

S 28 KA 1942/14

Land

Freistaat Bayern

Sozialgericht

SG München (FSB)

Sachgebiet

Vertragsarztangelegenheiten

Abteilung

28

1. Instanz

SG München (FSB)

Aktenzeichen

S 28 KA 1942/14

Datum

23.10.2017

2. Instanz

Bayerisches LSG

Aktenzeichen

-

Datum

-

3. Instanz

Bundessozialgericht

Aktenzeichen

-

Datum

-

Kategorie

Urteil

I. Die Klage wird abgewiesen.

II. Die Klägerin trägt die Kosten des Verfahrens.

Tatbestand:

Streitig sind Ansprüche aus einem Vertrag zur hausarztzentrierten Versorgung.

Zwischen der Klägerin und dem Bayerischen Hausärzterverband e.V. (nachfolgend: BHÄV) bestand in den Jahren 2009 und 2010 ein "Vertrag zur Durchführung einer haus-arztzentrierten Versorgung gem. [§ 73b SGB V](#)" (nachfolgend: HzV-Vertrag), der durch die Klägerin zum 31.12.2010 gekündigt wurde.

Der Beklagte ist hausärztlicher Internist und nahm an diesem Vertrag teil. Er besaß auf-grund Beschlusses des Zulassungsausschusses Ärzte-Niederbayern vom 10.12.2008 gem. [§ 73 Abs. 1a Satz 3 SGB V](#) die Genehmigung zur Erbringung und Abrechnung u.a. folgender fachärztlicher Leistungen: GOP 33020 (Echokardiographische Untersuchung mittels M-Mode und B-Mode-Verfahren). Die Genehmigung wurde befristet ausgesprochen bis zum 31.12.2010.

Gemäß dem HzV-Vertrag führte die Hausärztliche Vertragsgemeinschaft AG (nachfolgend: HÄVG) die Abrechnung durch. Mit der Schlussabrechnung für das Quartal vom 29.08.2013 informierte die HÄVG den Beklagten, dass durch die Klägerin 7.100,78 EUR für die Absetzung von KV-Leistungen geltend gemacht wurden.

Nach Verrechnung von Rückzahlungen und Erstattungen machte die HÄVG eine Forderung von 4.692,61 EUR geltend. Der Beklagte erhob mit Telefax vom 10.09.2013 Widerspruch gegen die Rückforderung erbrachter Leistungen nach EBM 33020. Von einer Doppel- oder Fehlabrechnung könne keine Rede sein, da der Sonographiezuschlag ihm auch ohne Vorhaltung der technisch aufwändigen Echokardiographie und der dazugehörigen Qualifikation sowie Bedarfszulassung zugestanden hätte. Die HÄVG wies mit Schreiben vom 07.11.2013 darauf hin, dass es sich bei den von der Klägerin geltend gemachten Leistungen um solche handle, die Bestandteil des Ziffernkranzes (Anhang 1 zu Anlage 10 des HzV-Vertrages) seien und gem. § 12 Abs. 2 des HzV-Vertrages nicht gegenüber der KVB abgerechnet werden dürften. Der Beklagte beglich die Forderung nicht.

Der BHÄV erklärte mit Schreiben vom 03.09.2014 die Abtretung der Forderung gegen den Beklagten in Höhe von 4.618,13 EUR an die Klägerin. Die HÄVG informierte den Beklagten mit Schreiben vom 03.09.2014 hierüber.

