

L 5 KA 4078/13

Land
Baden-Württemberg
Sozialgericht
LSG Baden-Württemberg
Sachgebiet
Vertragsarztangelegenheiten
Abteilung

5
1. Instanz
SG Stuttgart (BWB)
Aktenzeichen
S 11 KA 7057/12
Datum

08.08.2013
2. Instanz
LSG Baden-Württemberg
Aktenzeichen
L 5 KA 4078/13
Datum

26.10.2016
3. Instanz
Bundessozialgericht
Aktenzeichen

-
Datum

-
Kategorie
Urteil

Das Urteil des Sozialgerichts Stuttgart vom 08.08.2013 sowie der Bescheid der Beklagten vom 27.07.2012 in der Gestalt des Widerspruchsbescheids vom 28.11.2012 wird aufgehoben und die Beklagte verpflichtet, über das Korrekturbegehren der Klägerin auf sachlich-rechnerische Richtigstellung wegen fehlender Leistungspflicht aufgrund unzulässiger Mehrfachabrechnung der GOP 01750, 01745, 01740, 01734, 01732 und 01730/01731 EBM unter Beachtung der Rechtsauffassung des Gerichts neu zu entscheiden.

Die Beklagte trägt die Kosten des Verfahrens mit Ausnahme der Kosten der Beigeladenen, die ihre Kosten selbst tragen.

Der Streitwert wird endgültig auf 868,12 EUR festgesetzt.

Tatbestand:

Die Klägerin begehrt von der Beklagten die Durchführung von sachlich-rechnerischen Berichtigungen.

Mit Schreiben vom 29.05.2012 teilte die Klägerin der Beklagten mit, sie habe gemäß der Verpflichtung aus [§ 106a Absatz 3](#) Sozialgesetzbuch Fünftes Buch (SGB V) die Abrechnungsdaten für die Jahre 2009 und 2010 überprüft. Es werde beanstandet, dass die EBM-Ziffer: &61485; 01732 Gesundheitsuntersuchung zur Früherkennung von Krankheiten &61485; 01745 Früherkennungsuntersuchung auf Hautkrebs &61485; 01730 und 01731 Früherkennung von Krebserkrankungen &61485; 01740 Beratung zur Früherkennung des kolorektalen Karzinoms &61485; 01734 Untersuchung auf Blut im Stuhl bei gleicher Arzt/Versicherten-Konstellation mehrfach abgerechnet worden seien. Insoweit würden die weiteren Abrechnungen beanstandet. Aus den Abrechnungen ergebe sich eine Gesamtforderung in Höhe von 868,12 EUR. Es werde gebeten, den Betrag auf das angegebene Konto der Klägerin zu überweisen.

Mit Bescheid vom 27.07.2012 wies die Beklagte den Berichtigungsantrag zurück, da der Antrag außerhalb der nach der Vereinbarung nach [§ 106a SGB V](#) festgelegten Antragsfrist von sechs Monaten eingegangen sei.

Am 09.08.2012 erhob die Klägerin Widerspruch. Es handle sich um Feststellungen nach [§ 106a Absatz 3 SGB V](#) i. V. m. § 16 Absatz 2 Nr. 3 der Richtlinie zu § 106a. In diesen Fällen gelte für die Korrektur einzig die vierjährige Ausschlussfrist, nach deren Ablauf der Honorarbescheid nicht mehr abgeändert werden könne.

Mit Widerspruchsbescheid vom 28.11.2012 wies die Beklagte den Widerspruch zurück. Auf Grund von § 8 (Antragstellung) der Vereinbarung nach [§ 106a Absatz 5 SGB V](#) (PrüfV) könnten Prüfungen nach [§ 106a Absatz 4](#) Sätze 1 und [2 SGB V](#) durch die Vertragspartner und die Krankenkassen innerhalb von sechs Monaten nach Lieferung sämtlicher Daten gemäß § 1 Absatz 2 Anlage 6 Bundesmantelvertrag-Ärzte (BMV-Ä) für den Bereich der KV BW beantragt werden. Der Antrag der Klägerin sei am 29.05.2012 und damit außerhalb der in der Vereinbarung nach [§ 106a Absatz 5 SGB V](#) festgelegten Antragsfrist eingegangen.

Hiergegen richtete sich die am 21.12.2012 zum Sozialgericht Stuttgart (SG) erhobene Klage. Der Gesetzgeber habe mit Inkrafttreten des Gesetzes zur Modernisierung der gesetzlichen Krankenversicherung zum 01.01.2004 die bisherige Abrechnungsprüfung durch Einführung von [§ 106a SGB V](#) grundlegend neu geregelt. Mit der Einführung dieser Norm habe er der bisherigen kassenartenspezifischen vertraglichen Regelung der Abrechnungsprüfung die Grundlage entzogen und in [§ 106a Absatz 5 SGB V](#) die KVen, die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen zum Abschluss kassenartenübergreifender Prüfvereinbarungen verpflichtet. Darüber hinaus habe der Gesetzgeber auch die Zuständigkeit der Abrechnungsprüfung neu geregelt. Die Abrechnungsprüfung liege nicht mehr länger allein in den Händen der KVen, sondern sei gemäß [§ 106a Absatz 1 SGB V](#) gemeinsam von KVen und Krankenkassen von Amts wegen durchzuführen. Die Aufteilung

