L 12 KA 1/19

Land
Freistaat Bayern
Sozialgericht
Bayerisches LSG
Sachgebiet
Vertragsarztangelegenheiten
Abteilung
12
1. Instanz
SG München (FSB)
Aktenzeichen
S 38 KA 301/16
Datum
02.10.2018
2. Instanz
Bayerisches LSG
Aktenzeichen
L 12 KA 1/19
Datum
12.02.2020
3. Instanz
Bundessozialgericht
Aktenzeichen
-
Datum
-
Kategorie
Urteil
Leitsätze
1. Die spezialgesetzliche Regelungskompetenz des § 106a Abs. 5 und 6 SGB V hat zur Folge, dass die auf der bisherigen Generalermächtigung des § 83 Abs. 1 SGB V beruhenden Regelungen in die spezialgesetzlich vorgesehenen Normwerke zu transformieren sind (vgl. BSG, Urteil v. 23.03.2016, - B 6 KA 8/15 R).
2. Sowohl bei der Antragsfrist nach § 13 Abs. 1 GesamtV-Ärzte/EK als auch nach der des § 18 Abs. 4 Nr. 8 der zum 11.05.2019 in Kraft getretenen Abrechnungssprüfungsrichtlinien gem. § 106d Abs. 6 SGB V handelt es sich um eine Ordnungs- und nicht um eine Ausschlussfrist.
3. Die Bagatellgrenze des § 13 Abs. 2 GesamtV-Ärzte/EK findet in den streitigen Quartalen mangels Transformation in das spezialgesetzliche Normengefüge keine Anwendung.
I. Die Berufung der Beklagten gegen das Urteil des Sozialgerichts München vom 2.Oktober 2018, Az: S 38 KA 301/16, wird zurückgewiesen.

II. Die Beklagte trägt auch die Kosten für das Berufungsverfahren.

III. Die Revision wird nicht zugelassen.

Tatbestand:

Im Streit steht, ob die Beklagte berechtigt ist, ein auf § 106a Abs. 3 SGB V (aF) gestütztes Korrekturbegehren der Klägerin auf sachlich-rechnerische Richtigstellung der Ziffer 01740 EBM wegen fehlender Leistungspflicht in den Quartalen 2/2009 bis 2/2012 abzulehnen.

Mit Schreiben vom 17.12.2013 beantragte die Klägerin bei der Beklagten nach § 106a Abs. 3 SGB V (aF, jetzt § 106d Abs. 3 SGB V) - soweit noch streitig - die Korrektur von Abrechnungen bestimmter Vertragsärzte bezüglich der Ziffer 01740 EBM für die Quartale 2/2009 - 4/2012. Diese GOP sei nur einmalig (über die gesamte Lebenszeit) abrechenbar (Korrekturantrag: Kref III; 10.618,20 EUR). Hier sei für die vergangenen vier Jahre geprüft worden, ob eine Mehrfachabrechnung vorliege. Die zweite und jede weitere Abrechnung müsse beanstandet werden. Man gehe davon aus, dass die Abrechnungen vor Ablauf der vierjährigen Verjährungsfrist bearbeitet würden, ggf. seien die Vertragsärzte von der Prüfung zu informieren.

Mit Schreiben vom 12.03.2014 lehnte die Beklagte die Anträge auf Überprüfung und Berichtigung zu den Quartalen 2/2009 bis 2/2012 unter Verweis auf § 13 BayGesamtvertrag-Ärzte/EK (im Folgenden: GesamtV-Ärzte/EK) wegen Verfristung ab. Die Frist habe für das Quartal 2/2012 am 29.11.2013 geendet, der Antrag auf Prüfung sei erst am 18.12.2013 bei der Klägerin eingegangen. Für die beanstandeten Fälle in den Quartalen 3/2012 und 4/2012 (auch andere GOP) erfolgte durch die Beklagte eine Gutschrift in Höhe von 2.654,24 EUR.

Gegen die Ablehnung des Korrekturbegehrens wandte sich die Klägerin mit Schreiben vom 17.06.2014. Die gesetzlichen Regelungen der Abrechnungsprüfung gemäß § 106a SGB V sähen verpflichtende Prüfzuständigkeiten für die Kassenärztlichen Vereinigungen und die Krankenkassen vor. Die geltend gemachten Auffälligkeiten Kref III für die Jahre 2009 - 2012 seien Feststellungen einer durchgeführten Prüfung im Aufgabenfeld der Krankenkassen gemäß § 106a Abs. 3 SGB V in Verbindung mit § 16 Abs. 2 Nr. 3 der Richtlinien (RL) § 106a SGB V. Die Vertragspartner besäßen keine Regelungskompetenz, die gesetzlich zugewiesenen Prüfaufgaben nach § 106a Abs. 2 und Abs. 3 durch Fristen und Bagatellgrenzen einzuschränken. Es gelte ausschließlich die vierjährige Ausschlussfrist.

Der Widerspruch blieb erfolglos (Widerspruchsbescheid der Beklagten vom 03.02.2016). Die sachlich-rechnerische Richtigstellung aufgrund der Antragstellung der Krankenkassen richte sich nach § 13 GesamtV-Ärzte/EK (§ 106a Abs. 4 i.V.m. Abs. 2 SGB V, § 45 Abs. 4 S. 2

Bundesmantelvertrag-Ärzte n.F. (entspricht § 34 Abs. 5 BMV-Ä/EK a.F.)). Anträge auf sachlich-rechnerische Berichtigungen müssten deshalb innerhalb von zwölf Monaten nach Zugang der Abrechnungsunterlagen gestellt werden. Entsprechende Eingänge der Abrechnungsunterlagen seien von der Krankenkasse bestätigt worden (Quartal 1/2011: 31.08.2011; Quartal 2/2011: 09.11.2011; Quartal 3/2011: 05.03.2012; Quartal 4/2011; 07.06.2012; Quartal 1/2012: 31.08.2012; Quartal 2/2012: 05.12.2012). Da der Antrag auf sachlich-rechnerische Richtigstellung für die Quartale 2/2009 - 4/2012 bei der KVB erst am 18.12.2013 eingegangen sei, sei er hinsichtlich der Quartale bis einschließlich 2/2012 verfristet (§ 13 Abs. 1 S. 2 GesamtV-Ärzte/EK). Auch der Widerspruch gegen die Ablehnung vom 12.03.2014 sei wegen des erst am 17.06.2014 bei der KVB eingegangenen Widerspruchs verfristet, da die einmonatige Frist des § 13 Abs. 4 GesamtV-Ärzte/EK zur Anwendung gelange. Die gesamtvertraglichen Antragsfristen hätten Bindungswirkung für die Partner der Gesamtverträge. Es handle sich um echte Ausschlussfristen und nicht um reine Ordnungsfristen.

