



Entscheidung

Spruchkörper: 21
Aktenzeichen*: 21 BG 1565/05
Instanzenaktenzeichen:
Instanzgericht:
Gericht*: Verwaltungsgericht Frankfurt am Main
Entscheidungstyp*: Urteil
Entscheidungsdatum*: 18.10.2005 keine Angabe zur Rechtskraft
Schlagworte: BEHANDLUNGSPFLICHT; VERSICHERTENKARTE
Normen: SGB V § 15 Abs. 2 u. 5
Leitsatz:
1. Auch die Vorlage eines Überweisungsscheins ohne Gültigkeitsdatum der Versichertenkarte kann die Vorlagepflicht gem. § 15 Abs. 2 SGB V nicht ersetzen.
2. Die Ausstellung eines Überweisungsscheins ist grundsätzlich nur zulässig, wenn dem überweisenden Arzt ein gültiger Behandlungsausweis oder Versichertenkarte vorgelegen hat.
3. Es ist nicht Zielsetzung des § 15 Abs. 5 SGB V, einem um ärztliche Behandlung Nachsuchenden zu ermöglichen, durch Vorsprache bei einem Arzt ohne Versichertenkarte eine Situation zu schaffen, die die Bewertung "dringlich" nahelegt.

Veröffentlichungen:

Sachgebiet:

Bemerkungen:

Volltext: BERUFSGERICHT FÜR HEILBERUFE BEIM
VERWALTUNGSGERICHT FRANKFURT AM MAIN
Geschäftsnummer: 21 BG 1565/05(V)

IM NAMEN DES VOLKES
URTEIL
In dem Berufsverfahren

pp.

hat das Berufsgericht für Heilberufe bei dem Verwaltungsgericht Frankfurt am Main aufgrund der Hauptverhandlung vom 18.10.2005, an der teilgenommen haben

Vors. Richterin am VG Loizides als Vorsitzende,
ehrenamtliche Richterin Frau Dr. Mieke,
ehrenamtliche Richterin Frau Schulmerich,

für Recht erkannt:
Der Beschuldigte wird vom Vorwurf des Berufsvergehens freigesprochen.
Die baren Auslagen des Verfahrens fallen der Kammer zur Last.
Eine Gebühr wird nicht erhoben.

I.

Der Beschuldigte ist 1948 in R. geboren, wo er auch studierte. Im Juli 1975 legte er dort die ärztliche Prüfung ab und erhielt die Approbation als Arzt. Im August 1975 verlieh ihm der Rat des Bereiches Medizin der Universität R. den akademischen Grad "Diplom-Mediziner". 1980 promovierte er an der A.-Universität in R. zum Doktor med. und wurde dort im Dezember 1981 als "Facharzt für Physiologie" anerkannt.

Am 17.07.1989 erteilte ihm das Hessische Sozialministerium die Approbation. Im Juli 1989 bescheinigte ihm die Landesärztekammer Hessen die Berechtigung zur Führung des Zusatzes "Sportmedizin". Im Mai 1998 wurde ihm in Hessen die Anerkennung als "Facharzt für Psychiatrie" verliehen und im November 1999 die Berechtigung zur Führung der Zusatzbezeichnung "Psychotherapie" sowie die Anerkennung als "Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie".

Nach Erlangung der Zulassung zur Vertragsarztpraxis am 25.01.2000 ließ er sich als Psychiater in Einzelpraxis in S. nieder.

In berufsrechtlicher Hinsicht ist der Beschuldigte bisher nicht in Erscheinung getreten.

II.

Mit Schreiben vom März 2004 wandte sich eine Frau P. beschwerdeführend an die AOK und die Landesärztekammer Hessen. Sie teilte mit, ihre mittlerweile verstorbene Mutter, Frau P., habe nach einer schweren Kopfoperation seit dem 28.02.1997 im X. Stift in S. gelebt. Sie sei seit Oktober 2003 bettlägerig gewesen und habe nur liegend transportiert werden können. Der Beschuldigte habe die Durchführung eines EEG's, welche er ihrem behandelnden Neurologen, Dr. med. D. M. zugesagt hatte, weil dessen Praxisräume im 3. Stock, ohne Aufzug, für Frau P. nicht erreichbar gewesen war, verweigert. Da Frau P. bei ihrer Ankunft in der Praxis des Beschuldigten die Versichertenkarte der AOK nicht bei sich gehabt habe, habe er die Vornahme des EEG abgelehnt, so dass Frau P. durch die Sanitäter in das Pflegeheim zurückgebracht worden sei.