der Zuständigkeit habe der Gesetzgeber in [§ 106a Absatz 2](#) und 3 SGB V festgelegt. Um eine Gleichbehandlung aller Vertragsärzte in der Abrechnungsprüfung zu gewährleisten, habe der Gesetzgeber die Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) und den Spitzenverband Bund der Krankenkassen in [§ 106a Absatz 6 SGB V](#) verpflichtet, Richtlinien zum Inhalt und zur Durchführung der Prüfungen nach [§ 106a Absatz 2](#) und 3 SGB V zu vereinbaren. Diese seien Bestandteil der Prüfvereinbarungen und nicht disponibel. Die Zuständigkeit der KV erstreckte sich nach [§ 106a Absatz 2 SGB V](#) i.V.m. § 3 Absatz 2 der Richtlinien gemäß § 106a auf die sachlich-rechnerische Richtigkeitsprüfung, deren Bestandteil auch die Plausibilitätsprüfung sowie die Prüfung der abgerechneten Sachkosten sei. Die den Krankenkassen obliegende Prüfzuständigkeit habe der Gesetzgeber in [§ 106a Absatz 3 SGB V](#) festgeschrieben. In Verbindung mit § 16 der Richtlinie zu § 106a ergebe sich deren Prüfzuständigkeit insbesondere für das Bestehen und den Umfang der Leistungspflicht. Darunter falle sowohl die Prüfung der Leistungspflicht auf Grund des Versichertenstatus als auch im Hinblick auf die Zuständigkeit eines anderen Leistungsträgers sowie die Feststellung der Voraussetzungen der Leistungspflicht bei Leistungen der Krankheitsfrüherkennung und bei genehmigungspflichtigen Leistungen. Der Gesetzgeber habe hinsichtlich des weiteren Umgangs mit den Prüfergebnissen in [§ 106a Absatz 2 Satz 8 und Absatz 3 Satz 2 SGB V](#) bestimmt, dass sich die KV und Krankenkassen gegenseitig über die Durchführung ihrer Prüfungen und deren Ergebnisse zu unterrichten hätten. Daneben habe der Gesetzgeber die Möglichkeit in [§ 106a Absatz 4 SGB V](#) eröffnet, mittels eines gegenseitigen Antragsrechts eine Prüfung im fremden Prüffeld zu initiieren. Erhalte die Krankenkasse Kenntnis von einem Umstand, der eine gezielte Abrechnungsprüfung im Prüffeld der KV erfordere, könne sie eine Prüfung gemäß [§ 106a Absatz 4 SGB V](#) bei der KV beantragen. Dies gelte umgekehrt für die KV ebenso. Da die Ermächtigung zum Erlass von Richtlinien nach [§ 106a Absatz 6 SGB V](#) nicht das in Absatz 4 geregelte gegenseitige Antragsrecht umfasse, könne dieses durch die nach [§ 106a Absatz 5 SGB V](#) zu schließende Prüfvereinbarung gestaltet werden. Bei der von ihr, der Klägerin, durchgeführten Prüfung, bei der es sich um eine Prüfung nach [§ 106a Absatz 3 SGB V](#) handle und bei der sie Abrechnungen i. H. v. insgesamt 868,12 EUR beanstandet habe, handle es sich um eine ihr gesetzlich zugewiesene Aufgabe, deren Inhalt und Durchführung durch die Richtlinien von KBV und Spitzenverband Bund gemäß [§ 106a Absatz 6 SGB V](#) festgelegt seien. Sie seien Bestandteil der von den Vertragspartnern gemäß [§ 106a Absatz 5 SGB V](#) zu vereinbarenden Prüfvereinbarung. Die Beklagte besitze keine Kompetenz zu entscheiden, ob sie die Ergebnisse der von ihr, der Klägerin, von Amts wegen durchgeführten Abrechnungsprüfung berücksichtige. Sie habe sie umzusetzen. Sie, die Klägerin, habe mit ihrem Schreiben vom 29.05.2012 explizit keinen Antrag gestellt, über den die Beklagte zu entscheiden hätte, sondern ihr Prüfungsergebnis aus ihrem gesetzlich zugewiesenen Part der Abrechnungsprüfung mitgeteilt und die Beklagte um Vornahme der Abrechnungskorrektur gebeten. Dies unterliege keiner Frist.

Die Beklagte trat der Klage entgegen. Sie sei auf Grund des Ablaufs der in § 8 Absatz 1 PrüfV zur Durchführung der Abrechnungsprüfung vorgesehenen Sechsmonatsfrist für Prüfungen nach [§ 106a Absatz 4](#) Sätze 1 und 2 SGB V berechtigt gewesen, den Antrag der Klägerin abzulehnen. [§ 106a Absatz 4 Satz 1 SGB V](#) sehe die Beantragung gezielter Prüfungen durch die KV nach Absatz 2 im Hinblick auf die sachliche und rechnerische Richtigkeit der Abrechnungen der Vertragsärzte durch die Krankenkassen oder ihre Verbände vor. Nach § 4 Absatz 1 der KBV-Richtlinien nach [§ 106a SGB V](#) ziele die Prüfung auf sachlich-rechnerische Richtigkeit der Abrechnung auf die Feststellung ab, ob die abgerechneten Leistungen rechtlich ordnungsgemäß, also ohne Verstoß gegen gesetzliche, vertragliche oder satzungsrechtliche Bestimmungen erbracht worden seien. Eine solche Prüfung werde hier begehrt.

