

S 38 KA 139/15 ER

Land

Freistaat Bayern

Sozialgericht

SG München (FSB)

Sachgebiet

Vertragsarztangelegenheiten

Abteilung

38

1. Instanz

SG München (FSB)

Aktenzeichen

S 38 KA 139/15 ER

Datum

27.02.2015

2. Instanz

Bayerisches LSG

Aktenzeichen

-

Datum

-

3. Instanz

Bundessozialgericht

Aktenzeichen

-

Datum

-

Kategorie

Beschluss

I. Die Antragsgegnerin wird im Wege der einstweiligen Anordnung verpflichtet, die im Rahmen des zwischen den Parteien bestehenden Vertrages zur Durchführung einer hausarztzentrierten Versorgung gemäß [§ 73b SGB V](#) ("HzV-Vertrag") mit Rechnung vom 7.1.2015 von der HÄVG Hausärztliche Vertragsgemeinschaft AG im Namen und für Rechnung des Bayerischen Hausärzterverbandes e.V. für den Abschlagszeitraum 2015-1 angeforderte weitere Abschlagszahlung "" in Höhe von EUR 6.105.016,50, die am 1.4.2015 fällig wird, in vollständiger Höhe auf das Konto des Antragstellers, IBAN DEXX bei der D-Bank auszukehren.

II. Die Antragsgegnerin trägt die Kosten des Verfahrens.

Gründe:

I. Der Antragsteller, der Bayerische Hausärzterverband e.V. stellte am 6.2.2015 einen Antrag auf Erlass einer einstweiligen Anordnung gemäß [§ 86 b Abs. 2 SGG](#) gegen die AOK Bayern - die Gesundheitskasse. Gegenstand des Verfahrens ist die vollständige Auszahlung der Abschlagszahlung für den Abschlagszeitraum 2015-1 () in Höhe von EUR 6.105.016,50, die nach den Ausführungen des Antragstellers am 1.4.2015 fällig ist. Mit Schreiben vom 02.02.2015 hat die Antragsgegnerin dem Antragsteller mitgeteilt, sie habe die Abschlagszahlungen für das Abrechnungsquartal 1/2015 anteilig gekürzt. Zwischen den Beteiligten besteht seit dem 13.2.2012 ein durch Schiedsspruch festgesetzter hausarztzentrierter Versorgungsvertrag gemäß [§ 73b SGB V](#) (im folgenden HzV Vertrag), der mit Wirkung zum 1.7.2012 finanzwirksam und zum 30. 06.2014 durch die Antragsgegnerin gekündigt wurde. Dieser HzV-Vertrag ist aufgrund eines weiteren Teil-Schiedsspruchs vom 5.5.2014 (1.) bis zur Finanzwirksamkeit eines neuen HzV-Vertrages unverändert gültig. Der Antragsteller ließ vortragen, ein erforderlicher Anordnungsanspruch liege vor. Die Hausärztliche Vertragsgemeinschaft AG (HÄVG) habe im Namen und für Rechnung des Antragstellers mit Honorarabrechnung vom 7.1.2015 (Nr. 4150001) die vertraglich vorgesehenen monatlichen Abschlagszahlungen in Höhe von jeweils 6.105.016,50 EUR für den Abschlagszeitraum 2015-1 (1. Quartal 2015) gegenüber der Antragsgegnerin in Rechnung gestellt. Die Abschläge seien nach § 10 Abs. 3 Satz 3 HzV-Vertrag jeweils zum ersten Kalendertag für den Vormonat fällig. Die Auszahlung erfolge spätestens zum 15. Kalendertag des Monats gemäß § 8 Abs. 3 Satz 2 a.E. der Anlage 3 zum HzV-Vertrag. Die Ärzte kalkulierten diese Liquidität fest ein. Die zum 1.2.2015 fällige Abschlagszahlung (Abschlag 1) sei von der Antragsgegnerin um Euro 2.001.336,87 EUR gekürzt worden. Im Vorfeld habe sich die Antragsgegnerin mit Schreiben vom 15.12.2014 an ca. 2.700 Hausärzte in Bayern gewandt und diese zur Erstattung eines Gesamtbetrages von 12.500.000.-EUR wegen angeblicher Falschabrechnungen aufgefordert. Die Hausärzte seien an keiner Stelle des Schreibens darauf hingewiesen worden, dass sie die Möglichkeit hätten, Einwände oder Beanstandungen gegen die behaupteten Ansprüche vorzubringen. Auch eine Rechtsbehelfsbelehrung erfolge nicht. Erst am 17.12.2014 habe die Antragsgegnerin den Antragsteller im Nachhinein über diese Abrechnungsprüfung und aus ihrer Sicht vertragswidrige Geltendmachung gegenüber einzelnen Ärzten informiert und die Verrechnung mit den HzV-Vergütungsansprüchen (und nicht mit den Abschlagszahlungen) der Hausärzte angekündigt. Der Antragsteller habe Anspruch auf die gemäß § 11 Abs. 3 HzV- Vertrag vereinbarte Abschlagszahlung und zwar ungekürzt. Der Antragsgegnerin stehe nicht zu, angebliche Ansprüche im Wege der "kalten Vollstreckung" durchzusetzen. Ansprüche aus sachlich-rechnerischer Berichtigung könnten nur mit dem HzV-Vergütungsanspruch des Arztes im Wege der vertraglich vorgesehenen Abrechnungskorrektur verrechnet werden. Es gebe keinen Grund, dieses vertraglich vorgesehene Prüfungs- und Korrekturverfahren nicht ein-zuhalten. Mit Schreiben der Antragsgegnerin vom 2.2.2015 an den Antragsteller wurde darüber informiert, es seien Daten zu den betroffenen Hausärzten mit den jeweiligen Kürzungsbe-trägen zum Abruf zur Verfügung gestellt worden. Insgesamt handle es sich um Kürzungen bei 1.800 Hausärzten, bei denen die Einwände bereits abschließend geprüft worden seien. Dies erstaune, weil den Hausärzten keine Gelegenheit eingeräumt worden sei, hierzu Stellung zu nehmen. Im Übrigen entspreche die Datenlieferung per pdf-Datei nicht der zwingend vorgeschriebenen Form des Datenaustausches nach [§ 295a SGB V](#). Darüber hinaus sei nicht ersichtlich, in welcher Höhe angebliche Forderungen der Antragsgegnerin gegenüber den einzelnen Ärzten bestünden und in welcher Höhe bereits von Ärzten auf die Zahlungsaufforderungen hin geleistet wurde. Vielmehr gebe die Liste nur bekannt, in welcher Höhe die Antragsgegnerin den gekürzten

