

## S 12 KA 418/19

Land  
Hessen  
Sozialgericht  
SG Marburg (HES)  
Sachgebiet  
Vertragsarztangelegenheiten  
1. Instanz  
SG Marburg (HES)  
Aktenzeichen  
S 12 KA 418/19  
Datum  
17.03.2021  
2. Instanz  
Hessisches LSG  
Aktenzeichen  
L 4 KA 20/21  
Datum  
-  
3. Instanz  
-  
Aktenzeichen  
-  
Datum  
-  
Kategorie  
Gerichtsbescheid  
Leitsätze

1. Die Kassenärztliche Vereinigung Hessen hat nach dem hessischen Rahmenvertrag über die ambulante ärztliche Versorgung der Leistungsberechtigten nach dem Asylbewerberleistungsgesetz (AsylbLG) vom 14.01.1999 bereits 20 Tage nach Rechnungstellung gegenüber dem kommunalen Leistungsträger einen Zahlungsanspruch für die Behandlung von Asylbewerbern. Die kommunalen Leistungsträger haben kein vorheriges Prüfungsrecht oder ein Zurückbehaltungsrecht.
2. Stellt sich die Unzuständigkeit der kommunalen Leistungsträger nachträglich heraus, haben sie ggf. einen Erstattungsanspruch gegen den zuständigen Leistungsträger, i.d.R. eine gesetzliche Krankenkasse. Damit fällt ein Zuständigkeitswechsel grundsätzlich in die Risikosphäre des einen Behandlungsschein ausstellenden kommunalen Leistungsträgers.
3. Der Rahmenvertrag verstößt nicht gegen höherrangiges Recht.

1. Die Beklagte wird verurteilt, an die Klägerin einen Betrag in Höhe von 10.422,35 € zu zahlen. Im Übrigen wird die Klage abgewiesen.
2. Die Beklagte hat die notwendigen Verfahrenskosten zu tragen.
3. Der Streitwert wird auf 10.422,35 € festgesetzt.

### Tatbestand

Die Beteiligten streiten noch um die Vergütung für die Behandlung von Leistungsberechtigten nach dem Asylbewerberleistungsgesetz in den zehn Quartalen IV/16 bis I/19 in Höhe von insgesamt 10.422,35 €.

Die Klägerin ist eine Kassenärztliche Vereinigung nach [§ 77 Abs. 1 SGB V](#). Die Beklagte ist eine kreisfreie Stadt in Hessen.

Die Klägerin schloss am 23.01.1988 mit dem Hessischen Städtetag und dem Hessischen Landkreistag einen Rahmenvertrag über die ambulante ärztliche Versorgung der Hilfeberechtigten nach dem BSHG und den Anspruchsberechtigten nach § 276 des Lastenausgleichsgesetzes (LAG) (im Folgenden: RV-B), der die Rahmenvereinbarung aus den Jahren 1955/1956 ersetzte. Die Beklagte und der Hessische Städtetag sowie der Hessische Landkreistag schlossen am 14.01.1999 ferner mit Geltung ab 01.04.1998 einen Rahmenvertrag über die ambulante ärztliche Versorgung der Leistungsberechtigten nach dem Asylbewerberleistungs-Gesetz (AsylbLG) (im Folgenden: RV-A). Nach diesem Rahmenvertrag übernimmt die Kassenärztliche Vereinigung durch ihre vertragsärztlichen Mitglieder, soweit es sich um Ärzte im Vertrag genannter Fachrichtungen handelt, die ärztliche Versorgung der Leistungsberechtigten nach dem AsylbLG, denen ärztliche Leistungen im Umfang nach § 4 AsylbLG gewährt werden. Für die Vergütung wird in § 8 RV-A auf der Grundlage des Einheitlichen Bewertungsmaßstabes für vertragsärztliche Leistungen (EBM) unter Bezugnahme auf die zwischen der Beklagten und den Landesverbänden der gesetzlichen Krankenkassen gem. [§ 72 Abs. 2 SGB V](#) geschlossenen Vereinbarungen ein Punktwert in Höhe von 0,085 DM (bzw. 0,075 DM für Laborleistungen) vereinbart. Im Übrigen wird, u. a. für die Abrechnung, auf einzelne Bestimmungen des RV-B verwiesen (§ 9 RV-A).