Mit Urteil vom 08.08.2013 wies das SG die Klage ab. Zur Begründung führte das SG aus, [§ 106a SGB V](#) sehe für das Begehren der Klägerin außerhalb von Absatz 4 keine weitere Rechtsgrundlage vor. [§ 106a Absatz 3 Satz 1 Nummer 1 SGB V](#) enthalte ein eigenes von der Beklagten unabhängiges Recht der Klägerin zur Prüfung des Bestehens und des Umfangs ihrer Leistungspflicht. Dieses Recht werde in § 16 der Richtlinien gemäß [§ 106a Absatz 6 Satz 1 SGB V](#) zum Inhalt und zur Durchführung der Prüfungen nach [§ 106a Absatz 2 SGB V](#) (Abrechnungsprüfung der KV) sowie nach § 106a Absatz 3 (Abrechnungsprüfung der Krankenkassen) – Richtlinien gemäß [§ 106a SGB V](#) konkretisiert. § 16 Absatz 1 Nr. 1 i.V.m. Absatz 2 Nr. 3 der Richtlinie nach [§ 106a SGB V](#) bestimme, dass die Prüfung auch die Voraussetzungen zur Leistungspflicht bei den im vorliegenden Fall streitgegenständlichen Gesundheitsuntersuchungen zur Früherkennung von Krankheiten und Maßnahmen der Krebsfrüherkennung umfasse. Ergänzend hierzu sehe [§ 106a Absatz 3 Satz 2 SGB V](#) vor, dass die Krankenkassen die KV unverzüglich über die Durchführung der Prüfungen und deren Ergebnisse informiere. Weitergehende Rechte beinhalte [§ 106a Absatz 3 SGB V](#) nicht. Insbesondere umfasse die Prüfkompetenz nicht das Recht, bei der KV bestimmte Handlungen zu erzwingen. Aus der Unterrichtung folge gerade kein Widerspruchs- und Klagerecht gegen eine Entscheidung der KV, auch wenn sie inhaltlich Leistungen eines Vertragsarztes gegenüber Versicherten dieser Krankenkasse betreffen sollte (Hess, in Kasseler Kommentar zum Sozialversicherungsrecht, Stand 77. Ergänzungslieferung, SGB V [§ 106a](#) Rn. 17 i.V.m. Rn. 10). Der prüfenden Krankenkasse verbleibe lediglich die Möglichkeit, nach [§ 106a Absatz 4 Satz 1 SGB V](#) eine gezielte Prüfung durch die KV bezogen auf derartige Leistungen zu beantragen und bei Ablehnung eines solchen Antrages den Rechtsweg zu beschreiten (Hess, in Kasseler Kommentar zum Sozialversicherungsrecht, Stand 77. Ergänzungslieferung, SGB V [§ 106a](#) Rn. 17 i.V.m. Rn. 10, Clemens, in: jurisPK-SGB V, 2. Aufl. 2012, [§ 106a SGB V](#) Rn. 44). Der Klägerin sei zwar zuzugeben, dass die gesetzliche Formulierung in diesem Zusammenhang nicht ganz eindeutig sei. Da jedoch [§ 106a Absatz 3 Satz 2 SGB V](#) keine Möglichkeit enthalte, ein Tätigwerden der KV zu erzwingen und [§ 106a Absatz 4 Satz 1 SGB V](#) den gesamten Absatz 2 in Bezug nehme, sei im Wege der systematischen Auslegung davon auszugehen, dass hier neben der Prüfung durch die KV auch die von der Klägerin begehrte Feststellung umfasst sei. Ob in dem Schreiben der Klägerin vom 29.05.2012 ein Antrag nach [§ 106a Absatz 4 Satz 1 SGB V](#) zu sehen sei, wofür einiges sprechen dürfte, müsse nicht entschieden werden, da ein solcher Antrag nicht fristgerecht eingegangen sei. Gemäß § 8 Absatz 1 PrüfV könnten Prüfungen nach [§ 106a Absatz 4 Satz 1](#) und 2 SGB V durch die Krankenkassen innerhalb von sechs Monaten nach Lieferung sämtlicher Daten gemäß § 1 Absatz 2 Anlage 6 BMV-Ä für den Bereich der Beklagten beantragt werden. Diese Frist sei – zwischen den Beteiligten unstreitig – nicht eingehalten worden. Soweit die Klägerin sich im Übrigen dagegen wende, dass die Beklagte ihr gegenüber durch Bescheid entschieden habe, liege hierin keine Rechtsverletzung der Klägerin. Die Beklagte habe die sachlich-rechnerische Richtigkeit der Abrechnung ihrer Mitglieder von Amts wegen zu prüfen und grundsätzlich gegenüber ihren Mitgliedern Honorarberichtigungsbescheide zu erlassen. Dieselbe Handlungsform stehe der Beklagten auch zur Verfügung, wenn sie den Antrag der Klägerin abweise (Bundessozialgericht (BSG), Urteil vom 19.10.2011, Az.: [B 6 KA 30/11 R](#), Rn. 14f, zitiert nach juris). Als Folge dessen muss sich die Krankenkasse mit einer Verpflichtungsklage gegen die KV wenden, wenn die KV einen Antrag nach [§ 106a Absatz 4 Satz 1 SGB V](#) auf Durchführung einer sachlich-rechnerischen Berichtigung ablehne (Clemens, in: jurisPK-SGB V, 2. Aufl. 2012, [§ 106a SGB V](#) Rn. 44). Gegen die Ablehnung eines Tätigwerdens nach einer Mitteilung des Prüfergebnisses gemäß [§ 106a Absatz 3 Satz 2 SGB V](#) bestehe keine Klagemöglichkeit.