Die Klägerin hat am 17.12.2014 Klage gegen den Beklagten zum Sozialgericht München erhoben. Sie mache die streitgegenständliche Forderung aus abgetretenem Recht geltend. Die HÄVG übermittle dem Hausarzt einen sog. "Abrechnungsnachweis". Dieser enthalte auch die Korrekturanforderungen der Klägerin in Höhe von 7.100,78 EUR. Aufgrund eines Sicherungseinbehalts in Höhe von 2.482,65 EUR, den die Klägerin bereits erhalten habe, betrage die Klageforderung vorliegend noch 4.618,13 EUR. Bei den abgesetzten KV-Leistungen handle sich um diejenigen Leistungen, die von der Klägerin als unrichtig oder doppelt abgerechnet festgestellt und deren Berichtigungen bei der HÄVG begehrt worden sei. Nach § 13 Abs. 5 HzV-Vertrag könne die Klägerin Berichtigungen, die sich bei der Prüfung der Abrechnung ergeben, bei der HÄVG beantragen. Erhalte der Hausarzt Gelder ohne Rechtsgrundlage, habe er diese zu erstatten bzw. sei der BHÄV berechtigt, Verrechnungen vorzunehmen. Die Klägerin habe bei Überzahlungen nach § 15 Abs. 5 HzV-Vertrag einen Erstattungsanspruch gegen den BHÄV, der erst fällig werde, wenn der BHÄV den Anspruch gegenüber dem Hausarzt geltend gemacht und die entsprechende

Zahlung bei ihm eingegangen sei. Nachdem es dem BHÄV nicht gelungen sei, die Forderung beim Beklagten geltend zu machen, habe der BHÄV die Forderungen an die Klägerin entsprechend § 15 Abs. 5 HzV-Vertrag abgetreten. Die Prüfung der Abrechnung des Beklagten habe ergeben, dass dieser Leistungen sowohl gegenüber der KVB als auch im Rahmen der hausärztlichen Versorgung abgerechnet habe. Die Klägerin hat diejenigen Gebührenordnungspositionen des EBM, die der Beklagte nicht gegenüber der KVB hätte abrechnen dürfen, im Schriftsatz vom 26.05.2015 näher aufgelistet:

Die Klägerin hat weiter ausgeführt, dass der Hausarzt mit Unterzeichnung der Teilnahmeerklärung das vertragliche Regelwerk als für sich verbindlich anerkenne. Damit habe der Hausarzt auch anerkannt, die im Ziffernkranz gelisteten Gebührenordnungspositionen nicht mehr im Rahmen der Regelversorgung abzurechnen. Der Gesetzgeber habe die Vertragspartner in [§ 73b Abs. 5 Satz 4 SGB V](#) ausdrücklich ermächtigt, von den Vorschriften in der Regelversorgung abweichende Vergütungskonstrukte zu finden. Dass auch fachärztliche Gebührenordnungspositionen in den Hausarztvertrag aufgenommen worden seien, liege, historisch gesehen, darin begründet, dass viele Hausärzte aufgrund besonderer Abrechnungsgenehmigung durch die Zulassungsausschüsse - wie auch der Beklagte - oder Ermächtigung aufgrund besonderer Qualifikation bestimmte fachärztliche Leistungen erbringen konnten. Diese Hausärzte hätten dadurch bereits damals den Versicherten, zumindest weitgehend, eine Versorgung "aus einer Hand" anbieten können. Hielte der Ziffernkranz die erforderlichen fachärztlichen Leistungsziffern nicht vor, könnte in dieser Fallgestaltung keine Versorgung mehr aus einer Hand erfolgen. Der an der HzV teilnehmende Hausarzt müsste, obwohl er die Qualifikation und die Erlaubnis zur Erbringung der jeweiligen fachärztlichen Leistung habe, den Versicherten an einen anderen Arzt überweisen, obwohl er ihn im Rahmen der Regelversorgung behandeln dürfte. Die persönliche Bindung im Arzt-Patientenverhältnis würde aufgeweicht, obwohl sie durch die Einführung des [§ 73b SGB V](#) gerade intensiviert werden sollte. Damit die HzV auch für Hausärzte mit Zusatzqualifikation und besonderen Abrechnungsgenehmigungen sowie deren Patienten interessant sei bzw. eine Alternative darstelle, hätten die erforderlichen Facharztziffern als sog. "nicht-obligatorische Leistungen" in den HzV-Vertrag eingeführt werden müssen. Bei ihrer Auswahl hätten sich die Vertragspartner an denjenigen Ziffern orientiert, die zur damaligen Zeit auch von Hausärzten - rechtmäßig - abgerechnet worden seien.