Beiden Verträgen trat die Beklagte nach ihrem unstreitigen Vorbringen bei. Die Vertragsärzte und Mitglieder der Klägerin rechneten auf der Grundlage des BMÄ bzw. EBM die erbrachten Leistungen ab, die ihnen die Beklagte mit einem festen Punktwert vergütete. Die Beklagte rechnete wiederum die Leistungen aller Vertragsärzte gegenüber der Klägerin ab.

Die Klägerin hat am 23.12.2019 die Klage zum Az.: [S 12 KA 418/19](#) erhoben. Die Kammer hat mit Beschluss vom 17.02.2021 das Verfahren hinsichtlich der Behandlungsfälle Bek, F. (Quartal I/17; Honorarforderung 11,08 €; Nr. 70 der Liste der Beklagten), B., C. bzw. Cx. (Quartal III/17; Honorarforderung 9,26 €; Nr. 81 der Liste der Beklagten), D., E. (Quartal II/18; Honorarforderung 12,79 €; Nr. 100 der Liste der

Beklagten) und D., E. (Quartal III/18; Honorarforderung 177,37 €; Nr. 103 der Liste der Beklagten) unter dem Az.: S 12 KA 32/21 abgetrennt.

Die Klägerin trägt vor, sie habe nach dem zwischen ihr und dem Hessischen Städtetag und dem Hessischen Landkreistag geschlossenen Rahmenvertrag über die ambulante ärztliche Versorgung der Leistungsberechtigten nach dem Asylbewerberleistungsgesetz i. d. F. vom 14.01.1999 die ambulante ärztliche sowie stationäre belegärztliche Versorgung der nach dem Asylbewerberleistungsgesetz Leistungsberechtigten übernommen. Die Beklagte habe die Rechnungen ab dem Quartal IV/16 zu Unrecht gekürzt und nur teilweise ausgeglichen. Die Beklagte habe mit Schreiben vom 19.02.2020 bzw. 22.11.2019 betreffend das Quartal I/19 weitere Beträge anerkannt. Im Einzelnen handele es sich um folgende Kürzungen:

Quartal	Kürzungsbetrag in €	Kürzungsbetrag nach Teilanerkennung in €	Offener Betrag in €
IV/16	1.565,73	262,02	1.303,71
I/17	2.779,96		2.779,96
II/17	280,19		280,19
III/17	244,87		244,87
IV/17	82,89		82,89
I/18	273,62		273,62
II/18	238,43		238,43
III/18	1.207,36	919,44	287,92
IV/18	5.797,02	948,85	4.848,17
I/19	329,95	76,86	253,09
Gesamt	12.800,02		10.592,85

Zum Zeitpunkt der Behandlung lägen den Ärzten jeweils von der Beklagten ausgestellte Behandlungsausweise vor. Aufgrund der Ausgabe der Behandlungsausweise sei die Beklagte als Kostenträger anzusehen, was aus § 7 des Rahmenvertrags folge. Eine Rückforderung scheide aus, da sie das Geld bereits an die Ärzte ausgezahlt habe. Die prüffähigen Nachweise, nämlich die von der Beklagten ausgestellte Behandlungsausweise, werden in jedem Quartal zurückgeschickt. Auf diesen Dokumenten sei die Gültigkeitsdauer eindeutig vermerkt. Zur Verdeutlichung reiche sie exemplarisch die Unterlagen für das Quartal II/17 ein. Nach Absetzungen teile sie der Beklagten jeweils die noch offenen Fälle und Beträge mit. Die Beklagte habe mit Schreiben vom 12.11.2019 jeden Einigungsversuch zurückgewiesen. Sie habe immer wieder standardmäßige Begründungen für ihre Zahlungsablehnungen angeführt. Die Klageerhebung hemme die Verjährung.

Die Klägerin beantragt,

die Beklagte zu verurteilen,

an sie für das Quartal IV/16 einen Betrag in Höhe von 1.303,71 € nebst Zinsen in Höhe von 1 %-Punkt über dem jeweiligen Basiszinssatz vom 02.07.2017 bis 10.03.2020,

für das Quartal I/17 einen Betrag in Höhe von 2.779,96 € nebst Zinsen in Höhe von 1 %-Punkt über dem jeweiligen Basiszinssatz vom 02.10.2017 bis zum 10.03.2020,

für das Quartal II/17 einen Betrag in Höhe von 280,19 € nebst Zinsen in Höhe von 1 %-Punkt über dem jeweiligen Basiszinssatz vom 31.12.2017 bis zum 10.03.2020,

für das Quartal III/17 einen Betrag in Höhe von 244,87 € nebst Zinsen in Höhe von 1 %-Punkt über dem jeweiligen Basiszinssatz vom 01.04.2018 bis zum 10.03.2020,