Das Urteil wurde der Klägerin am 19.08.2013 mittels Empfangsbekenntnis zugestellt.

Hiergegen richtet sich die am 19.09.2013 zum Landessozialgericht (LSG) BW erhobene Berufung der Klägerin. Die Entscheidung des SG sei bereits deshalb aufzuheben, da die Kammer in der Besetzung mit zwei ehrenamtlichen Richtern aus dem Kreis der Vertragsärzte

entschieden habe. Der Rechtsstreit betreffe jedoch eine Angelegenheit des Vertragsarztrechts. Im Übrigen habe das SG aber auch in der Sache falsch entschieden. Der Gesetzgeber habe mit Einführung von [§ 106a SGB V](#) die Aufgabe der Abrechnungsprüfung der Vertragsärzte den Krankenkassen und den KVen gemeinsam aufgegeben und ihnen dabei einen jeweils individuellen Zuständigkeitsbereich zugewiesen. Die beklagte KV sei u. a. allein zuständig für die Prüfung, ob die abgerechneten Leistungen ohne Verstoß gegen die gesetzlichen, vertraglichen oder satzungsrechtlichen Bestimmungen erbracht worden seien. Sie, die Klägerin, sei demgegenüber u. a. allein zuständig für die Prüfung ihrer Leistungspflicht bezogen auf den Versichertenstatus, der Zuständigkeit eines anderen Leistungsträgers und der Feststellung des Vorliegens der Voraussetzungen der Maßnahmen der Krankheitsfrüherkennung. Ihr hier streitgegenständliches Prüfergebnis stamme dabei aus dem vom Gesetzgeber allein den Krankenkassen zugewiesenen Prüfgebiet des Vorliegens der Leistungsvoraussetzungen für Krankheitsfrüherkennung. Soweit die Beklagte für die Feststellung der sachlichen und rechnerischen Richtigkeit der Honorarabrechnung der Vertragsärzte zuständig sei, habe sie die Beklagte über ihr Prüfergebnis informiert. Aufgrund dieser Information habe die Beklagte von Amts wegen zu prüfen, ob ein Honorarberichtigungsbescheid zu erlassen sei. Die Prüfung beschränke sich dabei ausschließlich auf das Verhältnis der Beklagten zu dem betroffenen Vertragsarzt, also darauf, ob die Voraussetzungen einer Honorarrückforderung vorliegen würden oder ob dieser ggf. Vertrauensschutzgründe entgegenstünden, so dass eine Honorarrückforderung letztlich nicht durchgesetzt werden könne (vgl. BSG, Urteil vom 28.08.2013, - [B 6 KA 50/12 R](#) -, in juris). Demgegenüber sei die Beklagte zu einer Prüfung der von ihr, der Klägerin, festgestellten und ihr mitgeteilten Prüfergebnisse nicht berechtigt. Diese habe die Beklagte von Amts wegen zu übernehmen. Selbst wenn die Beklagte aufgrund fehlender Durchsetzungsfähigkeit des Honorarrückforderungsanspruchs gegenüber dem Vertragsarzt von einer Honorarrückforderung absehen sollte, habe sie, die Klägerin, im Hinblick auf evtl. Haftungsansprüche aus [§ 106a Absatz 7](#) i. V. m. [§ 106 Absatz 4b SGB V](#) ein Bescheidungsinteresse über ihre Korrekturbegehren. Eine Befristung des Bescheidungsinteresses sei dabei nicht vorgesehen. Die in § 8 PrüfV vereinbarte Antragsfrist betreffe den Fall, dass sie, die Klägerin, eine Prüfung im Prüffeld der Beklagten veranlassen wolle oder umgekehrt ([§ 106a Absatz 4 SGB V](#)). Vorliegend gehe es jedoch nicht um die Veranlassung einer Abrechnungsprüfung, sondern vielmehr um die Umsetzung ihrer festgestellten fehlenden Leistungspflicht als Ergebnis ihrer eigenen Abrechnungsprüfung. Selbst wenn in der Vereinbarung nach [§ 106a Absatz 5 SGB V](#) eine Frist für die Geltendmachung von Abrechnungskorrekturen vereinbart wäre, wäre diese vorliegend nicht anwendbar, da es sich nur um eine Ordnungsfrist handeln könne. Entsprechend der Rechtsprechung des BSG zur Wirtschaftlichkeitsprüfung dienten Fristen für die Beantragung eines Prüfverfahrens dem Interesse an der Verfahrensbeschleunigung und der effektiven Verfahrensdurchführung. Daher stelle der Ablauf einer derartigen Frist kein Verfahrenshindernis dar. Diese Rechtsprechung wäre auch auf die Abrechnungsprüfung gem. [§ 106a SGB V](#) zu übertragen.