In ihrer Klage vom 14.03.2016 zum Sozialgericht München stellte die Klägerin zunächst die ab dem 01.01.2004 geänderte Rechtslage dar, wonach nunmehr auch den Krankenkassen eine originäre Befugnis zur sachlich-rechnerischen Richtigstellung eingeräumt werde. Die sachlich-rechnerische Richtigstellung beziehe sich auf die Abrechnung der GOP 01740 EBM (= Beratung zur Früherkennung des kolorektalen Karzinoms - nur einmalig für die ganze Lebenszeit abrechnungsfähig, je Rückforderung 10,20 EUR, insgesamt 9.180,- EUR). Der Widerspruch sei nicht verfristet, da das Schreiben der KVB vom 12.03.2014 nicht mit einer Rechtsbehelfsbelehrung versehen gewesen sei. Die Jahresfrist nach § 66 Abs. 2 SGG sei auf jeden Fall eingehalten worden. Die hier zu klärende Frage, ob die Krankenkasse leistungspflichtig sei, gehöre zum Prüfauftrag der Krankenkasse nach § 106a Abs. 3 S.1 Nr. 1 SGB V i.V.m. § 16 Abs. 1 Nr. 1, Abs. 2 Nr. 3 RL § 106a. Auf Ergebnisse der Rechnungsprüfungen der Klägerin aus ihrem eigenen Prüfgebiet nach § 106a Abs. 3 SGB V sei die Frist des § 13 GesamtV-Ärzte/EK nicht anzuwenden. Der gesetzliche Prüfauftrag der Parteien sei nicht disponibel.

Die Beklagte vertrat die Auffassung, der Widerspruch sei wegen der Beanstandungsfrist nach § 13 Abs. 4 GesamtV-Ärzte/EK von einem Monat nicht fristgerecht eingereicht worden. Der von der Klägerin erst im Juni eingelegte Widerspruch sei deshalb unstatthaft gewesen mit der Folge, dass bezüglich der Klagefrist auf die Bekanntgabe des Ablehnungsbescheides vom 12.03.2014 abzustellen und die Klage deshalb als verfristet anzusehen sei. Zudem sei nach § 78 Abs. 1 S. 2 Nr. 3 SGG ein Vorverfahren nicht erforderlich, so dass auch aus diesem Grund die Klage verfristet sei.

Hinsichtlich der Richtigstellungsanträge vom 17.12.2013 gelte die Antragsfrist nach § 13 Abs. 1 S. 2 GesamtV-Ärzte/EK von einem Jahr. Außerdem sehe § 13 Abs. 2 GesamtV-Ärzte/EK eine Geringfügigkeitsgrenze in Höhe von 15,- EUR je Vertragsarztabrechnung vor. Davon betroffen sei ein Betrag in Höhe von 5.497,80 EUR.

Das BSG habe in seiner Entscheidung vom 23.03.2016, B 6 KA 8/15 R, klare Maßstäbe zum Umfang der Prüfungspflichten in Fällen von kassenseitigen Richtigstellungsanträgen nach § 106a Abs. 3 Nr. 1 SGB V aufgezeigt. Danach sei die Kassenärztliche Vereinigung (KÄV) an das Ergebnis der von der Krankenkasse durchgeführten Prüfung gebunden und habe kein materiell-rechtlich inhaltliches Letztentscheidungsrecht. Aufgabe der KÄV sei es, das Prüfungsergebnis der Krankenkasse durch Bescheid umzusetzen. Sie sei auf die Prüfung beschränkt, ob gegenüber dem Vertragsarzt Begrenzungen der Richtigstellungsbefugnis entgegenstünden, wie etwa eine Versäumung der Ausschlussfrist oder (andere) Vertrauensschutzgesichtspunkte. Was die Antragsfrist betreffe (§ 5 der Bayerischen Abrechnungsprüfungsvereinbarung gemäß § 106a Abs. 5 SGB V), gelte durch Verweisung von § 5 auf die Gesamtverträge eine bayernweit einheitliche Antragsfrist von zwölf Monaten nach Zugang der Abrechnungsunterlagen (§ 13 Abs. 1 S. 2 GesamtV-Ärzte/EK ab 01.04.2007 wie § 15 Abs. 2 GesamtV-Ärzte/RK seit 2002). Deshalb sei die Auffassung der Klägerin nicht überzeugend, diese kassenübergreifende Vereinbarung einer Verweisung auf die gesamtvertraglich gleichlautend geregelte Antragsfrist sei eine Umgehung der eindeutigen gesetzlichen Vorgaben. Die Antragsfrist sei insbesondere mit § 69 Abs. 1 S. 3 SGB V, den gesetzlichen Aufgaben der Parteien und dem Unverzüglichkeitsgebot nach § 106a Abs. 3 S. 2 SGB V vereinbar. Auch wenn ein Verstreichen der in den Prüf-vereinbarungen zu § 106a SGB V geregelten Antragsfristen nach der Rechtsprechung des Bundessozialgerichts (BSG, Urteil vom 23.03.2016, - B 6 KA 14/15 R -) kein Hinderungsgrund für eine Sachentscheidung gegenüber dem Vertragsarzt darstelle, gelte dies nicht für das Richtigstellungsbegehren der Klägerin gegenüber der Beklagten. Der Anspruch erlösche vielmehr, wenn er von der Krankenkasse nicht innerhalb der vereinbarten Frist geltend gemacht werde.

Zur Geringfügigkeitsgrenze (§§ 13 Abs. 2, 14 Abs. 1 GesamtV-Ärzte/EK bzw. § 15 Abs. 2 GesamtV-Ärzte/RK) vertrat die Beklagte die Auffassung, dass das nachträgliche Erlöschen und die Neuregelung einer Ermächtigungsnorm ohne Einfluss auf den Rechtsbestand der während ihres Bestehens ordnungsgemäß erlassenen Rechtsvorschriften sei, sofern keine Unvereinbarkeit mit dem neuen höherrangigen Recht vorliege. Danach sei - bis zu einer entsprechenden Transformation - von einer Fortgeltung der hier entscheidenden Bagatellregelung des § 13 Abs. 2 GesamtV-Ärzte/EK auszugehen. Außerdem könne man sich auf die bei Plausibilitätsprüfungen kassenübergreifende, gemeinsam und einheitlich vereinbarte Geringfügigkeitsgrenze berufen, die den herkömmlichen Parteiwillen zur verhältnismäßigen Geringfügigkeitsgrenze dokumentiere (Ziff. 3. (c) der Anlage 1 zu § 2 Abs. 1 der Bayerischen Abrechnungsprüfungsvereinbarung). Hier sei gemäß § 20 Abs. 2 der Bayerischen Abrechnungsprüfungsvereinbarung eine notwendige lückenschließende Geltung der gesamtvertraglichen Bagatellgrenze anzunehmen.

Das SG hat der Klage mit Urteil vom 02.10.2018 stattgegeben und die Beklagte unter Aufhebung der streitgegenständlichen Bescheide verpflichtet, über das Korrekturbegehren der Klägerin unter Beachtung der Rechtsauffassung des Gerichts zu entscheiden.