Die Klägerin beantragt, den Beklagten zu verpflichten, an die Klägerin 4.618,13 EUR nebst den gesetzlichen Zinsen ab Rechtshängigkeit zu zahlen.

Der Beklagte beantragt, die Klage abzuweisen.

Der Beklagte hat darauf hingewiesen, dass es ihm nur um den Widerspruch zur Rückforderung der Leistungen nach der 33020 (Echokardiographie) gehe. Dass es sich unter der Leistungserbringung "Sonographie" in den Hausarztverträgen um die "abdominelle Sonographie" gehandelt habe, sei allgemein unstrittig gewesen, zumal andere Sonographieleistungen extra aufgeführt worden seien und es bei anderen Krankenkassen in der Teilnahmeerklärung dezidiert auch so formuliert gewesen sei.

Wegen der Einzelheiten wird auf die von der Klägerin übersandten Unterlagen des BHÄV, insbesondere die Schlussabrechnung für das Quartal, sowie die Gerichtsakte verwiesen.

Entscheidungsgründe:

I. Die zulässige Klage ist nicht begründet. Die Klägerin hat gegen den Beklagten keinen Zahlungsanspruch.

Die Zulässigkeitsvoraussetzungen liegen allesamt vor.

Die Klage ist jedoch unbegründet. Die Klägerin hat gegen den Beklagten keinen Anspruch auf Zahlung von 4.618,13 EUR.

Rechtsgrundlage des von der Klägerin geltend gemachten Anspruchs ist § 15 Abs. 4 Satz 5 HzV-Vertrag in Verbindung mit [§ 280 Abs. 1 BGB](#).

Die Kammer schließt sich der Auffassung der 21. Kammer des Sozialgerichts München an, wonach Rechtsgrundlage eines geltend gemachten Zahlungsanspruchs wegen unzulässiger Abrechnung von Leistungen gegenüber der KVB für Patienten, die in den HzV-Vertrag eingeschrieben waren, nicht § 15 Abs. 4 Satz 1 HzV-Vertrag, sondern § 15 Abs. 4 Satz 5 HzV-Vertrag in Verbindung mit [§ 280 Abs. 1 BGB](#) ist. Denn die Klägerin macht mit ihrer Klage, worauf die 21. Kammer zutreffend hingewiesen hat, "nicht die Erstattung überzahlter HzV-Vergütung geltend, sondern Ersatz für dasjenige vertragsärztliche Honorar, welches sie selbst an die KVB für Abrechnungen des Beklagten gezahlt hat. Damit betrifft die Forderung der Klägerin nicht einen Teil der HzV-Vergütung, die auf § 15 Abs. 4 Satz 1 HzV-Vertrag gestützt werden könnte. Denn nach dieser Vorschrift wäre der Beklagte nur zur Erstattung von zu viel erhaltener HzV-Vergütung verpflichtet" (SG München, Urteil vom 22.03.2017, Az. S 21 KA 1924/14, S. 8).

Gemäß [§ 280 Abs. 1 BGB](#) kann bei einer Verletzung einer Verpflichtung aus dem HzV-Vertrag durch den Beklagten die Klägerin Ersatz des dadurch verursachten Schadens verlangen. Voraussetzung des Schadensersatzanspruchs ist, dass der Beklagte eine ihn treffende Pflicht aus dem HzV-Vertrag verletzt hat, der Klägerin dadurch ein Schaden entstanden ist und ein Verschulden des Beklagten vorliegt.