Die Klägerin beantragt,

das Urteil des Sozialgerichts Stuttgart vom 08.08.2013 sowie den Bescheid der Beklagten vom 27.07.2012 in der Gestalt des Widerspruchsbescheids vom 28.11.2012 aufzuheben und die Beklagte zu verurteilen, über das Korrekturbegehren der Klägerin auf sachlich-rechnerische Richtigstellung wegen fehlender Leistungspflicht aufgrund unzulässiger Mehrfachabrechnung der GOP 01750, 01745, 01740, 01734, 01732 und 01730/01731 EBM unter Beachtung der Rechtsauffassung des Gerichts neu zu entscheiden.

Die Beklagte beantragt,

die Berufung zurückzuweisen.

[§ 106a Absatz 3 Satz 1 Nr. 1 SGB V](#) enthalte zwar ein eigenes, von ihr, der Beklagten, unabhängiges Recht der Klägerin zur Überprüfung des Bestehens und des Umfangs ihrer Leistungspflicht. Entgegen der Auffassung der Klägerin beinhalte [§ 106a Absatz 3 SGB V](#) jedoch keine weitergehenden Rechte. Insbesondere umfasse die Prüfkompentenz nicht das Recht, bei der KV bestimmte Handlungen zu erzwingen. Dies wäre auch vor dem Hintergrund, dass sie, die Beklagte, die Prüfergebnisse der Krankenkassen noch mittels gezielter Prüfungen, ggf. unter Mitwirkung der betroffenen Praxen zu verifizieren habe, nicht umzusetzen und von daher lebensfremd. Weiter sei zu beachten, dass sie und die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen über [§ 106a Absatz 5 Satz 1 SGB V](#) ermächtigt worden seien, gemeinsam und einheitlich Inhalt und Durchführung der Prüfungen nach den Absätzen 2 bis 4 zu vereinbaren. Von dieser Ermächtigung hätten die Parteien mit der Vereinbarung zur Durchführung der Abrechnungsprüfung auch Gebrauch gemacht. In § 8 Absatz 1 PrüfV sei explizit geregelt, dass Prüfungen nach [§ 106a Absatz 4 S. 1](#) und 2 SGB V durch die Vertragspartner und die Krankenkassen nur innerhalb von sechs Monaten nach Lieferung sämtlicher Daten gem. § 1 Absatz 2 Anl. 6 BMV-Ä für den KV Bereich BW beantragt werden könnten. Über den u. a. in Bezug genommenen [§ 106a Absatz 4 S. 2 SGB V](#) würden auch die Prüfungen nach [§ 106a Absatz 3 SGB V](#) in den Wirkungskreis der Fristenregelung einbezogen. Dabei könne es nach Sinn und Zweck der Fristenregelung keinen Unterschied machen, ob die Prüfung durch die Krankenkassen nach [§ 106a Absatz 3 SGB V](#) durch sie, die Beklagte, angestoßen bzw. veranlasst werde oder ob die Prüfung nach [§ 106a Absatz 3 SGB V](#) seitens der Krankenkasse "aus eigenem Antrieb" erfolge. Es wäre widersinnig die Anwendung der Ausschlussfrist nach § 8 Absatz 1 PrüfV danach zu differenzieren, ob es um eine veranlasste Prüfung nach Absatz 3 oder eine eigenständige Prüfung der Krankenkasse nach Absatz 3 handle. Insgesamt folge aus der Zuweisung des eigenständigen Prüfungsrechts der Krankenkasse nach [§ 106a Absatz 3 SGB V](#) nicht zwingend und automatisch, dass das Ergebnis jenseits von rechtsgültig vereinbarten Fristen ihr gegenüber durchsetzbar sei. Im Übrigen sei die von der Klägerin angesprochene Rechtsprechung des BSG, die sich explizit auf die Wirtschaftlichkeitsprüfung beziehe, auf die vorliegende Fallkonstellation der Beantragung einer sachlich-rechnerischen Berichtigung nicht anwendbar. Insoweit sei die Einordnung der Frist in § 8 Absatz 1 PrüfV als Ordnungsfrist widersinnig.

Mit Beschlüssen vom 10.07.2014 und 24.03.2014 sind die Beigeladenen zum Verfahren beigeladen worden. Sie haben keine Anträge gestellt.

Wegen der weiteren Einzelheiten des Sachverhalts und des Vorbringens der Beteiligten wird auf deren Schriftsätze sowie die Akten der Beklagten, des SG und des Senats Bezug genommen.

Entscheidungsgründe:

Der Senat hat in der Besetzung mit einem ehrenamtlichen Richter aus den Kreisen der Vertragsärzte und Psychotherapeuten und einem ehrenamtlichen Richter aus den Kreisen der Krankenkassen verhandelt und entschieden, weil es sich um eine Angelegenheit des Vertragsarztrechts ([§ 12 Absatz 3 Satz 1 Sozialgerichtsgesetz - SGG](#)) handelt.

Die fristgerecht erhobene und auch sonst zulässige Berufung ist begründet.