Die Klage sei zulässig. Das Schreiben der Beklagten vom 12.03.2014 sei als Verwaltungsakt iSd. § 31 SGB X auszulegen. Der Widerspruchsbescheid vom 03.02.2016 sei bei der Klägerin am 15.02.2016 eingegangen, so dass die am 14.03.2016 erhobene Klage die Klagefrist wahre. Die Klägerin habe auch zutreffend Widerspruch gegen das Schreiben vom 12.03.2013, das mit keiner Rechtsbehelfsbelehrung versehen war, eingelegt. Die Vorschrift des § 78 Abs. 1 S. 2 Ziff. 3 SGG, wonach es keines Vorverfahrens bedürfe, wenn ein Land, ein Versicherungsträger oder einer seiner Verbände klagen will, sei nicht anzuwenden. Die Jahresfrist des § 66 Abs. 2 SGG sei eingehalten. Grundsätzlich habe ein zweistufiges Verwaltungsverfahren einer Klagerhebung vorauszugehen. In den in § 78 Abs. 1 S. 2 SGG aufgeführten Fällen sei der Gesetzgeber der Auffassung, dass es eines Vorverfahrens nicht bedarf, so auch nach § 78 Abs. 1 S. 2 Ziff. 3 SGG, wenn ein Versicherungsträger klagen will. Die Besonderheiten des Vertrags(zahn)arztrechts ließen allerdings vorliegend ein Widerspruchsverfahren für geboten erscheinen. Wegen der Einheitlichkeit der Entscheidung bei der sachlich-rechnerischen Richtigstellung im Verhältnis KÄV-Vertragsarzt und KK-KÄV habe das BSG (Urteil vom 10.05.2017, - B 6 KA 9/16 R -) ausgeführt, es würde "zu erheblichen Verwerfungen führen, wenn gegen den Bescheid einer K(Z)ÄV, mit dem einem Berichtigungsantrag der Krankenkasse teilweise entsprochen

wird, der (Zahn-)Arzt Widerspruch einlegen, die Krankenkasse aber unmittelbar Klage erheben müsste." Insofern sei bei sachlich-rechnerischen Berichtigungen § 78 Abs. 1 S. 2 Ziff. 3 SGG nicht anzuwenden. Dieser im Zusammenhang mit einer Prüfung nach § 106a Abs. 2 SGB V entschiedene Grundsatz gelte mangels sachlichen Differenzierungsgrundes auch für die Prüfung nach § 106a Abs. 3 SGB V.

Die Klage sei auch begründet. Es handle sich unstreitig um eine Aufgabenzuständigkeit der klagenden Krankenkasse aus § 106a Abs. 3 SGB V. Dem gezielten Prüfungsauftrag stehe nach Auffassung des Gerichts ein Überschreiten einer Antragsfrist nicht entgegen, denn eine solche Antragsfrist sei weder in den Richtlinien (RL) zu § 106a SGB V noch in der Abrechnungsprüfungsvereinbarung geregelt. Soweit § 5 Abs. 2 Abrechnungsprüfvereinbarung bestimme, zu den Einzelheiten der Umsetzung und Abwicklung werde auf die Gesamtverträge (und damit auch auf die 12-monatige Antragsfrist in § 13 Abs. 1 S. 2 GesamtV-Ärzte/EK) verwiesen, führe dies zu keiner anderen Betrachtung, denn für die Regelung in § 13 Abs. 1 S. 2 GesamtV-Ärzte/EK gebe es keine Rechtsgrundlage. Die Vorschrift habe vor dem 01.01.2004 auf der Generalermächtigung des § 83 Abs. 2 SGB V beruht. Danach waren in den Gesamtverträgen auch Verfahren zu vereinbaren, die die Prüfung der Abrechnungen auf Rechtmäßigkeit durch Plausibilitätskontrollen der kassenärztlichen Vereinigungen, insbesondere auf der Grundlage von Stichproben ermöglichten. Durch die Streichung des Abs. 2 im Rahmen des Gesetzes zur Modernisierung der gesetzlichen Krankenkassen (GMG; BGBl I S. 2190) sei die Generalermächtigung des § 83 Abs. 2 SGB V entfallen mit der Folge, dass die Antragsfristen in § 13 Abs. 1 S. 2 GesamtV-Ärzte/EK nicht mehr Regelungsgegenstand im Gesamtvertrag sein könnten. Die Verweisung in § 5 der Abrechnungsprüfvereinbarung gehe damit ins Leere. Wie das BSG (Urteil vom 23.03.2016, - B 6 KA 8/15 R -) ausgeführt hätte, habe der Gesetzgeber mit der Normierung des § 106a SGB V und dessen Ergänzung durch untergesetzliche Normen auf der Grundlage von § 106a Abs. 5 und 6 SGB V ein Regelungsgefüge statuiert, das im Rahmen seines Anwendungsbereichs Ausschließlichkeit beanspruche und für konkurrierende bundesmantelvertragliche Vorschriften grundsätzlich keinen Raum lasse. Deshalb seien etwaige auf der bisherigen Generalermächtigung des § 83 Abs. 2 SGB V beruhende Regelungen zu transformieren. Dabei bedeute Transformation im konkreten Fall, dass bereits in anderen untergesetzlichen Regelungen enthaltene Vorschriften, für die die Rechtsgrundlage entfallen sei, in neue Regelwerke, basierend auf der neuen Ermächtigungsgrundlage des § 106a Abs. 5, Abs. 6 SGB V, überführt würden. Nach Auffassung des Gerichts stelle eine bloße Verweisung in § 5 Abrechnungsprüfvereinbarung auf die Regelung über die Abrechnungsfristen im Gesamtvertrag nach § 13 Abs. 1 S. 2, für die die Rechtsgrundlage fehle, keine Transformation im oben beschriebenen Sinne dar. Auch sei nicht von einer Fortgeltung der bisherigen Regelung bis zu einer solchen Transformation auszugehen. Denn die erweiterten Zuständigkeiten bei sachlich-rechnerischen Richtigstellungen durch Aufgabenzuweisung an die Krankenkassen in § 106a Abs. 3 SGB V stellten solche erheblichen Abweichungen von der bisherigen Rechtslage dar, dass sich eine solche Fortgeltung zumindest für den Fall des § 106a Abs. 3 SGB V verbiete.

