigeladenen zu 2 in ihren Bescheiden Ã¼bernommen hat. Denn nach der Rechtsprechung des Bundessozialgerichts (BSG, Urteil vom 23.03.2016, Az B 6 KA 8/15 R) hat die Beklagte kein eigenstÃ¤ndiges PrÃ¼fungsrecht der materiell-rechtlichen Voraussetzungen fÃ¼r eine von der Krankenkasse nach Â§ 106d Abs. 3 SGB V beantragte sachlich-rechnerische Richtigstellung.

Die von der KlÃ¤gerin zitierten Entscheidungen (BSG, Urteil vom 20.11.2001, Az B 1 KR 31/99 R; BSG, Urteil vom 20.11.2001, Az B 1 KR 26/00 R) sind nach Auffassung des Gerichts auf die streitgegenstÃ¤ndlichen Entscheidungen nicht unmittelbar Ã¼bertragbar. Denn sie betreffen entweder die Frage der Leistungspflicht der Krankenkassen untereinander im Bereich der ambulanten zahnÃ¤rztlichen Versorgung (Zahnersatz-Leistungen; Heil-und Kostenplan) bzw. den stationÃ¤ren Bereich nach einem Kassenwechsel. Allerdings ergeben sich aus dem erstgenannten Urteil Hinweise zur Auffassung des Krankenversicherungsenats des BSG. Danach soll der Grundsatz gelten, dass bei einem Kassenwechsel die Ã¼bernehmende Kasse fÃ¼r alle BehandlungsmaÃnahmen zustÃ¤ndig wird, die im Zeitpunkt des Ãbertritts noch nicht durchgefÃ¼hrt waren. Dazu, ob diese automatisch zustÃ¤ndig wird, oder ob bei antragspflichtigen Leistungen eine Anzeigepflicht gegenÃ¼ber der â□□Neuâ□□-Kasse besteht oder sogar ein erneuter Antrag auf Bewilligung und wenn ja von wem zu stellen ist und, ob es sich hierbei um eine rein formale Voraussetzung handelt, finden sich keinerlei AusfÃ¼hrungen.

Als meldepflichtige bzw. antragstellende Personen/Institutionen kommen die Alt-Kasse, der Patient und die Behandlerin/der Behandler in Betracht.

Welche Daten in den strittigen Quartalen zwischen der â□□Altâ□□-Kasse und der â□□Neuâ□□-Kasse grundsÃ¤tzlich ausgetauscht werden bzw. tatsÃ¤chlich ausgetauscht wurden, ist hier nicht bekannt. Allerdings wÃ¤re zu erwarten gewesen, dass der â□□Neuâ□□-Kasse nach der ersten Abrechnung fÃ¼r das Quartal 1/18 hÃ¤tte auffallen mÃ¼ssen, dass antragspflichtige Leistungen abgerechnet werden. Die â□□Neuâ□□-Kasse hÃ¤tte dann entsprechend reagieren mÃ¼ssen.

Der Behandlerin/dem Behandler obliegt grundsÃ¤tzlich eine Mitwirkungspflicht, auch der Krankenkasse gegenÃ¼ber, die sich aus Â§ 72 Abs. 1 SGB V ergibt. Dies schlieÃt auch eine Information der â□□Neuâ□□-Kasse hinsichtlich des Vorliegens einer Genehmigung durch die â□□Altâ□□-Kasse und der laufenden psychotherapeutischen Behandlung mit ein. Voraussetzung ist jedoch, dass die Behandlerin/der Behandler Kenntnis von dem Kassenwechsel hatte, was die KlÃ¤gerin verneinte, indem sie auch darauf hinwies, nicht sie, sondern ihre SekretÃ¤rin lese die Versichertenkarten ein. GrundsÃ¤tzlich ist die Kenntnis der

SekretÃ¤rin/Sprechstundenhilfe dem abgerechnenden Arzt, der abgerechnenden Psychotherapeutin zurechenbar, wobei hier unklar ist, ob die Sprechstundenhilfe Ã¼berhaupt Kenntnis von dem Wechsel der Krankenkasse hatte. Abgesehen davon dÃ¼rfte der KlÃ¤gerin auch eine Exkulpation gelingen. Ohne Bedeutung ist in diesem Zusammenhang, dass nach der BroschÃ¼re â□□Wegweiser zur Erbringung psychotherapeutischer Leistungen als Ã¤rztlicher Psychotherapeut, als psychologischer Psychotherapeut und als Kinder-und Jugendlichen Psychotherapeut â□□ (Stand Juli 2017) nur dann zulasten der neuen Krankenkasse abgerechnet werden, wenn der Patient einen Antrag auf KostenÃ¼bernahme der laufenden Psychotherapie stellt. Daraus ergibt sich jedoch fÃ¼r die Behandlerin/den Behandler nicht die Pflicht, eine begonnene Therapie anzuzeigen, geschweige denn einen erneuten Antrag auf Bewilligung/Genehmigung zu stellen. Vielmehr ist die Rede von einer Pflicht des Patienten, einen erneuten Antrag zu stellen.