Soweit die Klägerin vorliegend eine Neubescheidung hinsichtlich ihres Begehrens auf sachlich-rechnerische Richtigstellung durch die Beklagte gegenüber den Beigeladenen für die Jahre 2009 und 2010 begehrt, fehlt es der Klägerin nicht am Bescheidungsinteresse. Das Rechtsschutzinteresse ist der Klägerin nicht schon wegen Zeitablaufs abzusprechen. Für sachlich-rechnerische Richtigstellungen mit Honorarrückforderungen gegenüber den Vertragsärzten gilt ebenso wie für den Erlass von Prüfbescheiden in Wirtschaftlichkeitsprüfungsverfahren eine vierjährige Ausschlussfrist, innerhalb derer die Richtigstellungsbescheide dem Vertragsarzt gegenüber bekannt gegeben sein müssen. Nach Ablauf dieser Frist ist eine Richtigstellung nur noch nach Maßgabe der Vertrauensauschlussstatbestände des [§ 45 Absatz 2 Satz 3 und Absatz 4 Satz 1](#) Sozialgesetzbuch Zehntes Buch (SGB X) möglich. In bestimmten Fällen kommt eine Hemmung der Frist in Betracht, wenn der Arzt in einem förmlichen Verfahren Kenntnis vom Richtigstellungsverfahren erlangt hat (vgl. BSG, Urteil vom 14.05.1997, - [6 RKA 63/95](#) -, juris Rn. 17). Die Ausschlussfrist von vier Jahren beginnt mit der Bekanntgabe der Honorarbescheide für die geprüften Quartale und dürfte vorliegend abgelaufen sein. Durch die Beiladung im Jahr 2013 haben die Ärzte jedoch ggf. Kenntnis von dem Begehren der Klägerin erlangt. Wie lange gegenüber den Vertragsärzten noch rechtmäßige Honorarberichtigungsbescheide ergehen können, kann vorliegend freilich offen bleiben. Denn die antragstellende Krankenkasse hat mit Blick auf evtl. Haftungsansprüche aus [§ 106a Absatz 7 SGB V](#) in Verbindung mit [§ 106 Absatz 4b SGB V](#) auch dann ein Bescheidungsinteresse, wenn die Beklagte von einer Honorarrückforderung gegenüber den betroffenen Vertragsärzten absehen sollte, weil nach ihrer Prüfung eine Durchsetzung des Anspruchs gegenüber dem Vertragsarzt nicht möglich ist (SG Dresden, Urteil vom 17.12.2014, - [S 18 KA 101/13](#) -, in juris m.w.N.).

Der mit der Klage angefochtene Bescheid vom 27.07.2012 in der Gestalt des Widerspruchsbescheid vom 28.11.2012 ist rechtswidrig und verletzt die Klägerin in ihren Rechten. Die Beklagte ist verpflichtet, erneut über das Begehren der Klägerin, die von ihr beanstandeten Abrechnungen sachlich richtigzustellen, zu entscheiden. Dabei hat sie die streitgegenständlichen Abrechnungen im von der Klägerin geforderten Umfang sachlich-rechnerisch richtigzustellen; ein Recht zur eigenständigen Prüfung der materiell-rechtlichen Voraussetzungen steht der Beklagten insoweit nicht zu. Da es sich bei der Fallgruppe "unzulässige Mehrfachabrechnung von Krebsfrüherkennungsleistungen" um in die Prüfkompetenz der Krankenkasse nach [§ 106a Absatz 3 Satz 1 Nr. 1 SGB V](#) fallende Konstellationen handelt, beschränkt sich der Umfang der von der Beklagten vorzunehmenden Prüfung auf die formellen Voraussetzungen der sachlich-rechnerischen Richtigstellung (BSG, Urteil vom 23.03.2016, - [B 6 KA 8/15 R](#) -, in juris).

Die Abrechnungsprüfung nach [§ 106a Absatz 3 SGB V](#) ist mit Wirkung ab dem 01.01.2004 als eigenständige Aufgabe der Krankenkasse neben die der KVen nach [§ 106a Absatz 2 SGB V](#) obliegende Abrechnungsprüfung getreten. Gemäß [§ 106a Absatz 3 Satz 1 SGB V](#) prüfen die Krankenkassen die Abrechnungen der Vertragsärzte (jetzt: "der an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Ärzte und Einrichtungen") insbesondere hinsichtlich des Bestehens und des Umfangs ihrer Leistungspflicht (Nr. 1), der Plausibilität von Art und Umfang der abgerechneten Leistungen in Bezug auf die angegebene Diagnose (Nr. 2) sowie der Plausibilität der Zahl der in Anspruch genommenen Ärzte (Nr. 3); gemäß [§ 106a Absatz 3 Satz 2 SGB V](#) haben sie die KVen unverzüglich über die Durchführung der Prüfungen und deren Ergebnisse zu unterrichten. Durch [§ 106a Absatz 3 SGB V](#) werden die Krankenkassen in die Prüfung der Abrechnungen einbezogen und ihnen eine eigenständige Überprüfungspflicht auferlegt (Hess, in Kasseler Kommentar, SGB V, Stand September 2015, § 106a RdNr 11). Dies entspricht dem Willen des Gesetzgebers, den Krankenkassen eine weitergehende Verantwortung hinsichtlich der Prüfung der ärztlichen Leistungserbringung zu übertragen (Gesetzentwurf der Fraktionen zum GMG, [BT-Drucks 15/1525 S 118](#)).