für das Quartal IV/17 einen Betrag in Höhe von 82,89 € nebst Zinsen in Höhe von 1 %-Punkt über dem jeweiligen Basiszinssatz vom 01.07.2018 bis zum 10.03.2020,

für das Quartal I/18 einen Betrag in Höhe von 273,62 € nebst Zinsen in Höhe von 1 %-Punkt über dem jeweiligen Basiszinssatz vom 30.09.2018 bis zum 10.03.2020,

für das Quartal II/18 einen Betrag in Höhe von 238,43 € nebst Zinsen in Höhe von 1 %-Punkt über dem jeweiligen Basiszinssatz vom 30.12.2018 bis zum 10.03.2020,

für das Quartal III/18 einen Betrag in Höhe von 287,92 € nebst Zinsen in Höhe von 1 %-Punkt über dem jeweiligen Basiszinssatz vom 09.04.2019 bis zum 10.03.2020,

für das Quartal IV/18 einen Betrag in Höhe von 4.848,17 € nebst Zinsen in Höhe von 1 %-Punkt über dem jeweiligen Basiszinssatz vom 27.06.2019 bis zum 10.03.2020,

für das Quartal I/19 einen Betrag in Höhe von 253,09 € nebst Zinsen in Höhe von 1 %-Punkt über dem jeweiligen Basiszinssatz vom 30.09.2019 bis zum 10.03.2020

und jeweils nebst Zinsen in Höhe von 5 %-Punkten über dem jeweiligen Basiszinssatz seit Rechtshängigkeit der Klage zu zahlen.

Die Beklagte beantragt,

die Klage abzuweisen.

Die zunächst mit Schriftsatz vom 04.02.2020 erhobene Rüge der örtlichen Unzuständigkeit des Sozialgerichts Marburg hat sie mit Schriftsatz vom 28.05.2020 zurückgenommen. Erstattungsansprüche für das Quartal IV/16 seien mit Ablauf des 31.12.2019 verjährt. Ihr sei die

Klageschrift nicht innerhalb der Zwei-Wochenfrist ([§ 202 SGG](#) i. V. m. [§ 167 ZPO](#)) zugestellt worden. Sie habe darauf vertrauen dürfen, von der Klägerin nicht mehr in Anspruch genommen zu werden. Für das Quartal I/19 fehle der Klägerin das Rechtsschutzbedürfnis. Sie habe die Zahlung nicht ernsthaft und endgültig abgelehnt. Es gebe strittige Abrechnungsfälle, weil der Rahmenvertrag eine Erstattungspflicht nur in den Fällen vorsehe, in denen sie auch tatsächlich zuständig sei. In den vermutlich geltend gemachten Abrechnungsfällen sei die Leistungsberechtigung der Hilfeempfänger aber im Zeitpunkt der ärztlichen Behandlung schon nach § 1 Abs. 3 Satz 1 Asylbewerberleistungsgesetz entfallen gewesen, weil diesen Personen ein ausländerrechtliches Aufenthaltsrecht zuerkannt worden sei (sog. Rechtskreiswechsler). Ab dem Folgemonat nach Zuerkennung des Aufenthaltstitels sei sie nicht mehr zuständig gewesen und sei die Erstattungspflicht nach dem Rahmenvertrag entfallen. Die Klägerin müsse sich an die Patienten bzw. deren Krankenversicherungen halten. Das Sozialamt habe die Abrechnungsunterlagen zur Verfügung gestellt. Es gebe zudem noch mehr als 1.700 Behandlungsscheine. Ein Teil der Abrechnungsfälle befinde sich noch in ihrer Nachprüfung, da ihr die neue Krankenversicherung erst jüngst mitgeteilt worden sei. Die geltend gemachten Zinsbeträge deckten sich nicht mit den Forderungen. Die Nachzahlungen habe sie unverzüglich nach Fälligkeit, jedenfalls vor Verzug geleistet. Die Auffassung der Klägerin zur Zahlung auch bei Unzuständigkeit finde im Rahmenvertrag keine Stütze. Der Rahmenvertrag solle nur die Abrechnung vereinfachen, begründe aber keine neuen gesetzlichen Erstattungs- und Sachleistungspflichten.

Wegen der weiteren Einzelheiten wird auf den übrigen Inhalt der Gerichts- und beigezogenen Verwaltungsakte Bezug genommen.