Betrag in Höhe von 2.001.336,87 EUR auf die dort genannten Hausärzte verteilt haben möchte. Bei einer Kürzung des Gesamtbetrages über alle Ärzte würden von der Kürzung auch Ärzte betroffen, für die eine Kürzung von der Antragsgegnerin bis jetzt nicht vorgenommen worden sei. Der Anordnungsanspruch auf vollständige und ungekürzte Auszahlung der Abschlagszahlungen ergebe sich aus §§ 13 Abs. 1, Abs. 2, 10 Abs. 3 und 11 Abs. 3 HzV-Vertrag. Die vorgenommene Verrechnung von angeblich bestehenden Erstattungsansprüchen aus sachlich-rechnerischer Korrektur sei vertragswidrig. Eine Verrechnung könne nur nach Maßgabe des HzV-Vertrages nach Feststellung des HzV-Vergütungsanspruchs des Arztes bei Feststellung einer Überzahlung erfolgen (§ 12 Abs. 2 und 3 i.V.m. Anlage 3 HzV-Vertrag). Der HzV-Vergütungsanspruch (§ 10 Abs. 1 HzV-Vertrag) berechne sich nach den vom Hausarzt vertragsgemäß erbrachten und ordnungsgemäß abgerechneten haus-ärztlichen Leistungen. Die Höhe des HzV-Vergütungsanspruchs werde erst nach Ablauf des Quartals ermittelt. Liege eine Überzahlung vor, erfolge eine Abrechnungskorrektur nach § 12 HzV-Vertrag nach Maßgabe von Anlage 3. Dagegen sei eine Verrechnung mit den Abschlagszahlungen vertragswidrig. Eine Erstattungspflicht trete also erst ein, wenn die Auszahlung der Krankenkasse den HzV-Vergütungsanspruch des Hausarztes übersteige. Der HzV-Vergütungsanspruch sei nicht mit der Abschlagszahlung gleichzusetzen. Dies ergebe sich aus § 10 Abs. 3 HzV-Vertrag, wonach sich die Abschlagszahlung unabhängig von den erbrachten ärztlichen Leistungen nach der Zahl der beim Hausarzt eingeschriebenen Versicherten und dem für die Versorgung dieser Versicherten im laufenden Quartal anfallenden Versorgungsbedarf errechne. Eine Abrechnungskorrektur sei nach Maßgabe von § 12 Abs. 2 Satz 1 HzV-Vertrag i.V.m. § 5 Abs. 6 Satz 3 Anlage 3 möglich. Überzahlungen würden mit dem individuellen, jeweils aktuellen HzV-Vergütungsanspruch des Hausarztes verrechnet und zwar seien die Korrekturen gegenüber dem einzelnen teilnehmenden Hausarzt durch Erstellung eines nach-vollziehbaren Abrechnungskorrekturnachweises vom Rechenzentrum auszuweisen. Nach § 6 Abs. 2 der Anlage 3 zum geschiedsten HzV-Vertrag habe die Krankenkasse beim Hausärzteverband eine sogenannte Abrechnungsrüge vorzunehmen (einschließlich schriftlicher Begründung des konkreten Mangels). Auf dieser Grundlage erstelle die HÄVG RZ GmbH für die Antragsgegnerin die Abrechnungsdatei. Ein Anspruch der Antragsgegnerin zur Verrechnung der Abschlagszahlungen mit Ansprüchen gegenüber Hausärzten ergebe sich auch nicht aus § 6 Abs. 4 der Anlage 3 HzV-Vertrag. Es handle sich lediglich um eine Verlängerung der Krankenkassen-Prüffrist von 20 Arbeitstagen auf 36 Monate. Die Geltendmachung gegenüber dem Hausarzt bedeute jedoch in diesem Zusammenhang nicht, dass die Antragsgegnerin den Hausarzt zur direkten Zahlung auffordern dürfe, ohne dass Überzahlungen im Sinne des § 12 HzV-Vertrag feststünden. Korrekturen könnten gemäß den Vorgaben der Anlage 3 des HzV-Vertrages gegenüber dem beauftragten Rechenzentrum geltend gemacht werden. Diese könnten im Rahmen der Abrechnungskorrektur gegenüber dem Hausarzt im Abrechnungsnachweis ausgewiesen werden und der Hausarzt könne berechnete Einwände vorbringen. Letztendlich stelle die Verrechnung angeblicher Zahlungsaufforderungen mit den Abschlagszahlungen eine Umgehung dieser vertraglichen Vorgaben zur Abrechnungskorrektur dar. Dies sei weder rechts- noch vertragskonform. Es gebe auch keine direkten Vertragsbeziehungen zwischen den Hausärzten und der AOK Bayern, sondern lediglich Leistungsbeziehungen. Auch aus dem Umstand, dass die Antragsgegnerin den HzV-Vertrag gekündigt habe, ergebe sich keine Berechtigung zur Verrechnung der angeblichen Forderungen mit den Abschlagszahlungen. Denn zum einen würden die Regelungen des HzV-Vertrages durch den Teil-Schiedspruch fortgelten. Zum andern handle es sich um Forderungen seit dem Quartal 3/2012. Es sei der Antragsgegnerin möglich und zumutbar gewesen, die angeblichen Rückforderungen früher vorzubringen. In dem Zusammenhang dürfe nicht unerwähnt bleiben, dass die Antragsgegnerin Erstattungsleistungen aus dem Quartal 3/2014 im Quartal 4/2014 bereits geltend gemacht habe. Abgesehen davon bestehe keine Überzahlung. Bei den strittigen HzV-Vergütungspositionen gehe es unter anderem um die Abrechnungspositionen "AMTHO" (Arzneimitteltherapieoptimierung nach Anlage 3 HzV-Vertrag; Ziff. 2006 und 2007) und deren Auslegung. Die Antragsgegnerin fordere für die Dokumentation der Leistungen plötzlich Angaben, die weder in der Leistungslegende enthalten noch jemals kommuniziert worden seien. So behaupte die Antragsgegnerin in ihrem Schreiben vom 29.1.2015 unter Ziff. 1 a) beispielsweise, eine langfristige dauerhafte Verordnung liege nicht vor, wenn in den vorangehenden vier Quartalen vor der Arzneimittelberatung weniger als sechs Wirkstoffe verordnet worden seien. Dabei sei in Anlage 3 von einer Einnahme über die vorangegangenen vier Quartale nicht die Rede. Ferner gebe es eine klare Trennung zwischen Arzneimitteln einerseits und Wirkstoffen andererseits. Des Weiteren gehe die Antragsgegnerin zum Beispiel von einem Aufgreifkriterium definierter Tagesdosen (DDD) als Prüf-Aufgreifkriterium aus. Ziel der Leistung "AMTHO" sei die Steuerung von Polymedikation und die Vermeidung von Medikamenteninteraktionen anhand des Aufgreifkriteriums von sechs verschreibungspflichtigen Arzneimitteln. Nachdem regelhaft in der Praxis auch verschreibungspflichtige Arzneimittel auf Privatrezepten verordnet würden, was vom Datenbestand der Antragsgegnerin nicht erfasst werde, könnten diese im Prüfprozess der Krankenkasse nicht berücksichtigt werden, obwohl es sich um direkte Anwendungsfälle der "AMTHO"-Leistung handle. Eine Information darüber, dass die Abrechnung der "AMTHO"-Leistung und anderer Leistungen aus der Sicht der Antragsgegnerin nicht vertragskonform wäre, sei weder an die Antragstellerin, noch an die Hausärzte erfolgt. Die Antragsgegnerin habe daher ihre aus § 242 BGB herzuleitende Pflicht zur Information und Beratung verletzt, indem sie angeblich systematische Abrechnungsfehler mehr als zwei Jahre auflaufen ließ. Es bestehe auch keine Aufrechnungslage, zumal der Antragsteller Anspruch auf Abschlagszahlung gemäß § 13 Abs. 1 HzV-Vertrag habe, während die Antragsgegnerin ihre Ansprüche, die ihr angeblich gegen die Hausärzte zustehen, verrechnen will. Insofern fehle die Gegenseitigkeit der Forderungen. Davon abgesehen seien die Erstattungsansprüche auch nicht fällig, da sie nicht ordnungsgemäß festgestellt worden seien. Ein Anordnungsgrund sei ebenfalls gegeben. An diesen seien im Hinblick auf die überwiegende Wahrscheinlichkeit des Bestehens eines Anordnungsanspruchs nur geringe Anforderungen zu stellen. Ein Abwarten einer Hauptsacheentscheidung sei nicht zumutbar. Immerhin handle es sich um einen erheblichen Teil der von der Antragsgegnerin geschuldeten Abschlagszahlungen. Die vollständige Zahlung der Abschlagszahlungen bedeute für die Ärzte eine Planungssicherheit. Die vollständigen Abschlagszahlungen seien zur Aufrechterhaltung der Praxisbetriebe und zur Versorgung der Versicherten notwendig. Dagegen sei ein wesentlicher Nachteil für die Antragsgegnerin bei Erlass der einstweiligen Anordnung nicht zu befürchten. Eine Vorwegnahme der Hauptsache sei nicht ersichtlich. Denn wirksamer Rechtsschutz gegen eine einseitige und sogar rückwirkende Verrechnung wäre nicht gegeben, wenn man eine entsprechende Anordnung als unzulässige Vorwegnahme der Hauptsache ansehen würde. Nachdem die Antragsgegnerin ausdrücklich erklärt habe, sie werde weitere Kürzungen vornehmen, stehe auch eine Wiederholungsgefahr fest. Es sei zu befürchten, dass es zu einer Doppelforderung komme, die weder von Hausärzten, noch vom Antragsteller kontrolliert werden könne. In ihrer Antragsabwehrung trug die Prozessbevollmächtigte der Antragsgegnerin allgemein vor, die Ausführungen in der Antragschrift ließen befürchten, dass es dem Antragsteller allein darum gehe, eine effektive Durchsetzung der berechtigten Korrekturforderungen der Antragsgegnerin generell zu verhindern. Es sei darauf hinzuweisen, dass der streitgegenständliche HzV-Vertrag zum 30.6.2014 gekündigt sei, jedoch solange fortgelte, bis ein neuer HzV-Vertrag in Kraft trete. Dann sei aber eine Verrechnung von Korrekturforderungen auf der Grundlage des streitgegenständlichen Vertrages nicht mehr möglich. Was den Hinweis des Antragstellers betreffe, die Antragsgegnerin habe genügend Zeit gehabt, Korrekturen geltend zu machen, sei darauf aufmerksam zu machen, dass der Antragsgegnerin für das dritte Quartal 2012 die erforderlichen Abrechnungsdaten erst im Mai 2014 vorgelegen hätten. Die Antragsgegnerin handle vertragskonform. Anders als im alten, zum 31. Dezember 2010 wirksam gekündigten HzV-Vertrag, der eine Abwicklung von Korrekturforderungen über den Antragsteller ausdrücklich vorgesehen habe, sei die Antragsgegnerin nach dem streitgegenständlichen HzV-Vertrag verpflichtet, sachlich-rechnerische Berichtigungen gegenüber dem Hausarzt geltend zu machen (§ 6 Abs. 4 der Anlage 3 HzV-Vertrag 2012). Auch sei ihr das Recht eingeräumt, ihren Erstattungsanspruch mit dem HzV-Vergütungsanspruch zu