Doch selbst bei Annahme einer geltenden Antragsfrist sei diese - wie schon im Zusammenhang mit Wirtschaftlichkeitsprüfungen - auch bei sachlich-rechnerischer Abrechnungsprüfung als bloße Ordnungsfrist und nicht als Ausschlussfrist anzusehen (vgl. BSG, Urteil vom 23.03.2016, - B 6 KA 14/16 R -; BSG, Urteil vom 29.06.2011, - B 6 KA 16/10 -). Die Befürchtung, dass wegen der kurzen Zeit bis zum Ablauf der vierjährigen Ausschlussfrist Richtigstellungsanträge nicht mehr sachgerecht bearbeitet werden könnten, teile die Kammer nicht. Denn die Beklagte besitze kein eigenes materielles Prüfungsrecht (vgl. BSG, Urteil vom 23.03.2016, - B 6 KA 8/15 R -), sondern sei auf die Prüfung beschränkt, ob der Umsetzung der Prüfergebnisse Begrenzungen der Richtigstellungsbefugnis (z.B. Ausschlussfristen, Vertrauensschutzgesichtspunkte) entgegenstünden. Sie sei an das Ergebnis der Prüfung durch die Krankenkasse gebunden, so dass sie im Wesentlichen nur die Prüfungsergebnisse der Klägerin umsetzen müsse. Für die Einordnung der Antragsfrist als Ordnungsfrist spreche auch, dass die Krankenkassen ansonsten schlechter gestellt würden als die KVen, die die vierjährige Ausschlussfrist voll ausschöpfen könnten. Mit einer Antragsfrist als Ausschlussfrist würde den Krankenkassen verwehrt, ihren Aufgaben nach § 106a Abs. 3 SGB V nachzukommen und ihre Rechte daraus geltend zu machen, was mit dem Willen des Gesetzgebers, die Krankenkassen neben den K(Z)Ven gleichberechtigt an der Kontrolle des Abrechnungsverhaltens des Vertragsarztes teilhaben zu lassen, nicht zu vereinbaren wäre. Aus einer möglicherweise bestehenden jahrelangen anderen Verwaltungsübung könne die Beklagte keine Rechte herleiten. Auch ein Verstoß gegen das Unverzüglichkeitsgebot gem. § 106a Abs. 3 S. 2 SGB V liege nicht vor. Dieses besage nur, dass unverzüglich über die Durchführung der Prüfungen und deren Ergebnisse zu unterrichten ist, nicht jedoch, dass Antragsfristen zu beachten seien.

Auch die Bagatellgrenze des § 13 Abs. 2 GesamtV-Ärzte/EK sei nicht anwendbar. Zum einen gelte auch hier, dass die Generalermächtigung des § 83 Abs. 2 SGB V mit dem GMG vom 14.11.2003 gestrichen wurde, so dass bereits fraglich sei, ob für die gesamtvertragliche Regelung in § 13 Abs. 2 eine Rechtsgrundlage bestehe. Die in diesem Zusammenhang von der Beklagten vertretene Auffassung, die Bagatellregelung in § 13 GesamtV-Ärzte/EK gelte bis zu einer entsprechenden Transformation fort, werde nicht geteilt. Denn die erweiterten Zuständigkeiten bei sachlich-rechnerischen Richtigstellungen durch Aufgabenzuweisung an die Krankenkassen in § 106a Abs. 3 SGB V stellten solche erheblichen Abweichungen von der bisherigen Rechtslage dar, dass sich eine Geltung der Bagatellgrenze für den Fall des § 106a Abs. 3 SGB V verbiete, ohne dass und bis eine Transformation in eine spezielle Regelung stattgefunden habe. Auch sei Ziff. 3 (c) der Anlage 1 zur Vereinbarung nach § 106a Abs. 5 SGB V nicht anwendbar. Danach könne bei einer festgestellten Gesamtschadenshöhe von bis zu 500.- EUR je Quartal auf eine Rückforderung aus verwaltungsökonomischen Gründen verzichtet und das Prüfverfahren eingestellt werden. Dies gelte aber nur für Plausibilitätsprüfungen. Letztendlich könne auch über die salvatorische Klausel in § 20 S. 2 der Vereinbarung zur Abrechnungsprüfung nach § 106a Abs. 5 SGB V eine Bagatellregelung nicht zur Anwendung gelangen. Denn auch damit könne keine Regelung, die einer Rechtsgrundlage - wie § 13 Abs. 2 GesamtV-Ärzte/EK - entbehre, zur Anwendung kommen.

Hiergegen wandte sich die Beklagte mit ihrer Berufung vom 11.01.2019 zum Bayerischen Landessozialgericht. Die Beklagte wiederholt zunächst ihren Vortrag zur Frage der Statthaftigkeit eines gesamtvertragsunabhängigen Widerspruchsverfahrens. Im Gegensatz zur Entscheidung des BSG vom 10.05.2017, Az.: B 6 KA 9/16 R, sei vorliegend gesamtvertraglich kein Widerspruchsverfahren vereinbart. Zudem überzeuge der gerichtlich gezogene Erstrechtschluss von der dem vorgenannten BSG-Urteil zugrunde liegenden Situation eines Prüfantrages nach § 106d Abs. 4 SGB V auf die hier vorliegende Konstellation originärer Kassenprüfung im Sinne des § 106a Abs. 3 Nr. 1 SGB V nicht. Denn gerade in dieser Konstellation sei zulässiges Ziel der Kassenklage lediglich die Verpflichtung der KV zum Erlass des mit der Prüfmitteilung angestrebten Richtigstellungsbescheides, der danach ohnehin zunächst noch in einem Widerspruchsverfahren des dadurch belasteten Vertragsarztes geprüft würde bzw. werden könne. Die Durchführung des Verfahrens gegenüber dem Vertragsarzt sei den Anträgen der Krankenkassen daher stets nachgelagert. Die Gefahr einer "erheblichen Verwerfung", die das Erstgericht mit dem BSG bei Anwendung des § 78 Abs.2 Nr. 3 SGG befürchte, sei - selbst bei einem nur teilweise entsprochen Berichtigungsantrag - hinsichtlich der streitgegenständlichen Verfahrensvorschriften zur Antragsfrist, zum Beanstandungsverfahren sowie zur Geringfügigkeitsgrenze daher auch nicht erkennbar. § 13 Abs. 4 GesamtV-Ärzte/EK könne auch als ein der abschließenden Ausgangsentscheidung vorgelagertes Amtsermittlungsverfahren verstanden werden, ohne dass hierin ein Eingriff in die Regelungen des Verwaltungsverfahrens durch das SGB X

oder eine Verletzung der Wortlautgrenze des § 78 läge, der lediglich die Entbehrlichkeit ("bedarf es nicht"), aber weder die Notwendigkeit noch den Ausschluss eines Vorverfahrens in vorliegender Konstellation des § 78 Abs. 1 Satz 2 Nr. 3 SGG regle. Das Beanstandungsverfahren sei hier auch durchgeführt worden unter einvernehmlichem Verzicht auf ein Einigungsgespräch. Soweit in § 13 Abs. 4 Satz 5 die Einholung einer Stellungnahme der Arbeitsgemeinschaft nach § 50 EK (aF) verlangt werde, sei dies objektiv unmöglich. Denn aufgrund des zum 01.10.2013 in Kraft getretenen BMV-Ä sei die zuvor in § 50 vorgesehene Arbeitsgemeinschaft Ärzte/Krankenkassen durch einen Vertragsausschuss abgelöst worden, dem nunmehr andere Aufgaben zukämen, insbesondere dürfe er nur noch Beschlüsse der Vertragspartner vorbereiten, § 63 Abs. 2 BMV-Ä nF, diese aber nicht mehr verbindlich auslegen oder entscheiden.