Gegenstand der den Krankenkassen nach [§ 106a Absatz 3 Satz 1 Nr. 1 SGB V](#) übertragenen Abrechnungsprüfung ist die Prüfung der Abrechnungen hinsichtlich des Umfangs ihrer Leistungspflicht. Dies präzisiert § 16 Absatz 2 Nr. 3 der Richtlinie § 106a (PrüfRL) dahingehend, dass die Prüfungen nach [§ 106a Absatz 3 Satz 1 Nr. 1 SGB V](#) auch die Feststellung der Voraussetzungen der Leistungspflicht bei Maßnahmen der Krankheitsfrüherkennung betreffen. Gegenstand einer die Voraussetzungen der Leistungspflicht betreffenden Prüfung ist auch die Frage, ob eine innerhalb eines bestimmten Zeitraums nur einmal abrechenbare Leistung bereits einmal erbracht wurde. Diese Fragestellung bildet den Gegenstand der von der Klägerin in Bezug auf die streitgegenständlichen Leistungen zur Krebsfrüherkennung durchgeführten Prüfung. Zwar stellt die mehrfache Abrechnung einer nur einmalig abrechenbaren Leistung zugleich auch einen klassischen Fall einer sachlich fehlerhaften Abrechnung im Sinne des [§ 106a Absatz 2 SGB V](#) dar. Daher ist eine KV grundsätzlich nicht gehindert, entsprechende Abrechnungen von sich aus sachlich richtigzustellen. Macht allerdings eine Krankenkasse von der ihr durch [§ 106a Absatz 3 Satz 1 Nr. 3 SGB V](#) zugewiesenen Kompetenz Gebrauch, muss die KV die sich hieraus ergebenden Beschränkungen ihrer Prüfkompetenz beachten (BSG, Urteil vom 23.03.2016, - [B 6 KA 8/15 R](#) -, in juris).

Der Senat schließt sich der Rechtsprechung des BSG an, dieses hat in seiner Entscheidung vom 23.03.2016 ([B 6 KA 8/15 R](#), in juris) weiter ausgeführt:

"Klarzustellen ist, dass den Krankenkassen im Rahmen der ihnen nach [§ 106a Abs 3 Nr 1 SGB V](#) übertragenen Aufgaben nicht etwa ein bloßes Antragsrecht der Art zusteht, dass sie von der KV verlangen können, eine Abrechnungsprüfung durchzuführen. Vielmehr führen sie die ihnen durch [§ 106a Abs 3 Nr 1 SGB V](#) übertragenen Prüfungen in eigener Zuständigkeit durch. Die den Krankenkassen nach [§ 106a Abs 3 Nr 1 SGB V](#) obliegende Prüfung ist Ausdruck ihrer gleichberechtigten Mitwirkung an der Kontrolle des Abrechnungsverhaltens der Vertrags(zahn)ärzte (vgl. BSG SozR 4-5555 § 21 Nr 2 RdNr 21).

Die Krankenkasse ist allein verpflichtet, die K(Z)ÄV von dem Ergebnis der von ihr durchgeführten Prüfung "zu unterrichten" ([§ 106a Abs 3 Satz 2 SGB V](#)); diese Unterrichtung hat die KV sodann von sich aus - also "von Amts wegen" - zum Anlass zu nehmen, die gebotenen Maßnahmen zu ergreifen. Die KV ist an das mitgeteilte Ergebnis der von der Krankenkasse durchgeführten Prüfung gebunden und hat dieses nur noch im Verhältnis zu den betroffenen Vertragsärzten durch Bescheid umzusetzen; ein Recht, das Prüfungsergebnis der Krankenkassen inhaltlich zu überprüfen, steht ihr - anders als bei Prüfungen nach [§ 106a Abs 4 SGB V](#) - hingegen nicht zu.

Einer erneuten - inhaltlichen - Prüfung der Abrechnungen durch die KV steht zum einen entgegen, dass hierdurch die den Krankenkassen durch [§ 106a Abs 3 Nr 1 SGB V](#) übertragenen Aufgaben entwertet würden; an Stelle einer gleichberechtigten Mitwirkung an der Abrechnungsprüfung verbliebe ihnen lediglich die Funktion eines Hinweisgebers. Dass dies dem mit der Einführung des [§ 106a Abs 3 Nr 1 SGB V](#) verfolgten Zweck entspräche, ist nicht erkennbar.

Zum anderen hätte sich der Gesetzgeber dann, wenn die KV nicht an das Ergebnis der von der Krankenkasse nach [§ 106a Abs 3 Nr 1 SGB V](#) durchgeführten Prüfung gebunden wäre, auf die Normierung einer Prüfung auf Antrag nach [§ 106a Abs 4 SGB V](#) beschränken können: Einem solchen Antrag liegt ebenfalls das Ergebnis einer vorangegangenen Prüfung durch die Krankenkassen zugrunde, weil ein Antrag auf gezielte Prüfungen durch die KV nach [§ 106a Abs 4 Satz 1 SGB V](#) voraussetzt, dass hierzu "Veranlassung besteht": Nach § 20 Abs 1 PrüfRL § 106a sind ausreichende und konkrete Hinweise auf Abrechnungsauffälligkeiten erforderlich.