verrechnen (§ 12 Abs. 3 HzV-Vertrag). Die Antragsgegnerin habe im Dezember 2014 ihre Ansprüche gegenüber den Hausärzten angemeldet und entsprechende Zahlungsaufforderungen versandt, um eine Verrechnungsmöglichkeit zu erhalten. Der Antragsgegnerin gehe es allein darum, ihre berechtigten Korrekturforderungen effektiv umzusetzen. Sie gehe nämlich davon aus, dass die in der Schlussabrechnung des ersten Quartals 2015 ausgewiesenen Abrechnungspositionen (Anm.: offenbar letztes Quartal mit Geltung des aktuellen HzV-Vertrages) als "Haftungsmasse" nicht ausreichen, um die Korrekturforderungen im Wege der Verrechnung zu befriedigen. Der Vertrag sehe nirgends vor, dass eine Verrechnung erst nach Prüfung und Anerkennung durch den Antragsteller möglich wäre. "Denn dann stünde es im Belieben des Antragstellers, die effektive Durchsetzung berechtigter Korrekturforderungen der Antragsgegnerin zu erschweren und zu verzögern." Die Eilanträge seien unzulässig. Denn dem Antragsteller fehle die Prozessführungsbefugnis. Auch ein Fall der gewillkürten Prozessstandschaft, die einer ausdrücklichen rechtsgeschäftlichen Vereinbarung bedürfe, wie sie zum Beispiel im HzV-Vertrag mit der TTK enthalten sei (dort: § 6 Abs. 10 der Anlage 3 des HzV-Vertrages), liege nicht vor.