Vorliegend steht ein Verstoß gegen § 12 Abs. 2 Satz 4 HzV-Vertrag insbesondere wegen der Abrechnung von Leistungen nach der GOP 33020 EBM in Streit. Der Beklagte hat in den Quartalen 4/2009 bis Leistungen nach der GOP 33020 EBM in Höhe von insgesamt 6.338,04 EUR gegenüber der KVB abgerechnet.

§ 12 Abs. 2 Satz 4 HzV-Vertrag lautet: "Leistungen, die gemäß Anlage 10 vergütet werden, dürfen nicht zusätzlich gegenüber der KVB abgerechnet werden ("Doppela abrechnung")."

Lt. Anhang 1 zu Anlage 10 HzV-Vertrag ist die GOP 33020 EBM bereits über die Abrechnung des Sonographie-Zuschlags Z 12 abgegolten. Diesen Zuschlag hat der Beklagte in den Quartalen 4/09 bis 4/10 jeweils erhalten.

Die Aufnahme der GOP 33020 EBM in den sog. Ziffernkranz gem. Anhang 1 zu Anlage 10 HzV-Vertrag ist jedoch mangels Regelungsbefugnis der HzV-Vertragspartner unwirksam. Leistungen nach der GOP 33020 EBM sind folglich nicht Gegenstand der HzV-Vergütung. Ein Verstoß

des Beklagten gegen § 12 Abs. 2 Satz 4 HzV-Vertrag wegen der Abrechnung von Leistungen nach der GOP 33020 EBM gegenüber der KVB besteht daher nicht.

Leistungen nach der GOP 33020 EBM können grundsätzlich nach der Präambel III.a 3.1 Nr. 5 EBM nicht von Hausärzten erbracht werden. Sie gehören nicht zum hausärztlichen, sondern zum fachärztlichen Versorgungsbereich (§ 73 Abs. 1 Satz 1, Abs. 1a Satz 2 SGB V). Die Ziffer GOP 33020 ist daher grundsätzlich nur von Fachärzten und ausnahmsweise von gem. § 73 Abs. 1a Satz 3 SGB V Berechtigten, zu denen der Beklagte gehört, sofern die notwendigen Qualifikationsvoraussetzungen vorliegen, berechnungsfähig.

Die HzV-Vertragspartner hatten keine Regelungsbefugnis, Leistungen nach der GOP 33020 EBM in den Ziffernkranz gem. Anhang 1 Anlage 10 HzV-Vertrag aufzunehmen und den Hausarzt (bzw. seinen BAG-Partner) zu verpflichten, diese Leistungen, sofern er über die entsprechende Qualifikation und Ausstattung verfügte, im Rahmen des HzV-Vertrages zu erbringen.

Die Regelungsbefugnis ergibt sich entgegen der Auffassung der Klägerin nicht aus § 73b Abs. 5 Satz 4 SGB V. Diese Vorschrift lautet: "Die Einzelverträge können Abweichendes von den Vorschriften dieses Kapitels sowie den nach diesen Vorschriften getroffenen Regelungen regeln."

Nach dem Wortlaut dieser Vorschrift wird den Vertragspartnern grundsätzlich ein sehr weiter Gestaltungsspielraum eingeräumt. Es wird deshalb teilweise die Auffassung vertreten, dass die Regelung gegen den Grundsatz des Gesetzesvorbehalts verstößt (Sproll in: Krauskopf, Soziale Krankenversicherung, Pflegeversicherung, Stand April 2017, § 73b SGB V Rn. 55). Gegen die Zweifel an der Verfassungsmäßigkeit der Regelung wird jedoch eingewandt, dass § 73b SGB V an verschiedenen Stellen konkret auf Regelungen des Vierten Kapitels verweist und damit die Abweichungsbefugnis der Vertragspartner wieder einschränkt. Hierzu zählten § 106a Abs. 3 SGB V hinsichtlich der arzt- und versichertenbezogenen Prüfung der Abrechnungen auf Rechtmäßigkeit sowie die Vorschriften zur vertragsärztlichen Zulassung und zur Bedarfsplanung. Auch die Regelungen zum Leistungsumfang in § 73b Abs. 5 Satz 3 SGB V konkretisierten den Gestaltungsspielraum der Vertragspartner (näher hierzu Rademacker in: Kasseler Kommentar, Sozialversicherungsrecht, Stand Juli 2017, § 73b Rn. 53).