Ergänzend wird ausgeführt, auch aus den zitierten Urteilen des BSG vom 10.05.2017, Az.: B 6 KA 9/16 und B 6 KA 15/16 R sowie dem Urteil vom 23.03.2016, Az.: B 6 KA 8/15 R lasse sich nicht eindeutig entnehmen, dass das BSG bei Prüfanträgen der Krankenkasse im Rahmen der sachlich-rechnerischen Richtigstellung grundsätzlich ein Vorverfahren im Sinne des § 78 Abs. 1 Satz 1 SGG für notwendig erachte. Die entsprechende Herleitung im Urteil des SG seien methodisch nicht nachvollziehbar. Deshalb sei nach diesseitiger Auffassung Rechtsgrund für die Durchführung des (widerspruchsähnlichen) Vorverfahrens die gesamtvertragliche Regelung des § 13 Abs. 4 GesamtV-Ärzte/EK, während die Berechtigung der Gesamtvertragsparteien, das Prüfverfahren auszugestalten, ihrerseits aus dem höherrangigen Recht hergeleitet werde.

Hinsichtlich der Antragsfrist des § 13 Abs.1 GesamtV-Ärzte/EK und insbesondere zur Fortgeltung der gesamtvertraglich vereinbarten Geringfügigkeitsgrenze von 15,- EUR nach § 13 Abs. 2 Gesamtvertrag-Ärzte/EK wurde im Wesentlichen auf den bisherigen Vortrag verwiesen. Zur Bagatellgrenze ergänzte die Beklagte, dass zwischenzeitlich eine Transformation in die spezialgesetzlichen Normwerke erfolgt sei (§ 18 Abs. 4 Nr. 1 der Abrechnungsprüfungsrichtlinien).

Die Beklagte stellt den Antrag,
das Urteil des Sozialgerichts München vom 02.10.2018, Az.: S 38 KA 301/16, aufzuheben und die Klage abzuweisen.

Die Klägerin beantragt,
die Berufung zurückzuweisen.

Die Klägerin hält das Urteil des SG für zutreffend. Ergänzend verweist sie zur Notwendigkeit eines Widerspruchsverfahrens auf das Urteil des BSG vom 10.05.2017 (B 6 KA 9/16 R), in dem das BSG im Zusammenhang mit § 78 Abs.1 Satz 2 Nr. 3 SGG im Rahmen eines Antrags- und Genehmigungsverfahrens für Zahnersatz im vertragszahnärztlichen Abrechnungsbereich hervorgehoben habe, dass nichts Anderes für die sachlich-rechnerische Berichtigung einer vertragszahnärztlichen Abrechnung gelte. Dieses müsse nach Auffassung der Klägerin auch für vertragsärztliche Abrechnungen gelten. Die Entscheidung des BSG, wonach der Durchführung eines Vorverfahrens für alle Beteiligten der Vorzug zu geben sei, sei zu befürworten, da dies den Grundsatz von § 78 Abs. 1 SGG darstelle. Es erscheine verhältnismäßiger, den Ausnahmetatbestand der Norm einzuschränken als den Grundsatz der Norm zu beschneiden, indem dem Vertragszahnarzt das Recht zur Durchführung eines Vorverfahrens entzogen werde.

§ 13 Abs. 4 GesamtV-Ärzte/EK finde keine Anwendung. Hierzu wiederholte die Klägerin die Ausführungen des BSG im Urteil vom 23.03.2016, Az.: B 6 KA 8/15 R, nach dem die Abrechnungsprüfung seit 2004 in § 106d SGB V n. F. und seinen untergesetzlichen Regelungen abschließend geregelt sei. Regelungen zu Inhalt und Durchführung seien gemäß § 106d Abs. 6 SGB V den von KBV und Spitzenverband der Krankenkassen zu erlassenen Richtlinien sowie gemäß § 106d Abs. 5 SGB V den gemeinsam und einheitlich zu vereinbarenden Prüfvereinbarungen vorbehalten. Außerhalb dieses Regelwerks bestünden keine die Abrechnungsprüfung betreffenden Normsetzungskompetenzen der Vertragspartner auf Bundes -oder Landesebene. Die Klägerin betonte, der Gesamtvertrag stelle keinen gemeinsam und einheitlich verhandelten Vertrag zwischen der Beklagten und den Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen dar, sondern sei allein mit den Ersatzkassen abgeschlossen.

Zur weiteren Darstellung des Sachverhalts wird auf die beigezogene Verwaltungsakte der Klägerin sowie die Verfahrensakten beider Instanzen mit den Aktenzeichen S 38 KA 301/16 und L 12 KA 1/19 Bezug genommen.

Entscheidungsgründe:

Die zulässige Berufung ist nicht begründet.

Das SG hat den Bescheid der Beklagten vom 12.03.204 in der Fassung des Widerspruchsbescheids vom 03.02.2016 zu Recht aufgehoben und die Beklagte zur neuen Entscheidung über das Korrekturbegehren der Klägerin auf sachlich-rechnerische Richtigstellung wegen fehlender Leistungspflicht verpflichtet.

A) Der Senat entscheidet wie schon das SG in der sich aus § 40 Satz 1, § 33 Abs. 1 Satz 2 und § 12 Abs. 3 Satz 1 SGG ergebenden Besetzung mit je einem ehrenamtlichen Richter aus den Kreisen der Vertragsärzte und der Krankenkassen. Streitgegenstand ist hier der auf § 106a Abs. 3 SGB V beruhende Anspruch der Krankenkasse, dass die beklagte KÄV das Korrekturbegehren der Klägerin umsetzt und damit für die Korrektheit der Abrechnungen der Vertragsärzte sorgt. Der auf der Anspruchsgrundlage des § 106a Abs. 3 SGB V (aF) basierende Streit wurzelt in den Rechtsbeziehungen zwischen einer Krankenkasse und der KÄV, mithin dem Vertragsarztrecht im Sinne von § 10 Abs. 2 Satz 1 SGG, was zur Folge hat, dass an dem Rechtsstreit zwei ehrenamtliche Richter je aus den Kreisen der Vertragsärzte und der Krankenkasse mitwirken müssen (vgl. auch Urteil des BSG vom 11.02.2015, - B 6 KA 15/94 R).