Es bestehe kein Anordnungsanspruch. Denn der Antragsteller habe kein eigenes Recht auf vollständige Auszahlung der streitgegenständlichen Abschlagszahlungen. Es fehle bereits an der Aktivlegitimation des Antragstellers. Dieser stelle das Abrechnungs- und Korrekturverfahren falsch dar. Vielmehr habe die Antragsgegnerin gemäß § 6 Abs. 4 der Anlage 3 HzV-Vertrag ein Aufrechnungsrecht gegenüber dem HzV-Vergütungsanspruch des jeweiligen Hausarztes. Ein etabliertes Abrechnungskorrekturverfahren, wie vom Antragsteller behauptet, zur Korrektur von Abrechnungsfehlern nach erfolgter Schlussabrechnung gebe es gerade nicht. Die Antragsgegnerin stelle das vertragliche Abrechnungsverfahren bis zur Erstellung der Schlussabrechnung aus ihrer Sicht dar. Nach Übermittlung der Abrechnungsdatei durch den Antragsteller (§ 6 Abs. 1 HzV-Vertrag 2012) prüfe die Antragsgegnerin innerhalb einer Frist von 20 Arbeitstagen die Abrechnungsdatei entsprechend den Prüfkriterien nach § 7 Abs. 2 der Anlage 3 HzV-Vertrag auf ihre Plausibilität. Abrechnungsrügen habe die Antragsgegnerin dem Antragsteller mitzuteilen (§ 6 Abs. 2 der Anlage 3 HzV-Vertrag). Die Abrechnungsrüge führe dazu, dass eine Zahlungspflicht der Antragstellerin insoweit entfalle. Eine sachlich-rechnerische Richtigstellung von Überzahlungen nach der Schlussabrechnung, wie sie hier streitgegenständlich sei, sei davon zu unterscheiden und bleibe von diesem Verfahren unberührt. Wie sich aus § 12 HzV-Vertrag ergebe, erfolgten die geleisteten Zahlungen der Antragsgegnerin unter dem Vorbehalt einer Abrechnungskorrektur. Überzahlungen könnten im Wege der Verrechnung nach § 12 Abs. 3 HzV-Vertrag verrechnet werden. Dies stehe der Antragsgegnerin auch hinsichtlich der Abschlagszahlungen für das Quartal 1/2015 zu. Denn die Abschlagszahlungen seien zum einen Bestandteil des HzV-Vergütungsanspruchs (§ 10 Abs. 3 HzV-Vertrag). Zum andern seien Schlusszahlungen für die Quartale 3/2012 - 3/2014 bereits erfolgt. Es habe sich nachträglich herausgestellt, dass die ausgekehrte HzV-Vergütung zu hoch gewesen sei. Der streitgegenständliche HzV-Vertrag sehe anders als der HzV-Vertrag mit der TTK kein inhaltliches Prüfungsrecht oder Feststellungsrecht des Antragstellers vor. Eine Analogie zu den vertraglichen Regelungen, betreffend die Abrechnungsrüge sei nicht möglich. Selbst wenn man diese Regelungen anwenden würde, habe der Antragsteller kein vertragliches Recht, eine Honorarkürzung zu verhindern. Die Rückforderungen seien auch inhaltlich berechtigt. Es gehe in der Hauptsache um die fehlerhafte Abrechnung der Abrechnungspositionen Ziff. 2006 und 2007 der Anlage 3 HzV-Vertrag. Die Leistungen stellten ein Novum dar, da sie bislang in keinem andern HzV-Vertrag in Bayern angeboten würden. Eine Abrechenbarkeit bestehe nur für "Versicherte mit dauerhafter langfristiger Einnahme mehrerer Medikamente (mindestens sechs verschreibungspflichtigen Arzneimitteln)". Der Hausarzt dokumentiere das Beratungsgespräch auf einem sog. AMTHO-Prüfbogen. Darin werde auch eine Pharmazentralnummer (PZN) angegeben. Ob die vom Hausarzt betreuten Versicherten tatsächlich dauerhaft 6 verschreibungspflichtige Medikamente einnehmen, könne nicht anhand des Prüfbogens erfolgen. Eine solche Prüfung sei lediglich der Antragsgegnerin über die Arzneimittelabrechnung mit den Apotheken möglich. Auch sog. "Wunscharzneimittel" gegen Kostenerstattung nach [§ 129 Abs. 1 Satz 5 SGB V](#) würden von der Antragsgegnerin im Datenbestand erfasst. Darüber hinaus seien schwerlich Fälle denkbar, in denen ein gesetzlich versicherter Patient verschreibungspflichtige Medikamente auf Privatrezept erhalte. Aus medizinischer Sicht sei es sinnvoll und völlig sachgerecht, nicht auf die PZN, sondern auf die Wirkstoffe abzustellen. Dies sei möglich mit dem sog. "ATC-Code". Eine dauerhafte Einnahme von mindestens sechs verschreibungspflichtigen Arzneimitteln habe die Antragsgegnerin bei ihrer Prüfung dann angenommen, wenn die Summe der durchschnittlichen Tagesdosen (defined daily dose, sog. "DDD") in den letzten vier Quartalen vor dem Quartal, in dem die AMTHO zur Abrechnung gebracht wurde, mindestens 100 DDD betrage. Diese Auslegung gehe auf das Aufgreifkriterium des Bundesversicherungsamtes für ein chronisches Krankheitsgeschehen zurück, das bei einer Mindestmenge von 183 DDD angenommen wird. Dieses Aufgreifkriterium sei auf 100 DDD abgesenkt worden. Ferner liege auch kein Anordnungsgrund vor. Immerhin habe die Antragsgegnerin die Abschlagszahlungen maximal in Höhe von 5,75 EUR pro eingeschriebenen Versicherten (50 % der nach § 10 Abs. 3 HzV-Vertrag zu leistenden versichertenbezogenen Abschlagszahlung) gekürzt. Damit betrage die Kürzung durchschnittlich 1.100 EUR. In ca. 57 % aller Fälle handle es sich um Beträge von bis zu 1.000 EUR. Insofern sei die Behauptung einer Gefährdung der Liquidität der betroffenen Hausärzte oder gar der hausärztlichen Versorgung insgesamt abwegig. Letztendlich handle es sich auch um eine Vorwegnahme der Hauptsache. Denn der Antragsteller wolle mit seinem Eilantrag die Antragsgegnerin generell ihres Rechtes zur Verrechnung berauben, das in § 12 Abs. 3 HzV-Vertrag vertraglich vorgesehen sei. Sobald ein neuer HzV-Vertrag wirksam werde, sei eine Verrechnung nicht mehr möglich. Im Rahmen des Antragsverfahrens wurde den Beteiligten nochmals Gelegenheit zur Stellungnahme eingeräumt, wovon diese auch Gebrauch machten. Ergänzend zu dem Antragschriftsatz ließ die Antragstellerin vortragen, der Antrag sei zulässig, insbesondere sei der Antragsteller im Wege der gewillkürten Prozessstandschaft über die ihm rechtsgeschäftlich erteilte Einzugsermächtigung (§ 2 Abs. 3 i.V.m. § 10 - 15 HzV-Vertrag sowie der Anlage 3 i.V.m. der Teilnahmeerklärung Hausarzt (Anlage 5 zum HzV-Vertrag, dort Ziffer 3. Und Unterpunkt 7 auf S. 2) prozessführungsbefugt. Nach all-gemeiner Ansicht umfasse eine Einziehungsermächtigung grundsätzlich auch die Ermächtigung zur gerichtlichen Geltendmachung. Der Antragsteller sei nicht nur berechtigt, sondern gegenüber den Hausärzten auch vertraglich verpflichtet, die HzV-Vergütung bei der Antragsgegnerin einzuziehen. Auch die Ausführungen der Antragsgegnerin zu § 5 Abs. 8 der Anlage 3 zum HzV-Vertrag gingen fehl. Denn der dort geregelte Fall betreffe ersichtlich nur die Situation, in der einzelne Hausärzte bestimmte Abrechnungspositionen im eigenen Interesse durchsetzen möchten. Einer ausdrücklichen Vereinbarung der gewillkürten Prozessstandschaft im HzV-Vertrag bedürfe es nicht. Ferner verfüge der Antragsteller über ein eigenes rechtsschutzwürdiges Interesse. Denn die Antragsgegnerin gefährde mit ihrem eigenmächtigen Vorgehen "das Vertrauen in die Funktionsfähigkeit des Vertragspartners auf der Leistungserbringerseite. Zudem erhalte der Antragsteller für den Abrechnungsauftrag eine Vergütung. Nachdem die Prozessführungsbefugnis und die Aktivlegitimation regelmäßig zusammenfielen, sei auch Letztere zu bejahen. Zur Begründetheit wies die Prozessbevollmächtigte darauf hin, es sei sowohl im Kollektivvertrag, als auch im Selektivvertrag ein berechtigter Korrekturbedarf festzustellen und zwar durch gemeinsame Prüfung der Vertragspartner ([§ 106a Abs. 1 SGB V](#) und § 7 Abs. 1 der Anlage 3 zum HzV-Vertrag). Nur ein auf dieser Grundlage gemeinsam festgestellter Korrekturbedarf könne im Wege der sachlich-rechnerischen Berichtigung geltend gemacht und im Rahmen von § 12 Abs. 3 HzV-Vertrag verrechnet werden. Auch aus § 6 Abs. 4 der Anlage 3 zum HzV-Vertrag lasse sich nicht die Berechtigung für die Antragsgegnerin entnehmen, ein eigenes "Abrechnungsprüfverfahren" unter Verstoß gegen die vertraglichen Regelungen installieren zu können. In der abschließenden Stellungnahme der Antragsgegnerin wiederholte diese ihre Auffassung, der Antragsteller sei nicht prozessführungsbefugt. Denn in der Teilnahmeerklärung hätten die Hausärzte den Antragsteller nur mit der