Die Kammer folgt diesem Ansatz der systematischen (verfassungskonformen) Auslegung des § 73b Abs. 5 Satz 4 SGB V.

Nach Auffassung der Kammer wird die in § 73b Abs. 5 Satz 4 SGB V geregelte Abweichungsbefugnis der Vertragspartner zudem durch den Grundsatz der Trennung der Versorgungsbereiche (§ 73 Abs. 1 Satz 1 SGB V) eingeschränkt.

Dass die hausarztzentrierte Versorgung gem. § 73b SGB V nur Leistungen aus dem hausärztlichen Versorgungsbereich umfassen kann, ergibt sich aus der Natur der Sache. Die teilnehmenden Hausärzte sind grundsätzlich aufgrund ihres Zulassungsstatus nur befugt, Leistungen aus dem hausärztlichen Versorgungsbereich zu erbringen. Es erscheint systematisch widersprüchlich, Leistungen in den Ziffernkranz eines HzV-Vertrages aufzunehmen, die nur in wenigen Einzelfällen von teilnehmenden Hausärzten erbracht werden können, die ausnahmsweise hierzu gem. § 73 Abs. 1a Satz 3 SGB V (befristet) berechtigt sind, und im Übrigen nur von Fachärzten, die mit einem teilnehmenden Hausarzt in einer BAG oder einem MVZ kooperieren.

Gem. § 73b Abs. 3 Satz 2 1. HS SGB V verpflichten sich die Teilnehmer schriftlich gegenüber ihrer Krankenkasse, nur einen von ihnen aus dem Kreis der Hausärzte nach Absatz 4 gewählten Hausarzt in Anspruch zu nehmen sowie ambulante fachärztliche Behandlung mit Ausnahme der Leistungen der Augenärzte und Frauenärzte nur auf dessen Überweisung. Durch die Teilnahmeerklärung des Versicherten wird somit die gesamte ambulante hausärztliche Versorgung auf den gewählten Hausarzt konzentriert, während der Zugang zur ambulanten fachärztlichen Leistung nur auf Überweisung des Hausarztes erfolgt (Orlowski/Rau/Wasem u.a. in: Orlowski/Rau/Wasem u.a., SGB V-Kommentar, Stand 01.06.2009, § 73b Rn. 21). Nach Auffassung der Kammer spiegelt die Vorschrift des § 73b Abs. 3 Satz 2 1. HS SGB V den Grundsatz der Trennung der Versorgungsbereiche wider, der im Rahmen des § 73b Abs. 5 Satz 4 SGB V von den Vertragspartnern zu beachten ist und im Ergebnis die Abweichungsbefugnis der Vertragspartner einschränkt.

Entgegen der Auffassung der Klägerin besteht nach Einschätzung der Kammer auch keine sachliche Notwendigkeit, Facharztziffern wie die GOP 33020 in den Ziffernkranz aufzunehmen. Die Klägerin hat insoweit auf das Ziel verwiesen, dass die Versicherten Leistungen möglichst umfassend von einem Hausarzt (bzw. einer BAG) "aus einer Hand" erhalten sollten. Die Vertragspartner selbst haben in Anlage 10 Abschnitt B II. Abs. 3 Satz 1 HzV-Vertrag geregelt, dass hausärztlich tätige Internisten mit fachärztlichen internistischen Schwerpunkten spezialistische Einzelleistungen für eigene und überwiesenen Versicherte über die KVB abrechnen können, sofern eine entsprechende Genehmigung des Zulassungsausschusses/der KVB zur Abrechnung dieser Leistungen vorliegt. Leistungen aus den arztübergreifenden Kapiteln des EBM, für die eine entsprechende Genehmigung vorliegt, können aber nur dann über die KVB abgerechnet werden, wenn diese Leistungen nicht im Ziffernkranz als Leistungen der HzV ausgewiesen sind (Anlage 10 Abschnitt B II. Abs. 3 Satz 2 HzV-Vertrag). Hieraus ergibt sich, dass – unabhängig von der Ausgestaltung des Ziffernkranzes im Einzelnen – eine Versorgung "aus einer Hand" durch Hausärzte, die – wie der Beklagte – über eine Genehmigung zur Erbringung fachärztlicher Leistungen verfügten, möglich sein sollte. Lediglich die Vergütung erfolgte danach nicht "aus einer Hand".