B) Die Klage ist zulässig. Insbesondere ist die einmonatige Klagefrist nach § 87 Abs. 1 SGG gewahrt. Dies hat das SG mit zutreffender Begründung ausgeführt.

a) Die Klägerin hat gegen den Ausgangsbescheid vom 12.03.2014 zutreffend Widerspruch eingelegt und nicht unmittelbar Klage erhoben, sodass für die Einhaltung der Klagefrist das Datum der Bekanntgabe des Widerspruchsbescheides und nicht das Datum der Bekanntgabe des Ausgangsbescheides maßgeblich war (BSG Urteil vom 29.01.1976 - 10 RV 171/75 - SozR 1500 § 81 Nr. 1; BSG Urteil vom 20.10.1977 - 12 RK 18/76 - SozR 1500 § 92 Nr 3; BSG Urteil vom 23.6.1994 - 4 RK 3/93 - SozR 3-1500 § 87 Nr 1). Die Regelung des § 78 Abs. 1 Satz 2 Nr. 3

SGG, nach der es eines Widerspruchsverfahrens nicht bedarf, wenn ein Land, ein Versicherungsträger oder einer seiner Verbände klagen will, greift hier entgegen der Auffassung der Beklagten nicht ein. Insbesondere war die Beklagte befugt, gegenüber der Klägerin durch Verwaltungsakt zu entscheiden. Es entspricht langjähriger Rechtsprechung des Bundessozialgerichts, dass Kassen(zahn)ärztliche Vereinigungen trotz des prinzipiellen Gleichordnungsverhältnisses zu den Kassen bei der Durchführung von Schadensregressen sowie sachlich-rechnerischen Abrechnungsberichtigungen einer antragstellenden Kasse gegenüber durch Verwaltungsakt entscheiden. Zur Begründung verweist das BSG darauf, dass die K(Z)ÄV nach den bundesmantelvertraglichen Regelungen die allgemeine Vertragsinstanz ist, der (auch) die Feststellung obliegt, ob Vertrags(zahn)ärzte ihre vertrags(zahn)ärztlichen Pflichten verletzt und dadurch der betroffenen Krankenkasse des Versicherten einen Schaden verursacht haben (BSG SozR 3-5555 § 12 Nr 1 S 3; BSG SozR 3-5555 § 12 Nr 2 S 8; BSG SozR 3-5555 § 12 Nr 3 S 13, jeweils im Hinblick auf die Befugnis der KZÄV, Schadensersatzansprüche einer Vertragskasse gegen den Vertragszahnarzt wegen Verletzung von Pflichten aus dem Ersatzkassenvertrag-Zahnärzte (EKVZ) durch Verwaltungsakt geltend zu machen; für sachlich-rechnerische Berichtigungen BSG SozR 4-5555 § 21 Nr 2 RdNr 16 ff).

Dies gilt auch für den Fall der Prüfung nach § 106a Abs. 3 SGB V. Hier steht zwar der KÄV keine umfassende Honorarprüfungs- und Berichtigungskompetenz zu wie bei Berichtigungsanträgen nach § 106a Abs. 4 SGB V. Die KÄV hat insoweit keine Entscheidungskompetenz. Allerdings obliegt ihr weiterhin die verwaltungsmäßige Umsetzung. Hierbei ist sie auf die Prüfung beschränkt, ob der Umsetzung des Prüfungsergebnisses der Krankenkasse gegenüber dem Vertragsarzt Begrenzungen der Richtigstellungsbefugnis entgegenstehen, wie etwa eine Versäumung der vierjährigen Ausschlussfrist oder (andere) Vertrauensschutzgesichtspunkte (siehe hierzu BSG SozR 4-2500 § 106a Nr 13 RdNr 14). Ist dies nicht der Fall, erlässt die KÄV 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 (BSG, Urteil vom 23.03.2016, Az.: B 6 KA 8/15 R, Juris, Rn 27). Hieraus ist im Umkehrschluss eine Entscheidung der KÄV gegenüber der KK hinsichtlich der Ablehnung des Korrekturbegehrens ebenfalls im Wege des Verwaltungsaktes - nur eben nicht nur deklaratorisch - zu treffen mit der Konsequenz der Durchführung eines Widerspruchsverfahrens.

Nicht gefolgt wird daher der Auffassung der Beklagten, aufgrund der gesamtvertraglichen Regelung des § 13 Abs. 4 GesamtV-Ärzte/EK sei eine Entscheidung gegenüber der Klägerin durch Verwaltungsakt mit anschließendem Widerspruchsverfahren ausgeschlossen, da im Gesamtvertrag allein die Möglichkeit eines Beanstandungsrechts binnen eines Monats geregelt sei. Unabhängig davon, ob die Regelungen des § 13 EKV überhaupt noch Anwendung finden, unterscheidet § 13 GesamtV-Ärzte/EK schon nicht zwischen den sachlich-rechnerischen Richtigstellungen nach den Abs. 2 bis 4 des § 106a SGB V. Hinsichtlich der Prüfung nach § 106 Abs. 2 und 4 SGB 5 hat sich das BSG aber - wie oben dargelegt - schon klar positioniert. Gleiches gilt für das Korrekturbegehren nach § 106a Abs. 3 SGB V, denn sachliche Gründe für eine andere Behandlung als im Zusammenhang mit einer Prüfung nach § 106a Abs. 2 oder 4 SGB V liegen nicht vor.

b) Die Beklagte ist verpflichtet, erneut über das Begehren der Klägerin, die von ihr beanstandeten Abrechnungen hinsichtlich der Mehrfachabrechnung der Ziffer 01740 EBM 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 "unzulässige Mehrfachabrechnung von Beratung zur Krebsfrüherkennung" um eine in die Prüfkompetenz der Krankenkasse nach § 106a Abs. 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.

aa) Zur Abrechnungsprüfung nach § 106a Abs. 3 SGB V hat sich das BSG ausführlich mit Urteil vom 23.03.2016, Az.: B 6 KA 8/15 R, geäußert und wie folgt ausgeführt:

"aa. Die Abrechnungsprüfung nach § 106a Abs. 3 SGB V ist mit Wirkung ab dem 1.1.2004 als eigenständige Aufgabe der Krankenkasse neben die der KÄV nach § 106a Abs 2 SGB V obliegende Abrechnungsprüfung getreten. Gemäß § 106a Abs 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 aaO), der Plausibilität von Art und Umfang der abgerechneten Leistungen in Bezug auf die angegebene Diagnose (Nr 2 aaO) sowie der Plausibilität der Zahl der in Anspruch genommenen Ärzte (Nr 3 aaO); gemäß § 106a Abs 3 Satz 2 SGB V haben sie die KÄVen unverzüglich über die Durchführung der Prüfungen und deren Ergebnisse zu unterrichten. Durch § 106a Abs 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).
...
bb. Gegenstand der von den Krankenkassen durchzuführenden Abrechnungsprüfung nach § 106a Abs 3 SGB V ist - unter anderem - die Prüfung der Abrechnungen hinsichtlich des Bestehens und des Umfangs ihrer Leistungspflicht (§ 106a Abs 3 Satz 1 Nr 1 SGB V):
...
(2) Ebenfalls Gegenstand der den Krankenkassen nach § 106a Abs 3 Satz 1 Nr 1 SGB V übertragenen Abrechnungsprüfung ist die Prüfung der Abrechnungen hinsichtlich des Umfangs ihrer Leistungspflicht. Dies präzisiert § 16 Abs 2 Nr 3 der PrüfRL § 106a dahingehend, dass die Prüfungen nach § 106a Abs 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."