"Entgegennahme" der HzV-Vergütung nicht aber mit der "Geltendmachung" beauftragt. Im Übrigen sei aus einem vermeintlich drohenden Reputationsschaden des Antragstellers keine gewillkürten Prozessstandschaft zu fingieren. Ebenfalls sei zu bekräftigen, dass es dem Antragsteller lediglich allein darum gehe, eine Durchsetzung der berechtigten Korrekturforderungen der Antragsgegnerin generell zu verhindern. Das Verrechnungsrecht sei auch nicht von einer gemeinsamen Feststellung des Korrekturbedarfs durch die Vertragspartner oder von einer Anerkennung der Berechtigung der Korrekturforderung durch den Antragsteller abhängig. Ein entsprechendes Verfahren sei im HzV-Vertrag nicht vorgesehen. Außerdem werde darauf hingewiesen, dass die Schlusszahlung unter dem Vorbehalt einer späteren Abrechnungskorrektur stehe (§ 13 Abs. 2 S. 1 HzV-Vertrag). Es wäre Aufgabe des Antragstellers, ein alternatives vertragskonformes Verfahren aufzuzeigen. Dann könne die Antragsgegnerin auch von ihrem Recht auf eine weitere Kürzung der Abschlagszahlungen im Wege der Verrechnung Abstand nehmen. Die Prozessbevollmächtigte des Antragstellers stellte folgenden Antrag: Die Antragsgegnerin wird im Wege der einstweiligen Anordnung verpflichtet, die im Rahmen des zwischen den Parteien bestehenden Vertrages zur Durchführung einer hausarztzentrierten Versorgung gemäß § 73b SGB V ("HzV-Vertrag") mit Rechnung vom 7.1.2015 von der HÄVG Hausärztliche Vertragsgemeinschaft AG im Namen und für Rechnung des Bayerischen Hausärzterverbandes e.V. für den Abschlagszeitraum 2015-1 angeforderte weitere Abschlagszahlung "" in Höhe von EUR 6.105.016,50, die am 1.4.2015 fällig wird, in vollständiger Höhe auf das Konto des Antragstellers, IBAN DEXX bei der D-Bank auszukehren. Die Prozessbevollmächtigten der Antragsgegnerin beantragten, den Eilantrag abzuweisen. Im Übrigen wird auf den sonstigen Akteninhalt, insbesondere die sehr umfangreichen Schriftsätze der Beteiligten einschließlich der beigefügten Unterlagen verwiesen.

II. Der Antrag auf Erlass einer einstweiligen Anordnung ist zulässig und erweist sich auch als begründet. Es handelt sich um eine Regelungsanordnung nach § 86b Abs. 2 S. 2 SGG. Danach sind einstweilige Anordnungen auch zur Regelung eines vorläufigen Zustands in Bezug auf ein streitiges Rechtsverhältnis zulässig, wenn eine solche Regelung zur Abwendung wesentlicher Nachteile nötig erscheint. Die einstweilige Anordnung darf die Hauptsache allerdings nicht vorwegnehmen. Dies ist jedoch nur der Fall, wenn die Maßnahme nachträglich nicht mehr für die Vergangenheit korrigierbar ist (Meyer-Ladewig, Keller, Leitherer, Kommentar zum SGG, Rn 31 zu § 86b). Nachdem Gegenstand des Antragsverfahrens die Gewährung von Geldleistungen ist und eine spätere Rückforderung im Falle des Unterliegens des Antragstellers im Hauptsacheverfahren nicht ausgeschlossen ist, handelt es sich entgegen der Auffassung der Antragsgegnerin um keine echte Vorwegnahme der Hauptsache. Zuständig für die Entscheidung über den Antrag ist das Gericht der Hauptsache. Der Antragsteller begehrt die volle Auszahlung der Abschlagszahlung (für das Quartal 1/2015), nachdem eine Kürzung wie bei der vorausgegangenen Abschlagszahlung (Abschlag 1) angekündigt wurde. Insofern ist die sog. Regelungsanordnung nach § 86b Abs. 2 S. 2 SGG grundsätzlich der zutreffende Rechtsbehelf. Allerdings ist die Anordnung nur dann zulässig, wenn die allgemeinen Prozessvoraussetzungen vorliegen. Die Antragsgegnerin macht geltend, der Antragsteller besitze keine Prozessführungsbe-fugnis. Unter Prozessführungsbezugnis ist das Recht zu verstehen, einen Prozess als richtiger Kläger/Antragsteller in eigenem Namen zu führen (aktive Prozessführungsbezugnis) oder als richtiger Beklagter/Antragsgegner (passive Prozessführungsbezugnis) verklagt zu werden (Meyer-Ladewig, Keller, Leitherer, Kommentar zum SGG, Rn 11 zu § 54). Rechte eines Dritten können bei gewillkürter oder gesetzlicher Prozessstandschaft verfolgt werden. Nach summarischer Prüfung des HzV-Vertrages ist wiederholt und in großem Umfang die Rede von Rechten und Pflichten des Hausarztes, so auch im Zusammenhang mit dessen Anspruch auf die HzV-Vergütung (§ 10 Abs. 1 Satz 3 HzV-Vertrag). Der Hausarzt ist mit Zugang der Teilnahmeberechtigung neben der Krankenkasse und dem Hausärzterverband sog. "HzV-Partner" (§ 1 VIII, § 4 Abs. 3 Satz 3 HzV-Vertrag). Die Funktion des Antragstellers beschränkt sich nach Auffassung des Gerichts – anders als die Antragsgegnerin meint – allerdings nicht auf die eines bloßen Erfüllungsgehilfen nach § 278 BGB. Die Funktion des Antragstellers ist eine andere. Er ist nicht weisungsgebunden und wird im HzV-Vertrag als einer der "HzV-Partner" bezeichnet. Seine Aufgaben ergeben sich insbesondere aus § 2 Abs. 3 HzV-Vertrag. Danach organisiert er die Teilnahme des jeweiligen Hausarztes an der HzV und nimmt für ihn die Abrechnung der HzV-Vergütung nach den §§ 10 bis 15 sowie der Anlage 3 gegenüber der Krankenkasse vor. Dazu gehört auch die Prüfung der HzV-Abrechnung auf die Vertragsgemäßheit und Plausibilität (§ 5 Abs. 4 Anlage 3 zum HzV-Vertrag). Ebenfalls ist der Antragsteller an dem sogenannten "Rügeverfahren" nach § 6 Abs. 2 der Anlage 3 zum HzV-Vertrag beteiligt. Nach § 13 Abs. 1 HzV-Vertrag zahlt die Antragsgegnerin die HzV-Vergütung mit befreiender Wirkung an den Hausärzterverband. Dieser ist auch zur "Entgegennahme" der HzV-Vergütung beauftragt. Auch besitzt er nach § 5 Abs. 3 HzV-Vertrag ein Kündigungsrecht gegenüber der Antragsgegnerin. Aufgrund dieser Aufgaben- und Pflichtenzuweisung auf der Basis des HzV-Vertrages, insbesondere im Hinblick auf die Einziehungsermächtigung, die grundsätzlich auch die Ermächtigung zur gerichtlichen Geltendmachung bei Vorhandensein eines eigenen rechtlichen Interesses mit einschließt, drängt sich nach Auffassung des Gerichts eine Prozessführungsbezugnis des Antragstellers im Wege der gewillkürten Prozessstandschaft nahezu auf (vgl. BGH, Urteil vom 11.11.1981, Az VIII ZR 269/80). Dagegen ist – anders als die Antragsgegnerin meint – nicht einzuwenden, der Antragsteller sei nach § 13 Abs. 1 Satz 2 HzV-Vertrag i.V.m. Satz 2 Unterpunkt 7 der Anlage 5 zum HzV-Vertrag lediglich berechtigt zur "Entgegennahme" der HzV-Vergütung und nicht zur "Geltendmachung" derselben. Denn, selbst wenn man losgelöst von der Funktion des Antragstellers einzig und allein auf den Wortlaut abstellen würde, setzt die "Entgegennahme" denkbare vorherige "Geltendmachung" voraus. Somit erstreckt sich die Beauftragung zur "Entgegennahme" auch auf die "Geltendmachung". Das eigene rechtliche Interesse des Antragstellers besteht, wie von Antragstellerseite zutreffend ausgeführt, darin, dass ansonsten das Vertrauen in die Funktionsfähigkeit des Antragstellers gefährdet würde. Einer ausdrücklichen Regelung der Prozessstandschaft im HzV-Vertrag, wie dies beispielsweise im HzV-Vertrag mit der TKK (dort: § 6 Abs. 10 der Anlage 3 HzV-Vertrag) der Fall ist, bedarf es nicht. Derartige ist auch der von der Antragsgegnerin zitierten Kommentierung nicht zu entnehmen.