Nach Angaben des behandelnden Arztes Dr. M. vom 10.05.2004 war ihm Frau P. seit Juli 1997 durch gelegentliche Hausbesuche im X. Stift in S. bekannt. Sie litt diagnostisch an einem symptomatischen Anfallsleiden mit einfach-vokalien Anfällen, die kontinuierliche hausärztliche Betreuung erfolgte durch den Arzt Dr. B. in S.. Frau P. erlitt in der Regel einmal pro Monat einen nur wenige Sekunden anhaltenden Anfall ohne Bewusstseinsverlust, die neurologische Betreuung beschränkte sich auf die Überwachung der medikamentösen Therapie und eine entsprechende Beratung des Hausarztes. Am 11.01.2004 informierte eine Schwester des Stifts telefonisch Dr. M., dass bei der Patientin vermehrt Anfälle "der gleichen leichten Art" auftreten würden. Dieser wollte abklären, ob die bisherige Medikation noch ausreichend war. Dazu schlug er eine EEG-Untersuchung vor. Da der Transport in den 3. Stock seiner Praxis ohne Fahrstuhl für die Patientin eine zu große Belastung darstellte, verabredete Dr. M. persönlich mit dem Beschuldigten, dass dieser die Untersuchung in seiner leichter erreichbaren Praxis vornehmen sollte. Dr. M. stellte einen Überweisungsschein aus, der das Datum des 13.01.2004 trägt und die handschriftliche Eintragung hat: "EEG-Termin für Frau P.. Patientin aus X. Stift". Unter der Rubrik "Auftrag" steht: "Erbitte EEG D: F40.9". Eine Gültigkeitsdauer der Versichertenkarte ist nicht eingetragen.

Nach den Aufzeichnungen des X. Stifts (vgl. Bl. 33 der Ermittlungsakte) wurde das Stift am 12.01.2004 über die beabsichtigte Untersuchung informiert sowie, dass für den 14.01.2004 um 9.30 Uhr ein Termin ausgemacht sei. Noch am 12.01.2004 wurde Dr. M. vom Stift telefonisch informiert, dass Frau P. "inzwischen bettlägerig" sei. Daraufhin wurde der Termin gestrichen und die Tochter der Patientin informiert. Am 14.01.2004 wurde das Rind'sche Stift über den Termin beim Beschuldigten für den 16.01.2004 um 9.30 Uhr informiert. Am 16.01.2004 wurde die Sprechstundenhilfe des Beschuldigten um 9.00 Uhr informiert, dass die Tochter der Patientin telefonisch nicht erreichbar sei bezüglich der Nachfrage der Versichertenkarte. Am 17.01.2004 hatte die Patientin laut ihrer eigenen Aussage einen Krampfanfall, die Pflegekraft hatte davon nichts bemerkt. Am 22.01.2004 hatte Frau P. einen Krampfanfall von ca. 1 Minute. Um 9.45 Uhr wurde die Praxis Dr. M. davon unterrichtet. Diese rief um 12.00 Uhr zurück und teilte mit, dass Frau P. entweder nochmals zu Dr. E. zur Untersuchung (EEG) gebracht werden solle oder alternativ zur Untersuchung und Neueinstellung mit Medikamenten in die Universitätsklinik. Die Tochter der Patientin wurde informiert und wollte zusammen mit ihrem Bruder und Frau P. die Entscheidung treffen. In der Nacht vom 13. zum 24.01.2004 gab Frau P. an, einen weiteren Krampfanfall gehabt zu haben. Am 25.01.2004 wurde ein Untersuchungstermin für den 28.01.2004 in der Universitätsklinik festgelegt. Am 28.01.2004 wurde Frau P. in die neurologische Abteilung der Universitätsklinik verbracht.