Dies bildet den Gegenstand der von der Klägerin in Bezug auf die streitgegenständlichen Leistungen zur Krebsfrüherkennung nach Ziffer 01740 EBM-Ä durchgeführten Prüfung, bei der sie festgestellt hat, dass die Leistungen entgegen der Vorgabe in der Leistungsziffer nicht nur einmal nach Vollendung des 55. Lebensjahres des Versicherten, sondern mehrmals abgerechnet wurden.

Zwar stellt die mehrfache Abrechnung einer nur einmalig abrechenbaren Leistung zugleich auch einen klassischen Fall einer sachlich fehlerhaften Abrechnung iS des § 106a Abs. 2 SGB V dar. Daher ist eine K(Z)ÄV grundsätzlich nicht gehindert, entsprechende Abrechnungen von sich aus sachlich richtigzustellen. Macht allerdings eine Krankenkasse von der ihr durch § 106a Abs. 3 Satz 1 Nr. 3 SGB V iVm § 16 Abs. 2 Nr. 3 PrüfRL § 106a zugewiesenen Kompetenz Gebrauch, muss die K(Z)ÄV die sich hieraus ergebenden Beschränkungen ihrer Prüfkompetenz beachten (BSG, Urteil vom 23.03.2016, Az.: B 6 KA 8/15 R., Juris, Rn. 22)

bb) Dem Korrekturbegehren der Klägerin auf sachlich-rechnerische Richtigstellung (und der hieraus erfolgenden Erstattung) stehen auch weder eine Antragsfrist (hierzu unter (1.)) noch eine Bagatellgrenze (hierzu unter (2.)) entgegen.

(1.) Die Klägerin hat den Antrag auf sachlich-rechnerische Richtigstellung fristgerecht gestellt. Soweit in Umsetzung von § 45 Abs. 4 Satz 2 BMV-Ä auf gesamtvertraglicher Ebene eine Antragsgrenze in § 13 Abs. 1 Satz 2 GesamtV-Ärzte/EK vereinbart war, ist, basiert diese auf der Generalermächtigung des § 83 SGB Abs. 1 SGB V. Danach waren in der Vergangenheit auf Bundes- wie auch auf Landesebene die Vertragspartner berechtigt, das Nähere zu den Abrechnungsprüfungen zu normieren. Eine derartige Regelungskompetenz ist den Vertragspartnern aber nunmehr durch § 106a Abs. 5 und 6 SGB V spezialgesetzlich zugewiesen worden. Faktisch hat sich damit allein die Benennung des Regelwerks, in dem die Regelungen enthalten sind, geändert (BSG, Urteil vom 23.03.2016, B 6 KA 8/15 R, Juris, Rn. 46). Nach der Rechtsprechung des BSG (aaO, Rn 47) hat diese spezialgesetzliche Ausformung zur Folge, dass die auf der bisherigen Generalermächtigung beruhenden Regelungen in die spezialgesetzlich vorgesehenen Normwerke zu transformieren sind. Es spreche viel dafür, dass § 106a SGB V zusammen mit den nach seinen Absätzen 5 und 6 zu treffenden Regelungen ein in sich geschlossenes Regelwerk darstellt, außerhalb dessen grundsätzlich keine die Abrechnungsprüfungen betreffenden Normsetzungskompetenzen der Vertragspartner auf Bundes- oder Landesebene bestehen (im Sinne eines Wegfalls der Regelungskompetenz nach Inkrafttreten des § 106a SGB V: SG Mainz Urteil vom 30.7.2014 - S 16 KA 100/13 -). Dafür, alle den Inhalt und die Durchführung der Abrechnungsprüfungen betreffenden Regelungen in dem durch § 106a Abs. 5 und 6 SGB V vorgesehenen Normwerk zu treffen, spricht nicht zuletzt der Gesichtspunkt, dass jedenfalls das Zustandekommen der bundeseinheitlichen PrüfRL § 106a eigenen Regeln unterliegt, weil insoweit - anders als beim BMV-Ä - besondere Einwirkungsmöglichkeiten des Bundesministeriums für Gesundheit bestehen (siehe § 106a Abs. 6 Satz 2 bis 4 SGB V). Dementsprechend wäre auch die Ermächtigungsnorm in § 51 Satz 2 BMV-Ä seit Inkrafttreten des § 106a SGB V so zu lesen, dass entsprechende Regelungen der Gesamtvertragspartner nicht im Gesamtvertrag, sondern in der - von denselben Vertragspartnern - nach § 106a Abs. 5 SGB V zu schließenden Prüfvereinbarung zu treffen sind.

Eine Umsetzung der Antragsfristen in die Abrechnungsprüfungsrichtlinien gem. § 106d Abs. 6 SGB V ist aber in deren § 18 Abs. 4 Nr. 8 erst mit Wirkung zum 11.05.2019 erfolgt.

Zudem handelt es sich sowohl bei der Antragsfrist nach § 13 Abs. 1 GesamtV-Ärzte/EK als auch bei § 18 Abs. 4 Nr. 8 Abrechnungsprüfungs-Richtlinie um eine Ordnungsfrist und nicht um eine Ausschlussfrist. Dies hat das SG mit zutreffender Begründung und im Einklang mit der Rechtsprechung des BSG ausgeführt. Das BSG hat Antragsfristen im nicht antragsgebundenen Verfahren nach § 106 Abs. 2 SGB V, insbesondere solchen, die als Ausschlussfristen zu verstehen seien, eine klare Absage erteilt (BSG, Urteil vom 23.03.2016, B 6 KA 14/15 R, Juris, Rn. 18) und dies auch für das antragsabhängige Prüfverfahren nach § 106a Abs. 4 SGB V bestätigt. Nichts Anderes gilt für Prüfungen nach § 106a Abs. 3 SGB V. Angesichts der ohnehin bestehenden Prüfverpflichtung der K(Z)ÄV kann sich - wie hier - ein Anlass für die Stellung eines Antrags daraus ergeben, dass die Krankenkasse über Erkenntnisse verfügt, die Anlass für eine Prüfung geben und der K(Z)ÄV nicht vorliegen. Ebenso wie bei antragsgebundenen Prüfungen nach § 106a Abs. 4 SGB V wäre es nicht gesetzeskonform, wenn eine von Amts wegen zur Prüfung verpflichtete Körperschaft im Zusammenhang auch mit § 106a Abs. 3 SGB V bestehende Antrags- und (ggf.) Ausschlussfristen zum Anlass nähme, den Umfang der von Amts wegen durchgeführten Prüfungen zurückzufahren und "die Initiative" der antragsberechtigten Gegenseite zu überlassen (zur entgegenstehenden Auffassung von Clemens in jurisPK-SGB V, § 106a Rn. 48 unter Hinweis auf BSG SozR 4-2500 § 106a Nr 13 RdNr 18 - verweist das BSG darauf, dass an der zitierten Stelle der Senat jedoch lediglich den Ablauf des damals zu beurteilenden Verfahrens beschreibt, ohne auf die Notwendigkeit eines Prüfantrags einzugehen und sich zu den Folgen einer etwaigen Versäumung der Antragsfrist zu äußern). Ein Verstreichen vertraglich vereinbarter Antragsfristen kann daher kein Hindernis für eine Sachentscheidung sein. Es ist im Übrigen nicht erkennbar, dass der Gesetzgeber der Abrechnungsprüfung nach § 106a SGB V einen geringeren Stellenwert beimessen will als der Wirtschaftlichkeitsprüfung nach § 106a SGB V, denn es war ausdrückliches Ziel der Kodifizierung, Effektivität und Effizienz der Verfahren der Abrechnungsprüfung durch die K(Z)ÄVen zu verbessern (Begründung zum GMG, BT-Drucks 15/1525 S 119 zu § 106a SGB V, vgl. BSG, Urteil vom 23.03.2016, B 6 KA 14/15 R, Rn. 20.).