Vorab ist anzumerken, dass der streitgegenständliche geschiedste HzV-Vertrag samt sei-ner Anlagen, ein Regelwerk enthält, das auf einem früheren HzV-Vertrag und den daraus gewonnenen Erkenntnissen aufbaut. Wie sich das Gericht nach summarischer Prüfung überzeugen konnte und wie sich aus dem Antragsverfahren ergibt, bedeutet dies jedoch offensichtlich nicht, dass der streitgegenständliche HzV-Vertrag so perfektioniert ist, dass die Klärungsbedürftigkeit strittiger Fragen abgenommen hat. Der Antrag auf Erlass einer einstweiligen Anordnung nach § 86b Abs. 2 S. 2 SGG ist dann begründet, wenn sowohl ein Anordnungsanspruch, als auch ein Anordnungsgrund vorliegen. Beide Voraussetzungen sind nicht separat zu betrachten, sondern stehen zueinander in Wechselwirkung. Dies bedeutet für den Fall, dass eine Hauptsacheklage offensichtlich unzulässig und unbegründet wäre, der Antrag auch dann abzulehnen ist, wenn ein Anordnungsgrund vorhanden wäre. Falls die Hauptsacheklage als offensichtlich zulässig und offensichtlich begründet anzusehen wäre, ist gleichwohl zu prüfen, ob ein Anordnungsgrund vorliegt. An diesen sind jedoch weniger strenge Anforderungen zu stellen. Bei offenem Ausgang des Hauptsacheverfahrens ist eine Interessenabwägung vorzunehmen. Ein Erlass einer einstweiligen Anordnung kommt in diesem Fall nur dann in Betracht, wenn dem Antragsteller unter Berücksichtigung aller Interessen der Beteiligten nicht zuzumuten ist, die Hauptsacheentscheidung abzuwarten (Meyer-Ladewig, Keller, Leitherer, Kommentar zum SGG Rd 29 zu § 86b). Die Anwendung der Grundsätze zum Antrag nach § 86b Abs. 2 SGG auf das vorliegende Antragsverfahren bedeutet folgendes: Nach summarischer Prüfung, die im Rahmen der beantragten Eil-Entscheidung vorzunehmen ist, ist der Antragsteller berechtigt, von der Antragsgegnerin die ungekürzte