#### Entscheidungsgründe

Die Kammer konnte ohne mündliche Verhandlung durch Gerichtsbescheid nach [§ 105 SGG](#) entscheiden. Die Sache hat keine Schwierigkeiten tatsächlicher oder rechtlicher Art, und der Sachverhalt ist geklärt. Die Kammer hat die Beteiligten hierzu mit Verfügung vom 17.02.2021 angehört. Ein Einverständnis der Beteiligten wird vom Gesetz nicht verlangt. Eine grundsätzliche Bedeutung liegt nicht vor. Es handelt sich um den einzigen Fall. Vergleichbare Fälle bzw. Fälle anderer Kommunen sind bei der für das gesamte Land zuständigen Kammer bisher nicht anhängig geworden.

Die zulässige Leistungsklage ist nach Abtrennung der vier Behandlungsfälle von ursprünglich 10.592,85 € auf noch 10.422,35 € vermindert. Entsprechend der Honorarforderung in den abgetrennten Behandlungsfällen ist von einer Verminderung der quartalsbezogenen Klageforderung auszugehen.

Die Klage ist auch weitgehend begründet. Die Klägerin hat einen Anspruch auf Zahlung eines Betrags in Höhe von 10.422,35 € gegenüber der Beklagten. Insoweit war der Klage stattzugeben. Einen weitergehenden Anspruch hat die Klägerin nicht. Im Übrigen war die Klage daher abzuweisen.

Die Klägerin hat einen Anspruch auf Zahlung im Umfang der noch streitbefangenen Hauptforderung in Höhe von 10.422,35 €. Ein Anspruch auf Verzinsung ihrer Forderung besteht jedoch nicht.

Der Anspruch der Klägerin auf Zahlung beruht auf öffentlich-rechtlichem Vertrag.

Das Verhältnis zwischen den Beteiligten wird maßgeblich durch den am 14.01.1999 von der Klägerin mit dem Hessischen Städtetag und dem Hessischen Landkreistag abgeschlossenen Rahmenvertrag über die ambulante ärztliche Versorgung der Leistungsberechtigten nach dem Asylbewerberleistungs-Gesetz (AsylbLG) geregelt, dem die Beklagte beigetreten ist. Danach hat der Beklagte in den Fällen, in denen er einen Behandlungsausweis ausgegeben hat, die über die Klägerin abzurechnenden Behandlungskosten solange zu übernehmen, bis er dem behandelnden Arzt mitgeteilt hat, dass er nicht mehr zuständiger Kostenträger ist. Fälligkeit tritt bereits 20 Tage nach Rechnungstellung ein.

Die Klägerin schloss zunächst am 23.01.1988 mit dem Hessischen Städtetag und dem Hessischen Landkreistag einen Rahmenvertrag über die ambulante ärztliche Versorgung der Hilfeberechtigten nach dem BSHG und den Anspruchsberechtigten nach § 276 des Lastenausgleichsgesetzes (LAG) (im Folgenden: RV-B), der die Rahmenvereinbarung aus den Jahren 1955/1956 ersetzte. Die Beklagte und der Hessische Städtetag sowie der Hessische Landkreistag schlossen am 14.01.1999 ferner mit Geltung ab 01.04.1998 einen Rahmenvertrag über die ambulante ärztliche Versorgung der Leistungsberechtigten nach dem Asylbewerberleistungs-Gesetz (AsylbLG) (im Folgenden: RV-A). Nach diesem Rahmenvertrag übernimmt die Kassenärztliche Vereinigung durch ihre vertragsärztlichen Mitglieder, soweit es sich um Ärzte im Vertrag genannter Fachrichtungen handelt, die ärztliche Versorgung der Leistungsberechtigten nach dem AsylbLG, denen ärztliche Leistungen im Umfang nach § 4 AsylbLG gewährt werden. Für die Vergütung wird in § 8 RV-A auf der Grundlage des Einheitlichen Bewertungsmaßstabes für vertragsärztliche Leistungen (EBM) unter Bezugnahme auf die zwischen der Beklagten und den Landesverbänden der gesetzlichen Krankenkassen gem. [§ 72 Abs. 2 SGB V](#) geschlossenen Vereinbarungen ein Punktwert in Höhe von 0,085 DM (bzw. 0,075 DM für Laborleistungen) vereinbart. Im Übrigen wird, u. a. für die Abrechnung, auf einzelne Bestimmungen des RV-B verwiesen (§ 9 RV-A).