Für die Qualifizierung der Antragsfrist als Ordnungsfrist spricht auch die Protokollnotiz zu §§ 18 Abs. 4 Nr. 8 und 19 Abs. 1 Nr. 6 der neuen Abrechnungsprüfungs-Richtlinien nach § 106d Abs. 6 SGB V. Dort wird ausgeführt, die Partner der Abrechnungsprüfungs-Richtlinien seien sich einig, dass die Fristenregelungen dazu dienen, der kassenärztlichen Vereinigung eine Bearbeitung innerhalb der zweijährigen Ausschlussfrist nach § 106d Abs. 5 Satz 3 SGB V zu ermöglichen. Die Nichteinhaltung der Frist dürfe nicht zu einem automatischen Ausschluss der Annahme der Lieferung führen. Die Partner der Abrechnungsprüfungs-Richtlinien gingen davon aus, dass eine Fristüberschreitung bei der Datenübermittlung durch die Krankenkassen nicht der Regelfall und deshalb der Ausnahmefall zu begründen sei.

(2) Der sachlich-rechnerischen Richtigstellung stehen auch keine Bagatellgrenzen entgegen.

Dass das BSG Bagatellgrenzen grundsätzlich für zulässig hält, hat es im Urteil vom 23.03.2016, B 6 KA 8/15 R, Juris, Rn 43 ff ausführlich dargestellt:

"Gegen die vertragliche Normierung einer Bagatellgrenze bestehen keine grundsätzlichen Bedenken. Die Auffassung der Klägerin, § 106a SGB V ordne eine ausnahmslose Korrektur von Abrechnungsfehlern an, überzeugt nicht. Derartiges lässt sich den maßgeblichen Bestimmungen nicht entnehmen. Nach der gesetzlichen Konzeption werden die Vorgaben des § 106a SGB V zum einen durch die gemäß § 106a Abs 6 Satz 1 SGB V auf Bundesebene zu vereinbarenden Richtlinien, zum anderen durch die nach § 106a Abs 5 SGB V auf regionaler Ebene zu vereinbarenden Prüfvereinbarungen ergänzt und vervollständigt: Gemäß § 106a Abs 5 Satz 1 SGB V haben die KÄVen und die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen gemeinsam und einheitlich Inhalt und Durchführung der Prüfungen nach § 106a Abs 2 bis 4 SGB V zu vereinbaren; gemäß § 106a Abs 6 Satz 1 1. Halbsatz SGB V vereinbaren die KÄBVen und der Spitzenverband Bund der Krankenkassen Richtlinien zum Inhalt und zur Durchführung der Prüfungen nach § 106a Abs 2 und 3 SGB V.

Gegenstand beider untergesetzlicher Normwerke ist der "Inhalt" und die "Durchführung" der Prüfungen. Der Senat hat keine Bedenken dagegen, hiervon auch die Bestimmung von Bagatell- bzw Geringfügigkeitsgrenzen mitumfasst zu sehen. Im Übrigen ist die Normierung von Bagatellgrenzen der Rechtsordnung keineswegs fremd. So sieht § 110 Satz 2 SGB X ("Pauschalierung") eine - vorliegend allerdings nicht einschlägige (siehe hierzu BSG Urteil vom 25.10.1989 - 6 RKa 20/88 - USK 89131) - Bagatellgrenze vor, indem dort bestimmt wird, dass Leistungsträger untereinander keine Erstattung begehren können, wenn ein Erstattungsanspruch im Einzelfall voraussichtlich weniger als 50 Euro beträgt.

Auch kompetenziell ergeben sich grundsätzlich keine Bedenken gegen eine Normierung von Bagatellgrenzen durch die Partner der gemeinsamen Selbstverwaltung auf Bundes- bzw Landesebene. Die Vertragspartner auf Bundesebene wie auch auf regionaler Ebene waren in der Vergangenheit aufgrund der ihnen erteilten Generalermächtigungen (§ 82 Abs 1 Satz 1, § 83 Satz 1 SGB V) berechtigt, das Nähere zu den Abrechnungsprüfungen zu normieren. Eine derartige Regelungskompetenz ist ihnen nunmehr durch § 106a Abs 5 und 6 SGB V spezialgesetzlich zugewiesen worden. Faktisch hat sich damit allein die Benennung des Regelwerks, in dem die Regelungen enthalten sind, geändert."

Allerdings fehlt es vorliegend ebenso wie bei den Antragsfristen an der erforderlichen Transformation des § 13 GesamtV-Ärzte/EK in das neue Normengefüge. Erklärtes Anliegen des Gesetzgebers war es, Vereinbarungen über die Abrechnungsprüfungen, einschließlich der Plausibilitätsprüfungen, nach bundesweit abgestimmten Kriterien durchzuführen und insoweit auch eine Gleichbehandlung aller Vertragsärzte zu gewährleisten (Gesetzentwurf der Fraktionen zum GMG, BT-Drucks 15/1525, S. 119). Vorliegend wären sowohl die Bagatellgrenze als auch die Antragsfristen aus dem BayGesamtvertrag-Ärzte/EK und insoweit das vom Gesetzgeber missbilligte Nebeneinander verschiedener kassenartspezifischer Normen nicht für die streitgegenständlichen Prüfquartale ausgeräumt gewesen. Eine Umsetzung ist für die Bagatellgrenze ebenfalls erst durch die Neufassung der Abrechnungsprüfungsrichtlinie zum 11.05.2019 erfolgt, hier in § 18 Abs. 4 Satz 1.

Die Bagatellgrenze des § 13 Abs. 2 des GesamtV-Ärzte/EK findet mangels Transformation damit ebenfalls keine Anwendung.

Die Berufung war deshalb zurückzuweisen.

Die Kostenentscheidung stützt sich auf § 197a SGG i.V.m. § 154 Abs. 2 VwGO.

Gründe für die Zulassung der Revision sind nicht erkennbar (§ 160 Abs. 2 Nrn. 1 und 2 SGG).
Rechtskraft
Aus
Login
FSB
Saved
2020-07-24