Auszahlung der Abschlagszahlungen zu verlangen (Anordnungsanspruch). Die Antragsgegnerin ihrerseits ist nicht berechtigt, etwaige Rückforderungen mit den Abschlagszahlungen zu verrechnen. Entgegen der Auffassung der Antragsgegnerin besitzt der Antragsteller auch eine Aktivlegitimation. Zwar steht die Abschlagszahlung als Bestandteil der HzV-Vergütung nach § 10 Abs. 1, 3 HzV-Vertrag dem Hausarzt gegen die Krankenkasse zu. Nach § 2 Abs. 3 Satz 4 HzV-Vertrag ist der Antragsteller aber zur Durchführung des HzV-Vertrages bevollmächtigt. Die Aktivlegitimation folgt hier der Prozessführungsbefugnis. Strittig zwischen den Beteiligten ist das Korrekturverfahren im Zusammenhang mit der von der Antragsgegnerin geltend gemachten sachlich-rechnerischen Berichtigung. Nur, wenn das Korrekturverfahren formell und materiell korrekt durchgeführt wurde, steht der Antragsgegnerin eine Gegenforderung zu, die sie zur Verrechnung nach § 12 Abs. 3 HzV-Vertrag berechtigen würde. Das Korrekturverfahren, betreffend die HzV-Abrechnungen ist nach Auffassung des Gerichts im HzV-Vertrag nur rudimentär geregelt. So kann die Krankenkasse innerhalb einer Frist von 20 Arbeitstagen (Krankenkassen-Prüffrist) nach Zusendung der Abrechnungsdatei durch den Hausärzteverband eine sog. Abrechnungsrüge (Begründung unter Angabe eines konkreten Mangels) gegenüber dem Hausärzteverband erheben (§ 6 Abs. 2 Anlage 3 zum HzV-Vertrag). Eine unbegründete Mitteilung gilt nicht als Abrechnungsrüge. Folge einer entsprechend begründeten Abrechnungsrüge ist, dass die Krankenkasse nur zur Zahlung des unbeanstandeten Teils der Abrechnung verpflichtet ist. Nach § 6 Abs. 4 der Anlage 3 zum HzV-Vertrag kann die Krankenkasse innerhalb von 36 Monaten gegenüber dem Hausarzt sachlich-rechnerische Berichtigungen geltend machen. Näheres hierzu wurde nicht geregelt. So beschreibt der Wortlaut des § 6 Abs. 4 der Anlage 3 zum HzV-Vertrag keinerlei Anforderungen an die Begründung der Geltendmachung, wie dies bei der Abrechnungsrüge nach § 6 Abs. 2 der Anlage 3 zum HzV-Vertrag der Fall ist. Eine Verweisung auf Abs. 2 enthält § 6 Abs. 4 der Anlage 3 zum HzV-Vertrag ebenfalls nicht, was dafür sprechen könnte, dass hier nicht das in Abs. 2 genannte Korrekturverfahren einzuhalten ist. Der Wortlaut lässt jedenfalls nach Auffassung des Gerichts keinen Raum für die vom Antragsteller vorgenommene Interpretation, bei der Vorschrift des § 6 Abs. 4 der Anlage 3 zum HzV-Vertrag handle es sich lediglich um eine Verlängerung der Krankenkassen-Prüffrist von 20 Arbeitstagen auf 36 Monate. Soweit der Antragsteller der Auffassung ist, Anlage 8 zum HzV-Vertrag regelt das Korrekturverfahren generell, ist darauf hinzuweisen, dass dem Wortlaut jedenfalls eine Geltung für "sachlich-rechnerische" Berichtigungen nicht zu entnehmen ist. Einzig § 2 der Anlage 8 zum HzV-Vertrag, der auch von der Geltung des [§ 106a SGB V](#) spricht, soweit gesetzlich anwendbar, könnte darauf hindeuten. Das Gericht geht daher von einer erheblichen Regelungslücke aus, was das Korrekturverfahren betrifft. Diese ist als ausfüllungsbedürftig im Wege der ergänzenden Vertragsauslegung anzusehen. In dem Zusammenhang weist das Gericht allerdings darauf hin, dass es angesichts der erheblichen Regelungslücke nicht Aufgabe des Gerichts sein kann, seinerseits eine abschließende ergänzende Vertragsauslegung vorzunehmen und den Beteiligten ein bestimmtes detailliertes Korrekturverfahren vorzuschreiben. Zu den "essentialia" eines solchen Hausarztvertrages gehören zwingend Regelungen zur Korrektur der HzV-Vergütung, nicht nur zur Zuständigkeit, sondern insbesondere auch Verfahrensregelungen. Wenn beispielweise § 6 Abs. 4 der Anlage 3 zum HzV-Vertrag vorsieht, die Krankenkasse könne sachlich-rechnerische Berichtigungen gegenüber dem Hausarzt geltend machen, bleiben detaillierte Verfahrensschritte im "Dunkeln". So wird nicht deutlich, wie diese "Geltendmachung" aussehen soll, insbesondere ob, wie evtl. aus § 7 Abs. 1 der Anlage 3 zum HzV-Vertrag herzuleiten ist, dem eine gemeinsame Prüfung von Antragsteller und Antragsgegnerin vorausgehen muss, ob und in welchem Umfang die "Geltendmachung" einer Begründung bedarf, wer - der einzelne Arzt und/oder der Antragsteller - Einwendungen vorbringen kann und wie mit den Einwendungen zu verfahren ist. In dem Zusammenhang darf daran erinnert werden, dass im Rahmen des Kollektivvertragsrechts im BMV-Ä, EKV-Ä und in Prüfvereinbarungen Korrekturverfahren (Plausibilitätsprüfung, sachlich-rechnerische Berichtigung, Wirtschaftlichkeitsprüfung) ungleich detaillierter geregelt sind. In den Schlussbestimmungen wird eingeräumt, es könne nicht alles erschöpfend geregelt werden. Dem sei nach den allgemeinen Grundsätzen von Treu und Glauben Rechnung zu tragen (§ 23 Abs. 2 S. 3 HzV-Vertrag). Unter Beachtung des Grundsatzes von Treu und Glauben ([§ 242 BGB](#)) könnten der Antragsteller und die Antragsgegnerin gehalten sein, den Vertrag im o.g. Sinne ergänzend auszulegen, beispielsweise dahingehend, dass auch bei einer sachlich-rechnerischen Berichtigung nach § 6 Abs. 4 der Anlage 3 zum HzV-Vertrag ein Rügeverfahren i.S.v. § 6 Abs. 2 der Anlage 3 zum HzV-Vertrag stattfindet und dem Antragsteller gemeinsam mit der Antragsgegnerin (§ 7 Abs. 1 der Anlage 3 zum HzV-Vertrag) ein inhaltliches Prüfrecht zusteht und wie mit Einwendungen zu verfahren ist. Ebenfalls muss dem Umstand Rechnung getragen werden, dass die hausärztliche Versorgung auf der Grundlage des Hausarztvertrages Bestandteil der vertragsärztlichen Versorgung ist. Es handelt sich nicht um einen rein privatrechtlichen Vertrag, der den Vertragspartnern einen weiten Gestaltungsspielraum eröffnet. Bei diesem Verständnis ist es geboten, Korrekturen hinreichend zu begründen. Dies gilt für die Antragsgegnerin als Körperschaft des öffentlichen Rechts in besonderem Maße. Dass es alleinige Aufgabe des Antragstellers ist, ein alternatives vertragskonformes Verfahren aufzuzeigen - wie die Antragsgegnerin meint -, dann könne auf die Verrechnung mit den Abschlagszahlungen verzichtet werden, ist dem HzV-Vertrag nicht zu entnehmen. Denn Adressaten zur Ausfüllung von Lücken unter Beachtung des Grundsatzes von Treu und Glauben nach [§ 242 BGB](#) sind beide Vertragspartner. In Anwendung der Überlegungen zur Begründungspflicht der Korrekturen ist festzustellen, dass -so das bei den in der Antragsakte befindliche Schreiben der AOK, betreffend die "Geltendmachung" gegenüber dem Hausarzt- zum Teil als Berichtigungsmangel unter dem Kürzel BY35E bzw. BY35F aufgeführt wird, es liege keine begründete gesicherte Diagnose vor. Hierbei könnte es sich um einen Tatbestand handeln, der nicht im Wege einer sachlich-rechnerischen Richtigstellung, sondern im Wege einer Wirtschaftlichkeitsprüfung zu beurteilen ist. Unter den Berichtigungskürzeln "BY40Z", "BY40Y", "BY41Z" und "BY41Y" erfolgten auch Berichtigungen, weil "nicht mindestens 6 verschreibungspflichtige Arzneimittel" vorgelegen hätten. In dem Zusammenhang spielt eine große Rolle die Auslegung der Ziffern 2006 und 2007 durch die Antragsgegnerin, die auf die Wirkstoffe und auf die Summe der durchschnittlichen Tagesdosen (defined daily dose, mind. 100 sog. "DDD") in den letzten vier Quartalen vor dem Quartal, in dem die AMTHO zur Abrechnung gebracht wurde, abstellen möchte. Diese Auslegung wurde offensichtlich weder den teilnehmenden Hausärzten, noch dem Antragsteller mitgeteilt. Selbst wenn eine Analogie zu § 6 Abs. 2 der Anlage 3 HzV-Vertrag nicht herzustellen wäre, ergibt sich eine hinreichende Begründungspflicht allein aus dem Grundsatz von Treu und Glauben ([§ 242 BGB](#)), aber auch aus dem Umstand, dass der Antragsteller, die Antragsgegnerin und der Hausarzt HzV-Partner sind. Somit erscheint es äußerst fraglich, ob die den Hausärzten mitgeteilte standardisierte Begründung einer solchen Begründungspflicht genügt mit der Folge, dass eine solche "Geltendmachung" unwirksam wäre. Insgesamt ist zu bezweifeln, dass das Korrekturverfahren formell korrekt durchgeführt wurde. Unabhängig davon ist fraglich, ob die Auslegung der Antragsgegnerin zu den Abrechnungspositionen Ziff. 2006 und 2007 der Anlage 3 HzV-Vertrag zutreffend ist. Diese hält es aus medizinischer Sicht für sinnvoll und völlig sachgerecht, nicht auf die PZN, sondern auf die Wirkstoffe anhand des sog. "ATC-Code" abzustellen. Auch nimmt sie eine dauerhafte Einnahme von mindestens sechs verschreibungspflichtigen Arzneimitteln erst an, wenn die Summe der durchschnittlichen Tagesdosen (defined daily dose, sog. "DDD") in den letzten vier Quartalen vor dem Quartal, in dem die AMTHO zur Abrechnung gebracht wurde, mindestens 100 DDD betrage. Eine solche Auslegung ist zumindest vom Wortlaut der Abrechnungspositionen nicht gedeckt. Es bestehen aber auch keine sachlichen Gründe, anders als bei der Auslegung von EBM-Ziffern nicht in erster Linie auf den Wortlaut der Leistungslegenden abzustellen (vgl. BSG, Beschluss vom 12.12.2012, Az [B 6 KA 31/12 B](#)). Daran wird sich auch die Antragsgegnerin zu halten haben. Sie kann nicht einseitig dem anderen HzV-Partner eine ihr genehme Auslegung oktroyieren. Folglich ist fraglich, ob die Voraussetzungen für eine sachlich-rechnerische Berichtigung in materiell-rechtlicher Hinsicht vorliegen. Einer abschließenden Klärung dieser Fragestellungen bedarf es jedoch im Rahmen des Antragsverfahrens - eines summarischen Verfahrens -