Ein solcher Rahmenvertrag ist grundsätzlich zulässig, da Asylbewerber, die nicht Mitglieder einer Krankenkasse sind, was jedenfalls in den ersten 15 bzw. jetzt 18 Monaten der Fall ist, nicht in die vertragsärztliche Versorgung einbezogen sind (vgl. bereits SG Marburg, Gerichtsbes. v. 16.12.2020 - [S 12 KA 303/20](#) - juris für den vertragszahnärztlichen Bereich).

Leistungsberechtigte nach § 1 AsylbLG haben in den ersten 15 - seit Änderung des § 2 Abs. 1 AsylbLG durch Art. 5 Nr. 3 Zweites Gesetz zur besseren Durchsetzung der Ausreisepflicht vom 15.08.2019, [BGBl. I S. 1294](#) mit Geltung ab 21.08.2019 in den ersten 18 - Monaten ihres Aufenthalts nur einen eingeschränkten Krankenversicherungsschutz für die Behandlung akuter Erkrankungen und Schmerzzustände (§ 4 Abs. 1 AsylbLG) (zur Vergütung vgl. SG Düsseldorf, Urt. v. 11.11.2015 - [S 2 KA 445/13](#) - juris Rdnr. 25). Den Sicherstellungsauftrag hierfür hat die - nach Landesrecht (§ 10 AsylbLG) - zuständige Behörde (§ 4 Abs. 3 AsylbLG) (vgl. OVG Niedersachsen, Urt. v. 17.10.2001 - [4 LB 1109/01](#) - juris Rdnr. 44 ff.). Die Krankenkasse kann gegen Aufwendungsersatz die Krankenbehandlung übernehmen ([§ 264 Abs. 1 Satz 1 SGB V](#)) bzw. ist hierzu verpflichtet, wenn sie durch die Landesregierung dazu aufgefordert wird und mit ihr eine entsprechende Vereinbarung mindestens auf Ebene der Landkreise oder kreisfreien Städte geschlossen wird ([§ 264 Abs. 1 Satz 2 SGB V](#)). Auch dann unterliegt die Aufgabenerfüllung nicht dem SGB V, sondern dem AsylbLG (vgl. SG Hamburg, Beschl. v. 12.12.2014 - [S 21 KR 1399/14 ER](#) - juris Rdnr. 4).

Nach 15 bzw. jetzt 18 Monaten besteht für die nach § 2 Abs. 1 AsylbLG Analog-Leistungsberechtigten Krankenversicherungsschutz nach den

§§ 27 bis 43c SGB V (§ 48 Satz 1 SGB XII). Nach § 264 Abs. 4 Satz 1 SGB V gelten § 11 Abs. 1 sowie die §§ 61 und 62 SGB V entsprechend, woraus die Geltung auch der §§ 20 bis 26 SGB V gefolgt wird (vgl. die Kommentierungen zu § 264 SGB V). Die Krankenbehandlung wird von der Krankenkasse übernommen (§ 264 Abs. 2 SGB V). Es handelt sich um eine Auftragsverwaltung der Krankenkasse i. S. d. § 93 SGB X (vgl. BSG, Urt. v. 17.06.2008 - B 1 KR 30/07 R - BSGE 101, 42 = SozR 4-2500 § 264 Nr. 1, juris Rdnr. 11 ff.; BSG, Urt. v. 28.09.2010 - B 1 KR 4/10 R - SozR 4-2500 § 264 Nr. 3, juris Rdnr. 11 ff.; BSG, Urt. v. 18.11.2014 - B 1 KR 12/14 R - SozR 4-2500 § 264 Nr. 6, juris Rdnr. 11 ff.; BSG, Urt. v. 08.03.2016 - B 1 KR 26/15 R - SozR 4-2500 § 264 Nr. 7, juris Rdnr. 15 ff.; Baierl in Schlegel/Voelzke, jurisPK-SGB V, 4. Aufl. 2020, § 264 SGB V Rn. 83 ff. und 125; z. T. anders - auftragsähnliches Verhältnis - BSG, Urt. v. 27.05.2014 - B 8 SO 26/12 R - BSGE 116, 71 = SozR 4-2500 § 264 Nr. 5, juris Rdnr. 20 ff.; BSG, Urt. v. 27.05.2014 - B 8 SO 26/12 R - BSGE 116, 71 = SozR 4-2500 § 264 Nr. 5, juris Rdnr. 17 ff.; Söhngen in jurisPK SGB XII, 3. Aufl. 2020, § 48 SGB XII Rn. 26 ff.), die die Betroffenen wählen (§ 264 Abs. 3 SGB V). Die Betroffenen werden zwar mit unmittelbaren Ansprüchen an die Krankenkasse leistungsrechtlich gleichgestellt, sind aber weiterhin nicht in der gesetzlichen Krankenversicherung aufgrund eines eigenen versicherungsrechtlichen Status versichert (vgl. BSG, Urt. v. 17.06.2008 - B 1 KR 30/07 R - BSGE 101, 42 = SozR 4-2500 § 264 Nr. 1, juris Rdnr. 14 ff.; Baierl in Schlegel/Voelzke, jurisPK-SGB V, 4. Aufl. 2020, § 264 SGB V Rn. 83). § 264 Abs. 2 Satz 1 SGB V setzt ausdrücklich voraus, dass eine Krankenversicherung nicht besteht.