Den Krankentransport vom X. Stift zur Praxis des Beschuldigten am 16.01.2004 führte das Deutsche Rote Kreuz durch. Der Rote Kreuz-Mitarbeiter K. hatte vom X. Stift für den Transport verschiedene Unterlagen erhalten, die die Tochter der Patientin am Vortrag zusammengetragen hatte. Dem Zeugen K. hatte die Pflegekraft des X. Stiftes bei Übergabe der Unterlagen erklärt, sie könne die Versichertenkarte der Patientin leider nicht mitgeben, weil diese noch beim Hausarzt sei. Wenn sie verlangt werde, könne sie jederzeit nachgereicht werden, nur im Augenblick sei sie nicht verfügbar. Dies teilte der Mitarbeiter auf eine Frage der Arzthelferin in der Praxis des Beschuldigten mit.

III.

Die vorstehenden Feststellungen beruhen auf der in der Hauptverhandlung über seinen Verteidiger erfolgten Einlassung des Beschuldigten, soweit ihr zu folgen war, sowie den in der beigezogenen Ermittlungsakte der Landesärztekammer Hessen und der Gerichtsakte vorhandenen Unterlagen.

IV.

Der Beschuldigte war vom Vorwurf des Verstoßes gegen ärztliche Berufspflichten, wie er in der Anschuldigungsschrift vom 27.04.2005 erhoben ist, freizusprechen.

Aufgrund des in der Hauptverhandlung festgestellten Sachverhaltes ist nicht ersichtlich, dass der Beschuldigte zur Durchführung der Untersuchung - Vornahme eines EEG -, wie dies mit Dr. M. vereinbart gewesen war, ohne Vorlage der Krankenversichertenkarte verpflichtet gewesen wäre.

Gem. § 15 Abs. 2 SGB V haben Versicherte, die ärztliche oder zahnärztliche Behandlung in Anspruch nehmen, dem Arzt (Zahnarzt) vor Beginn der Behandlung ihre Krankenversichertenkarte vorzulegen. Für den Arzt stellt diese den Nachweis dar, dass die um ärztliche Leistungen nachsuchende Patientin berechtigt ist, vertragsärztliche Leistungen in Anspruch zu nehmen. Dass vorliegend die Patientin ihrerseits aufgrund ihres Versicherungsverhältnisses mit der AOK die Leistungen in Anspruch nehmen wollte und nicht etwa eine private Leistung auf eigene Kosten, ergibt sich eindeutig aus dem festgestellten Sachverhalt. Danach sollte nämlich die - derzeit nicht griffbereite - Versichertenkarte nachgereicht werden.

Es ist nicht ersichtlich, aufgrund welcher rechtlichen Verpflichtung der Beschuldigte gehalten sein sollte, die Untersuchung mittels Durchführung eines EEG ohne Vorlage der Versichertenkarte vorzunehmen.