Im Übrigen hätten die Vertragspartner ihr Ziel, dass der Versicherte möglichst viele Leistungen von einem Hausarzt bzw. der BAG des an der HzV teilnehmenden Hausarztes erhält, auch durch Anwendung der Öffnungsklausel des § 73b Abs. 3 Satz 4 SGB V (in der Fassung vom 15.12.2008) erreichen können. Diese Klausel sah vor, dass die Krankenkassen in ihren Satzungen u.a. Näheres zur Durchführung der Teilnahme der Versicherten, insbesondere zur Bindung an den gewählten Hausarzt und zu weiteren Ausnahmen von dem Überweisungsgebot regeln konnten. Die Klägerin hätte somit auch durch Regelungen in ihrer Satzung die gewünschte Versorgung "aus einer Hand" – von einem teilnehmenden Hausarzt mit Genehmigung gem. § 73 Abs. 1a Satz 3 SGB V bzw. einem fachärztlichen BAG-Kollegen des an der HzV teilnehmenden Hausarztes – sicherstellen können.

Der Einwand der Klägerin, dass nur in einem geringen Umfang fachärztliche Leistungen in den Ziffernkranz aufgenommen worden seien, führt zu keiner anderen Bewertung. Andernfalls würde sich die Frage stellen, bis zu welchem Umfang fachärztliche Leistungen in den Leistungsinhalt eines HzV-Vertrages aufgenommen werden dürften. Die Regelungsklarheit spricht für eine eindeutige Trennung der Versorgungsbereiche.

Aus alledem ergibt sich, dass die Aufnahme der GOP 33020 EBM in den sog. Ziffernkranz gem. Anhang 1 zu Anlage 10 HzV-Vertrag mangels Regelungsbefugnis der HzV-Vertragspartner unwirksam gewesen ist. Eine Doppelabrechnung gem. § 12 Abs. 2 Satz 4 HzV-Vertrag lag somit nicht vor.

Da die Aufnahme der GOP 33020 EBM in den Ziffernkranz unwirksam war, durfte der Be-klagte gem. Anlage 10 Abschnitt B II. Abs. 3 Sätze 1, 2 HzV-Vertrag diese Leistungen ge-genüber der KVB abrechnen.

Auf die Frage, ob der Beklagte Leistungen nach anderen Gebührenordnungsziffern als der 33020 EBM unzulässig in Höhe von 762,74 EUR gegenüber der KVB abgerechnet hat, kommt es vorliegend nicht mehr an. Denn der BHÄV hatte bereits von den Vergütungsansprüchen des Beklagten einen "Sicherheitseinbehalt" von 2.482,65 EUR vorgenommen und diesen Betrag zur Abgeltung der von der Klägerin geltend gemachten Korrekturansprüche an diese ausgezahlt. Insofern wäre daher bereits Erfüllung eingetreten.

II. Die Kostenentscheidung beruht auf [§ 197a Abs. 1 Satz 1 SGG](#) i.V.m. [§ 154 Abs. 1 VwGO](#).

Rechtskraft

Aus

Login

FSB

Saved

2017-11-13