Der Gesetzgeber geht wie selbstverständlich davon aus, dass mit der Übernahme der Krankenbehandlung durch die Krankenkassen der Sicherstellungsauftrag der Kassenärztlichen Vereinigung erweitert wird, ohne dies ausdrücklich zu thematisieren (vgl. die Gesetzesbegründung zu den durch das GMG in § 264 SGB V eingefügten Abs. 2 bis 7, BT-Drs. 15/1525, S. 140 f.; zur Erweiterung auf § 2 AsylbLG vgl. BT-Drs. 15/1600, S. 14). So regelt § 264 Abs. 6 SGB V die entsprechende Berücksichtigung bei der vertragsärztlichen Gesamtvergütung. Demgegenüber gilt der Sicherstellungsauftrag der Kassenärztlichen Vereinigung (§ 75 Abs. 1 SGB V) nur für die Versicherten (§§ 2 Abs. 1, 72 Abs. 1 Satz 1 SGB V). Eine Erweiterung des Sicherstellungsauftrags, wie z. B. für die im Standardtarif privat Versicherten geschehen (§ 75 Abs. 3a Satz 1 SGB V), ist nicht erfolgt. Ansonsten kann der Sicherstellungsauftrag mit Zustimmung der Aufsichtsbehörden auf Aufgaben der ärztlichen Versorgung insb. für andere Träger der Sozialversicherung erweitert werden (§ 75 Abs. 6 SGB V) (vgl. SG Marburg, Urt. v. 29.03.2006 - S 12 KA 638/05 - juris Rdnr. 23 ff.). Es bedarf aber einer Erweiterung des Sicherstellungsauftrags oder aber einer ausdrücklichen rechtlichen Verpflichtung, um die Vertragsärzte zur Behandlung des betroffenen Personenkreises zu verpflichten. Eine solche Verpflichtung kann auch über die Einbeziehung der auftragsweise versorgten Personen durch den Gesamtvertrag (§ 84 Abs. 1 SGB V) erfolgen (vgl. LSG Berlin-Brandenburg, Urt. v. 11.05.2011 - L 7 KA 164/07 - juris Rdnr. 26). Ihre durch Vertragsärzte erfolgende Behandlung wird damit nicht Teil der vertragsärztlichen Versorgung. Auch wenn andere als Versicherte der gesetzlichen Krankenversicherung in den Sicherstellungsauftrag einbezogen werden, werden sie nicht vollständig in das System der vertragsärztlichen Versorgung einbezogen, so dass z. B. die Regelungen zur Wirtschaftlichkeitsprüfung nicht gelten (vgl. LSG Berlin-Brandenburg, Urt. v. 02.06.2010 - L 7 KA 12/06 - juris Rdnr. 28 ff.; SG Marburg, Urt. v. 29.03.2006 - S 12 KA 638/05 - juris Rdnr. 28; anders für sachlich-rechnerische Richtigstellungen nach § 106a SGB V a. F. SG Marburg, Urt. v. 08.12.2010 - S 12 KA 229/09 - juris Rdnr. 38).

Von daher bedarf es des Rahmenvertrags, um den Sicherstellungsauftrag der Beklagten entsprechend zu erweitern.

Nach dem Rahmenvertrag übernimmt der Kostenträger die Behandlungskosten, der den Behandlungsausweis ausgegeben hat, auch wenn die Behandlung außerhalb seines Zuständigkeitsbereiches stattgefunden hat (§ 7 Satz 2 RV-A). § 9 RV-A verweist klarstellend auf § 5 Abs. 3 RV-B. Danach ist der Behandlungsausweis für das gesamte Quartal gültig, sofern er keine kürzere Gültigkeitsdauer ausweist (Satz 1). Der behandelnde Arzt ist verpflichtet, die Behandlung auf Rechnung des zuständigen Kostenträgers einzustellen, wenn ihm im Laufe der Behandlung oder Untersuchung vom zuständigen Kostenträger schriftlich mitgeteilt wird, dass der Berechtigte einen anderen gesetzlichen Anspruch auf Krankenhilfe hat (Satz 3).