So ist zwar ein Versicherter gem. § 15 Abs. 5 SGB V berechtigt, in dringenden Fällen die Krankenversicherungskarte nachzureichen. In einem solchen Fall wäre auch der um Vornahme der ärztlichen Handlung ersuchte Arzt aus seinem vertragsärztlichen Verhältnis zur Krankenkasse gegenüber dem Versicherten verpflichtet, die erforderliche Handlung vorzunehmen. Ein solcher "dringender" Fall war jedoch vorliegend nicht gegeben. Dies folgt eindeutig aus den Aufzeichnungen des X. Stiftes über den Ablauf des Geschehens zwischen dem 12.01. und dem 28.01.2004. Danach hatte Dr. M. die Patientin über längere Zeit nicht gesehen, denn er musste erst darüber in Kenntnis gesetzt werden, dass sie "inzwischen bettlägerig" geworden war. Da dies nach Angaben der Tochter seit Oktober 2003 der Fall war, hatte der behandelnde Neurologe die Patientin mindestens seit dieser Zeit nicht gesehen. Er hielt offensichtlich auch keine sofortige Durchführung des EEG für erforderlich, da er den Termin erst vier Tage nach seiner Erstinformation (12.01.-16.01.2004) festlegte. Entsprechendes gilt auch für das Verhalten des Dr. M. wie auch des X. Stiftes und der Tochter der Frau P. nach Ablehnung der Durchführung des EEG am 16.01.2004 durch den Beschuldigten. So wurden zunächst mehrere weitere Anfallsituationen abgewartet und am 22.01.2004 gab Dr. M. die Möglichkeiten zur Entscheidung, entweder die Patientin nochmals zum Beschuldigten "zur Untersuchung (EEG)" zu bringen oder eine Untersuchung in der Universitätsklinik zu veranlassen. Dies geschah erst am 28.01.2004 und damit ca. 12 Tage nach der Ablehnung der Durchführung des EEG durch den Beschuldigten. Der Beschuldigte hatte auch keine Veranlassung, aufgrund des in Kopie zu den Gerichtsakten gereichten Überweisungs-/Abrechnungsscheins (vgl. Bl. 40 der Gerichtsakte) tätig zu werden. Dieser Schein enthielt kein Gültigkeitsdatum der Versichertenkarte, womit für ihn klar war, dass er damit nicht abrechnen konnte. Aus seiner Sicht sprach damit auch vieles dafür, dass dem den Überweisungsschein ausstellenden Arzt Dr. M. seinerseits die Versichertenkarte nicht vorgelegen hatte, denn sonst wäre bei einem Ausdruck das Gültigkeitsdatum enthalten gewesen. Damit ist auch der Überweisungsschein aus seiner Sicht in seiner Gültigkeit zu Recht als zweifelhaft einzustufen gewesen, denn Überweisungsscheine sind grundsätzlich nur zulässig, wenn dem überweisenden Arzt ein gültiger Behandlungsausweis oder eine Versichertenkarte vorgelegen hat (vgl. Hauck, Sozialgesetzbuch (SGB) V, Abschnitt K, § 15 Rdnr. 26).

Es ist auch nicht ersichtlich, dass die Transportschwierigkeiten der Patientin, sowie ihr Alter und ihr generell angegriffener Gesundheitszustand dazu geführt hätten, dass der Beschuldigte von einem "dringenden" Fall i. S. d. § 15 Abs. 5 SGB V hätte ausgehen müssen. Es ist ersichtlich nicht Zielsetzung dieser Vorschrift, dem Patienten zu ermöglichen, die Versichertenkarte unkontrolliert bei Ärzten zu belassen und durch Vorsprache bei einem weiteren Arzt ohne Versichertenkarte eine Situation zu schaffen, die die Bewertung "dringlich" nahe legt. Die Verlagerung des Behandlungs- und Zahlungsrisikos auf den Arzt mit der Folge erhöhter Verwaltungskosten in Bezug auf den zu erbringenden Beschaffungsaufwand ist vom Leistungserbringer ohne entsprechende gesetzliche Grundlage nicht einforderbar.

Es bedarf im Zusammenhang mit der vorliegenden Entscheidung keines Eingehens darauf, in wie weit die Patientin oder, für sie handelnd, das Rind'sche Stift befugt waren, die Versichertenkarte ohne weitere Kontrolle aus der Hand zu geben.

Es ist auch nicht ersichtlich, dass der Beschuldigte gegenüber Dr. M. verpflichtet gewesen wäre, die technische Untersuchung ohne Vorlage der, wie oben dargelegt, erforderlichen Versichertenkarte, durchzuführen. Zwar hat er nach dem Sachverhalt diesem die Erstellung des EEG zugesagt, Geschäftsgrundlage dieser "Vereinbarung" zwischen den beiden Ärzten waren jedoch die üblichen Bedingungen des Arztrechtes, mithin auch § 15 SGB V. In seiner Stellungnahme gegenüber der Landesärztekammer Hessen hat Dr. M. nicht etwa angegeben, dass er dem Beschuldigten gesagt hat, er sei gar nicht im Besitz der Versichertenkarte gewesen, als er den Überweisungsschein ausgestellt habe oder etwa, dass er seit längerer Zeit ohne Vorlage der Versichertenkarte behandle. Unter diesen Umständen kann nicht unterstellt werden, der Beschuldigte habe zugesagt, auch seinerseits so zu verfahren. Die Kostenentscheidung beruht auf § 78 Abs. 1, Abs. 5 S. 3 HeilbG. Gem. § 78 Abs. 5 S. 2 HeilbG war keine Gebühr zu erheben.