Was die Ã□berlegung betrifft, der Patient seinerseits mÃ¼sse einen Antrag auf Bewilligung bei der Neukasse stellen, wie dies im â□□Wegweiser â□¦â□□ postuliert wird, erscheint diese Forderung rein tatsÃ¤chlich wenig realitÃ¤tsnah, insbesondere dann, wenn der psychische Gesundheitszustand ein solches TÃ¤tigwerden des Patienten ausschlieÃ□t.

Unter BerÃ¼cksichtigung der vorgenannten Aspekte hÃ¤tte es nahegelegen, die Verfahren im Wege eines Vergleichs zu erledigen, was jedoch mangels Teilnahme der beigeladenen Seite â□□ es gab auch keine Ã□uÃ□erung im Vorfeld â□□ nicht mÃ¶glich war.

Ausschlaggebend fÃ¼r die Entscheidung des Gerichts ist, ob fÃ¼r ein Erfordernis, eine bereits begonnene Therapie anzuzeigen oder sogar die Therapie durch die â□□Neuâ□□-Kasse erneut bewilligen zu lassen, eine Rechtsgrundlage besteht. Dies ist nach Auffassung des Gerichts aber nicht der Fall. Denn der â□□Wegweiserâ□¦â□□, herausgegeben von der Beklagten ist nicht als Rechtsgrundlage anzusehen. Es handelt sich vielmehr um reine informelle Hinweise der Beklagten, die eine Rechtsgrundlage nicht darstellen und die sich auÃ□erdem nicht an den Behandler richten, sondern dem Patienten die Pflicht zur erneuten Beantragung der Psychotherapie auferlegen.

Auch aus der Bewilligung der AOK, wonach diese ErklÃ¤rung, gemeint ist die Bewilligung der Therapieeinheiten, unter der Voraussetzung erfolgt, dass wÃ¤hrend des Behandlungszeitraums ein Leistungsanspruch gegenÃ¼ber unserer Krankenkasse bestehen bleibt, kann nicht auf das Erfordernis einer erneuten Bewilligung von der â□□Neuâ□□-Kasse geschlossen werden. In der Genehmigung heiÃ□t es wie folgt: â□□Diese ErklÃ¤rung erfolgt unter der Voraussetzung, dass wÃ¤hrend des Behandlungszeitraums ein Leistungsanspruch gegenÃ¼ber unserer Krankenkasse bestehen bleibt.â□□ Es handelt sich hierbei an sich um eine auflÃ¶sende Bedingung als Nebenbestimmung im Sinne von Â§ 32 SGB X. Einer solchen Nebenbestimmung bedarf es allerdings nicht. Denn nach Â§ 19 Abs. 1 SGB V erlischt mit dem Ende der Mitgliedschaft der Anspruch auf Leistungen durch die â□□Altâ□□-Kasse. Offen bleibt die Frage, ob die von der AOK gewÃ¤hrte Bewilligung fortbesteht und fÃ¼r die nachfolgende Krankenkasse, hier die BKK-Linde eine

Bindung entfaltet.

Entsprechende Regelungen zu einer Anzeigepflicht oder erneuten Bewilligung von Therapieleistungen bei der â□□Neuâ□□-Kasse mÃ¼ssten im SGB V, in der Psychotherapie-Richtlinie oder in der Psychotherapie-Vereinbarung zur Anlage 1 BMV-Ã□ enthalten sein. Dies ist jedoch nicht der Fall. Es ist lediglich in Â§ 34 Psychotherapie-Richtlinie die Rede von dem Antragserfordernis, ebenfalls in Â§ 11 zur Anlage 1 BMV-Ã□. Eine Regelung darÃ¼ber, ob ein erneuter Antrag bei einem Kassenwechsel erforderlich ist, findet sich jedoch nicht.

Neben der fehlenden Rechtsgrundlage mitentscheidend war auch der Gesichtspunkt, dass der Gesetzgeber in den Â§Â§ 173ff. SGB V ein Recht der gesetzlich Versicherten, die Krankenkasse frei zu wÃ¤hlen, vorsieht. WÃ¼rde gefordert werden, der Versicherte mÃ¼sste bei einem Wechsel der Krankenkasse in laufender Therapie erneut einen Antrag auf Bewilligung stellen, so wÃ¼rde dies einen Wechsel der Kasse deutlich erschweren. Denn der Versicherte mÃ¼sste damit rechnen, dass die â□□Neuâ□□-Kasse â□□ nicht gebunden an die alte Bewilligung â□□ die Therapie ablehnen kÃ¶nnte. Hinzu kommt, dass bei laufender Therapie diese nicht ohne weiteres unterbrochen werden kann, bis die Entscheidung der â□□Neuâ□□-Kasse Ã¼ber einen Antrag vorliegt. Eine Unterbrechung der Therapie ist dem Patienten nicht zumutbar.

Aus den genannten GrÃ¼nden war den Klagen stattzugeben.

Die Kostenentscheidung beruht auf Â§ 197a SGG in Verbindung mit Â§ 155 Abs. 4 VwGO.

Â

Erstellt am: 29.06.2023

Zuletzt verändert am: 23.12.2024