Damit fällt ein Zuständigkeitswechsel grundsätzlich in die Risikosphäre des Kostenträgers, wenn er die Gültigkeitsdauer nicht begrenzt oder der Zuständigkeitswechsel erst verspätet erkannt wird. Erst mit Ablauf des Quartals bzw. der Gültigkeitsdauer des Behandlungsausweises oder der schriftlichen Mitteilung an den behandelnden Arzt darf dieser den Patienten nicht mehr zu Lasten des bisherigen Kostenträgers, hier der Beklagten behandeln.

Bei Vorliegen eines verspätet bemerkten Zuständigkeitswechsels muss der bisherige Kostenträger vorleisten, ihm bleibt aber ein Erstattungsanspruch gegenüber dem nachfolgenden Kostenträger (§§ 102 ff. SGB X). Die fehlerhafte Kostenlast ist daher nicht im Verhältnis zu den Ärzten oder der klagenden Kassenärztlichen Vereinigung, sondern zwischen den Kostenträgern auszugleichen. Von daher wird nicht grundsätzlich eine andere Tragung der Kostenlast vereinbart, sondern handelt es sich um Abrechnungsregeln. Es bestehen daher bzgl. der Gültigkeit des Rahmenvertrags keine Bedenken (vgl. in Bezug auf die Vergütung SG Marburg, Urt. v. 29.03.2006 - S 12 KA 638/05 - juris Rdnr. 27 ff.).

§ 9 RV-A verweist ferner auf § 9 RV-B. Nach § 9 Abs. 2 Satz 2 RV-B hat der zuständige Kostenträger, hier die Beklagte, die Restforderung spätestens 20 Tage nach Erhalt der Rechnung zu zahlen. Nach § 9 Abs. 3 RV-B kann ein Antrag auf rechnerische oder sachliche Richtigstellung gestellt werden. Im Umkehrschluss folgt daraus, dass kein Zurückbehaltungsrecht des Kostenträgers besteht. Soweit man mit dem Bundessozialgericht entsprechend des Verhältnisses zu den Krankenkassen der klagenden Kassenärztlichen Vereinigung eine Verwaltungsaktsbefugnis zusprechen will (vgl. BSG, Urt. v. 19.10.2011 - B 6 KA 30/10 R - SozR 4-5555 § 21 Nr. 2, juris Rdnr. 15 ff.), kann der Kostenträger den Verwaltungsakt anfechten bzw. kann er auf der Grundlage eines öffentlich-rechtlichen Erstattungsanspruchs die Kassenärztliche Vereinigung verklagen.

In allen strittigen Behandlungsfällen wurde nachträglich festgestellt, dass die Patienten zum Behandlungszeitpunkt nicht mehr in den Zuständigkeitsbereich der Beklagten fielen. Insofern steht die Nachvollziehbarkeit der Abrechnung bzw. einzelnen Leistungspositionen zwischen den Beteiligten nicht in Streit. Dabei ist es unerheblich, dass sich der Beklagte bereit erklärt hat, u. U. Teilbeträge zu leisten, soweit seine Zuständigkeit für einzelne Behandlungsabschnitte gegen war. Jedenfalls trägt in den Fällen, in denen wie vorliegend die Beklagte Behandlungsscheine ausgestellt hat, die Beklagte das Leistungsrisiko auch für die Zeiträume, für die der Behandlungsschein ausgestellt ist, die eigentliche Zuständigkeit der Beklagten aber nicht mehr gegeben ist.