nicht. Nach Auffassung des Gerichts kommt es darauf außerdem nicht an. Denn es liegen bereits die allgemeinen Voraussetzungen für eine Verrechnung nach § 12 Abs. 3 HzV-Vertrag nicht vor. Danach ist die Krankenkasse gegenüber dem Hausarzt berechtigt, den Betrag der Überzahlung bzw. einen Erstattungsanspruch nach dem vorstehenden Abs. 2 Satz 3 mit dem HzV-Vergütungsanspruch des jeweiligen Hausarztes in den auf die Zahlungsaufforderung folgenden Abrechnungszeitraum zu verrechnen. Sie weist außerdem darauf hin, gemäß § 10 Abs. 3 HzV-Vertrag seien Abschlagszahlungen Bestandteil der HzV-Vergütung. Die Schlussfolgerung, deshalb sei die Antragsgegnerin berechtigt, Überzahlungen und Erstattungsansprüche mit den Abschlagszahlungen zu verrechnen, wird seitens des Gerichts nicht geteilt. Denn aus § 10 Abs. 1 Satz 1 HzV-Vertrag ergibt sich, dass es sich bei dem HzV-Vergütungsanspruch um vertragsgemäß für HzV-Versicherte erbrachte und ordnungsgemäß abgerechnete hausärztliche Leistungen handelt. Eine Verrechnung nach § 12 Abs. 3 HzV-Vertrag erscheint danach lediglich mit den quartalsmäßigen Schlusszahlungen grundsätzlich möglich zu sein. Allein dadurch, dass die monatliche Abschlagszahlung nach § 10 Abs. 3 HzV-Vertrag Bestandteil der HzV-Vergütung ist, ergibt sich nicht die Berechtigung zur Aufrechnung von behaupteten Überzahlungen bzw. Erstattungsansprüchen mit den Abschlagszahlungen. Davon abgesehen darf nicht übersehen werden, dass die Abschlagszahlungen pauschaler Natur sind, deren Höhe feststeht, indem sich diese aus dem Produkt der beim jeweiligen Hausarzt eingeschriebenen HzV-Versicherten und der Pauschale von 11,50 EUR pro Versicherten berechnen lassen. Die Abschlagszahlung stellt außerdem grundsätzlich eine Minimalzahlung dar, losgelöst von der eigentlichen HzV-Vergütung. Auch insofern ist zweifelhaft, ob eine Aufrechnung überhaupt zulässig ist. Zudem davon ist fraglich, ob eine Aufrechnungslage gegeben ist, wenn man die Vorschriften und Rechtsgedanken des Bürgerlichen Gesetzbuches (§§ 387 ff.) zur Aufrechnung heranzieht. Danach muss die zur Aufrechnung gestellte Gegenforderung voll wirksam und fällig sein, d.h. es muss sich um eine Forderung handeln, deren Erfüllung erzwungen werden kann und der keine Einrede entgegensteht (Palandt, Kommentar zum Bürgerlichen Gesetzbuch, Rn 11 zu § 387). Denn, wie oben ausgeführt, bestehen erhebliche Zweifel, ob das Korrekturverfahren formell und/oder materiell korrekt durchgeführt wurde. Somit ist fraglich, ob die von der Antragstellerin behaupteten Überzahlungen in den Quartalen ab 3/2012 bis 3/2014 überhaupt wirksam und fällig sind, sowie in der geltend gemachten Höhe vorliegen. Aus den genannten Gründen spricht viel dafür, dass ein Anspruch auf vollständige Auszahlung der Abschlagszahlung () und damit ein Anordnungsanspruch besteht. Insofern sind bei Anwendung der generellen Grundsätze an den Anordnungsgrund keine allzu strengen Anforderungen zu stellen. Deshalb spielt es keine entscheidende Rolle, dass nach den Angaben der Antragsgegnerin die Abschlagszahlungen lediglich maximal in Höhe von 5,75 EUR pro eingeschriebenen Versicherten (50 % der nach § 10 Abs. 3 HzV-Vertrag zu leistenden versichertenbezogenen Abschlagszahlung) gekürzt wurden, die Kürzung durchschnittlich 1.100 EUR beträgt, es sich in ca. 57 % aller Fälle um Beträge von bis zu 1.000 EUR handelt und deshalb nach Meinung der Antragsgegnerin die Behauptung einer Gefährdung der Liquidität der betroffenen Hausärzte oder gar der hausärztlichen Versorgung insgesamt abwegig ist. Dennoch ist darauf hinzuweisen, dass sich die Kürzung auf immerhin die Hälfte der Abschlagszahlung und hochgerechnet auf ein Quartal damit auf 3.300 EUR pro Arzt beläuft. Bekanntlich sind das Leistungsprofil und die Ertragsstärke der Praxen unterschiedlich, auch regional verschieden. Darunter befinden sich auch Praxen, deren Liquidität selbst bei Kürzung relativ geringer Beträge gefährdet ist. Die rein pauschale statistische Betrachtungsweise der Antragsgegnerin erscheint hier deshalb nicht sachdienlich. Für die mehrfach geäußerte Befürchtung der Antragsgegnerin, sie sehe sich ohne jetzige Verrechnung an einer effektiven Durchsetzung ihrer berechtigten Korrekturforderungen gehindert, zumal der jetzige HzV-Vertrag zum 30.6.2014 gekündigt sei und eine Verrechnung nach Inkrafttreten des neuen HzV-Vertrages dann nicht mehr möglich sei, gibt es nach Auffassung des Gerichts keinen Anlass. Denn zum einen sieht § 12 Abs. 4 HzV-Vertrag einen Sicherheitseinbehalt von 5 % vor. Zum anderen bestimmt § 12 Abs. 5 HzV-Vertrag ausdrücklich, dass die §§ 10 bis 15 in Verbindung mit der Anlage 3 auch nach Beendigung des HzV-Vertrages mit Wirkung für die HzV-Partner fortgelten, bis die HzV-Vergütung des Hausarztes vollständig abgerechnet und ausgezahlt ist. Somit ist es ohne Bedeutung, dass - wie die Antragsgegnerin behauptet - die in der Schlussabrechnung des ersten Quartals 2015 ausgewiesenen Abrechnungspositionen (Anm.: Offenbar letztes Quartal mit Geltung des aktuellen HzV-Vertrages) als "Haftungsmasse" nicht ausreichen, um die Korrekturforderungen im Wege der Verrechnung zu befriedigen. Die Befürchtung der Antragsgegnerin findet daher keine Stütze im HzV-Vertrag. Insofern liegt auch ein Anordnungsgrund vor. Einer Interessenabwägung bedarf es im Hinblick auf den nach Ansicht des Gerichts keineswegs offenen Ausgang eines Hauptsacheverfahrens nicht.

Die Kostenentscheidung beruht auf [§ 197a SGG](#) i.V.m. [§ 154 VwGO](#).

Rechtskraft

Aus

Login

FSB

Saved

2015-03-04