Die KV ist daher bei sachlich-rechnerischen Richtigstellungen nach [§ 106a Abs 3 Nr 1 SGB V](#) auf die Prüfung beschränkt, ob der Umsetzung des Prüfungsergebnisses der Krankenkasse gegenüber dem Vertragsarzt Begrenzungen der Richtigstellungsbefugnis entgegenstehen, wie etwa eine Versäumung der Ausschlussfrist oder (andere) Vertrauensschutzgesichtspunkte (siehe hierzu BSG SozR 4-2500 § 106a Nr 13 RdNr 14). Ist dies nicht der Fall, erlässt die KV sowohl gegenüber der Krankenkasse als auch gegenüber dem Vertragsarzt einen entsprechenden Bescheid, wobei dem Bescheid gegenüber der Krankenkasse - anders als in den Fällen nach [§ 106a Abs 4 SGB V](#) - allein deklaratorische Bedeutung zukommt.

Ein materiell-rechtliches - inhaltliches - "Letztentscheidungsrecht" hinsichtlich der Abrechnungsprüfung steht der KV im Rahmen des [§ 106a Abs 3 Nr 1 SGB V](#) mithin nicht zu. Dem steht nicht die Aussage des Senats entgegen, dass der K(Z)ÄV als Vertragsinstanz die "Entscheidungskompetenz" für die Richtigstellungen von vertrags(zahn)ärztlichen Abrechnungen und deren verwaltungsmäßige Umsetzung zugewiesen ist (BSG SozR 4-5555 § 21 Nr 2 RdNr 21 unter Hinweis auf BSG [SozR 3-5555 § 15 Nr 1 S 9](#)). Dass ihr die verwaltungsmäßige Umsetzung zugewiesen ist, steht außer Frage. Soweit es die "Entscheidungskompetenz" für Richtigstellungen betrifft, gilt diese Aussage aber nur für Fallgestaltungen, in denen die K(Z)ÄV von sich aus oder - wie in dem seinerzeit entschiedenen Fall - auf Antrag der Krankenkasse tätig wird; auf den Fall einer von der Krankenkasse auf der Grundlage des [§ 106a Abs 3 SGB V](#) durchgeführten Prüfung ist dies hingegen nicht übertragbar.

Einer eigenständigen - die KV insoweit ausschließenden - materiell-rechtlichen Prüfkompetenz der Krankenkassen steht auch der Grundsatz der Einheitlichkeit der Entscheidung (siehe hierzu BSG SozR 4-5555 § 21 Nr 2 RdNr 19 f) nicht entgegen: Die Einheitlichkeit der Entscheidung in den - im Übrigen getrennten - Rechtsbeziehungen Krankenkasse./ KV und KV./ Vertragsarzt wird dadurch gewährleistet, dass die KV das Prüfungsergebnis der Krankenkasse gegenüber dem Vertragsarzt durch Bescheid umsetzt.

Die Beklagte kann sich demgemäß auch nicht auf § 8 der PrüfV oder auf § 34 Absatz 5 Bundesmantelvertrag-Ärzte/Ersatzkassen i.V.m. § 9.1 des Gesamtvertrags berufen, da diese Vorschriften nicht einschlägig sind. Gem. § 8 Absatz 1 PrüfV können "Prüfungen nach [§ 106a Absatz 4 Sätze 1 und 2 SGB V](#) () durch die Vertragsparteien und die Krankenkassen innerhalb von sechs Monaten nach Lieferung sämtlicher Daten gem. § 1 Absatz 2 Anlage 6 BMV-Ä für den KV-Bereich Baden-Württemberg beantragt werden." Auch § 9.1 des Gesamtvertrags regelt nur, dass "die Ersatzkassen gemäß § 34 Absatz 5 EKV Anträge auf Abrechnungsprüfung der Quartalsabrechnung innerhalb der im Rahmen der Vereinbarung nach [§ 106a SGB V](#) festgestellten Frist stellen" können. Wie bereits ausgeführt, hat die Beklagte die Prüfmitteilung der Klägerin von Amts wegen zum Anlass zu nehmen, die gebotenen Maßnahmen zu ergreifen. Diese ist - entgegen der Ansicht der Beklagten - von einer Prüfung gem. [§ 106a Absatz 4 SGB V](#) zu unterscheiden, denn eine eigenständige Prüfung erfolgt gerade nicht mehr. Jede andere Sicht würde im Übrigen dazu führen, dass die genannten Vorschriften nicht mit den gesetzlichen Vorgaben in Einklang stünden. Dass entsprechende Feststellungen der Krankenkasse aus der von ihr nach [§ 106a Absatz 3 Nr. 1 SGB V](#) durchgeführten Abrechnungsprüfung diese allein zur Stellung eines Antrags auf Durchführung einer Abrechnungsprüfung durch die KVen berechtigten, stünde nach den vorstehenden Ausführungen nicht mit dem höherrangigen Gesetz in Einklang (BSG, Urteil vom 23.03.2016, - [B 6 KA 8/15 R](#) -, in juris).

Die Kostenentscheidung beruht auf [§ 197 a Absatz 1 SGG](#) i. V. m. [§ 154 Absatz 1](#) Verwaltungsgerichtsordnung (VwGO). Es entspricht nicht der Billigkeit, der Beklagten die außergerichtlichen Kosten der Beigeladenen aufzuerlegen, da diese (Sachanträge) nicht gestellt und damit ein Prozessrisiko nicht übernommen haben.

Gründe für die Zulassung der Revision liegen nicht vor (160 Absatz 2 SGG).

Die Streitwertfestsetzung beruht auf [§ 52 Absatz 1 GKG](#).

Rechtskraft

Aus

Login

BWB

Saved

2016-11-07