Die §§ 102 bis 114 SGB X über Erstattungsansprüche der Leistungsträger untereinander sind entsprechend anzuwenden (§ 9 Abs. 4 Satz 1 Nr. 3 AsylbLG). Hat ein unzuständiger Leistungsträger Sozialleistungen erbracht, ohne dass die Voraussetzungen von § 102 Abs. 1 vorliegen, ist der zuständige oder zuständig gewesene Leistungsträger erstattungspflichtig, soweit dieser nicht bereits selbst geleistet hat, bevor er von der Leistung des anderen Leistungsträgers Kenntnis erlangt hat (§ 105 Abs. 1 Satz 1 SGB X). Nach § 102 Abs. 1 SGB X ist der zur Leistung verpflichtete Leistungsträger erstattungspflichtig, wenn ein Leistungsträger auf Grund gesetzlicher Vorschriften vorläufig

Sozialleistungen erbracht hat. Nach einem Zuständigkeitswechsel besteht keine gesetzliche Verpflichtung mehr. Im Verhältnis zur Klägerin besteht dann die Verpflichtung allein auf vertraglicher Grundlage. Von daher liegen die Voraussetzungen nach [§ 102 Abs. 1 SGB X](#) i. V. m. § 9 Abs. 4 Satz 1 Nr. 3 AsylbLG nicht vor. Die Beklagte hat dann als unzuständiger Leistungsträger Leistungen nach dem AsylbLG erbracht, so dass ein Erstattungsanspruch gegenüber der Krankenkasse besteht (vgl. z. B. im Verhältnis zur Arbeitslosengeld II-Behörde LSG Nordrhein-Westfalen, Urt. v. 09.02.2012 - [L 9 AS 36/09](#) - juris Rdnr. 32 ff.; zur Kostenerstattung zwischen Leistungsträgern des AsylbLG untereinander vgl. LSG Hessen, Urt. v. 06.10.2011 - [L 9 AY 8/08](#) - juris Rdnr. 24 ff.).

Ein Anspruch auf Verzinsung der Klageforderung besteht nicht.

Ein vorprozessualer Zinsanspruch besteht nicht. [§ 61 Satz 2 SGB X](#) betrifft die Schließung von Verträgen. Für einen vorprozessualen Zinsanspruch bedarf es einer Vereinbarung. Die Verzinsungsvorschriften des BGB sind auf öffentlich-rechtliche Verträge des Sozialrechts nicht entsprechend anwendbar (vgl. BSG, Urt. v. 28.09.2005 [B 6 KA 71/04 R](#) - [BSGE 95, 141](#) = [SozR 4-2500 § 83 Nr. 2](#), juris Rdnr. 31 ff.; BSG, Urt. v. 12.12.2018 - [B 6 KA 41/17 R](#) - SozR 4-2500 § 117 Nr. 7, juris Rdnr. 29).

Einbehaltene Teile der Gesamtvergütung sind von Krankenkassen nach [§ 291 Satz 2 BGB](#) i. V. m. [§ 288 Abs. 1 Satz 2 BGB](#) zu verzinsen, weil die Gesamtvergütungen auf der sozialrechtlichen Vorschrift des [§ 85 SGB V](#) beruhen und nicht auf einem Rechtsgeschäft i. S. des [§ 288 Abs. 2 BGB](#) (vgl. BSG, Urt. v. 23.03.2016 - [B 6 KA 14/15 R](#) - SozR 4-5555 § 17 Nr. 1, juris Rdnr. 32 f.). Die Gründe, die das BSG veranlasst haben, eine Verzinsung nach Klageerhebung vorzusehen (vgl. BSG, Urt. v. 28.09.2005 - [B 6 KA 71/04 R](#) - [BSGE 95, 141](#) = [SozR 4-2500 § 83 Nr. 2](#), juris Rdnr. 44 ff.) liegen im Verhältnis der Klägerin zu den Kostenträgern nach dem Asylbewerberleistungsgesetz jedoch nicht vor. Von daher besteht auch kein Zinsanspruch nach Klageerhebung.

Im Ergebnis war der Klage daher im Hauptantrag stattzugeben, war sie aber bzgl. der Nebenforderungen abzuweisen.

Die Kostenentscheidung beruht auf [§ 197a SGG](#) i. V. m. [§ 154 Abs. 1 VwGO](#). Der unterliegende Teil trägt die Kosten des Verfahrens.

Die Streitwertfestsetzung erging durch Beschluss der Kammer.

In Verfahren vor den Gerichten der Sozialgerichtsbarkeit ist, soweit nichts anderes bestimmt ist, der Streitwert nach den sich aus dem Antrag des Klägers für ihn ergebenden Bedeutung der Sache nach Ermessen zu bestimmen. Bietet der Sach- und Streitwert für die Bestimmung des Streitwerts keine genügenden Anhaltspunkte, was vorliegend der Fall ist, so ist ein Streitwert von 5.000,00 Euro anzunehmen ([§ 52 Abs. 1 und 2 GKG](#)).

Der Streitwert folgte aus der Klageforderung.

Rechtskraft

Aus

Saved

2022-01-14