B 6 KA 10/20 R

Land
Bundesrepublik Deutschland
Sozialgericht
Bundessozialgericht
Sachgebiet
Vertragsarztangelegenheiten
1. Instanz
SG für das Saarland (SAA)
Aktenzeichen
S 2 KA 8/16
Datum
29.05.2018
2. Instanz
LSG für das Saarland
Aktenzeichen
L 3 KA 2/18
Datum
24.06.2020
3. Instanz
Bundessozialgericht
Aktenzeichen
B 6 KA 10/20 R
Datum
26.05.2021
Kategorie
Urteil
Leitsätze

Die ambulante ärztliche Behandlung in Form von Sachleistungsaushilfe für Patienten, die in einem anderen EU-Staat krankenversichert sind, erfolgt im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung und unterliegt daher der Abrechnungsprüfung durch die Kassenärztlichen Vereinigungen und die Krankenkassen.

Die Revision der Beklagten gegen das Urteil des Landessozialgerichts für das Saarland vom 24. Juni 2020 wird zurückgewiesen.

Die Beklagte trägt auch die Kosten des Revisionsverfahrens.

G r ü n d e :

I

1

Die Beteiligten streiten um die sachlich-rechnerische Richtigstellung von Behandlungsfällen, die Abrechnungen auf der Grundlage der Verordnung Nr 883/2004 des Europäischen Parlaments und des Rates vom 29.4.2004 zur Koordinierung der Systeme der sozialen Sicherheit *(im Folgenden: VO <EG> 883/2004)* betreffen.

2

Mit Schreiben vom 10.6.2015 forderte die klagende Krankenkasse die beklagte Kassenärztliche Vereinigung (KÄV) zur Korrektur der Abrechnung vertragsärztlicher Leistungen für die Quartale 4/2012 bis 2/2014 zum Ausgleich von Kosten auf, die ihr dadurch entstanden seien, dass Leistungen für im Ausland versicherte Personen im Rahmen der VO (EG) 883/2004 bzw im Rahmen von bilateralen Sozialversicherungsabkommen (SVA) abgerechnet wurden, obwohl die betreffenden Patienten bei der Klägerin gesetzlich krankenversichert gewesen seien (von der Klägerin als "SVA IX"-Fälle bezeichnet). Zudem seien Fälle betroffen, in denen die erforderliche Dokumentation des Anspruchsnachweises - hier der europäischen Krankenversicherungskarte oder der provisorischen Ersatzbescheinigung - nicht erfolgt sei (von der Klägerin als "SVA I"-Fälle bezeichnet). Die Beklagte lehnte diesen Antrag mit der Begründung ab, dass die Klägerin eine Korrektur der Abrechnung von Leistungen sonstiger Kostenträger begehre. Diese sonstigen Kostenträger gehörten nicht zu den gesetzlichen Krankenkassen iS des § 4 SGB V. Dementsprechend könnte kein Antrag nach § 106a SGB V *(in der hier noch maßgeblichen Fassung des Gesetzes zur Modernisierung der gesetzlichen Krankenversicherung <GKV-Modernisierungsgesetz - GMG - vom 14.11.2003, BGBl I 2190> aF; nunmehr § 106d SGB V in der ab 1.1.2017 geltenden Fassung des GKV-Versorgungsstärkungsgesetzes vom 16.7.2015, BGBl I 1211)* auf sachlich-rechnerische Berichtigung gestellt werden *(Bescheid vom 3.9.2015, Widerspruchsbescheid vom 9.12.2015)*.

3

Hiergegen hat die Klägerin Klage erhoben und diese - zur Klärung der aufgeworfenen Rechtsfragen - auf siebzehn Behandlungsfälle (hiervon fünfzehn "SVA IX"-Fälle und zwei "SVA I"-Fälle) aus den Quartalen 4/2012, 3/2013, 4/2013 und 2/2014 beschränkt. Das SG hat die Beklagte verpflichtet, über den Antrag der Klägerin hinsichtlich der Fallgruppe der eigenen Versicherten ("SVA IX"-Fälle) auf der Grundlage von § 106a Abs 3 SGB V aF neu zu entscheiden und hinsichtlich der weiteren Fallgruppe des fehlenden Anspruchsnachweises ("SVA I"-Fälle) auf der Grundlage von § 106a Abs 2 und 4 SGB V aF eine gezielte Prüfung vorzunehmen *(Urteil vom 29.5.2018)*. Die Regelung des § 106a Abs 3 Satz 1 Nr 1 SGB V aF greife auch dann, wenn der Arzt einen falschen Kostenträger angegeben habe. Denn nach dieser Vorschrift hätten die gesetzlichen Krankenkassen die Abrechnungen hinsichtlich des Bestehens und des Umfangs ihrer Leistungspflicht zu prüfen. Hierzu gehöre auch die Klärung, ob der Versicherte, für den die Leistungen zu Lasten der Krankenkasse abgerechnet würden, dem Grunde nach einen Leistungsanspruch habe und zudem in welchem Umfang er diesen Leistungsanspruch habe. Hierunter falle die vorliegende Konstellation, in der die Klägerin zur Erstattung von extrabudgetären Leistungen herangezogen worden sei, aber selbst bereits eine Leistungspflicht aus einem regulären Krankenversicherungspflichtverhältnis festgestellt habe.

4

Die Auffassung der Beklagten, dass hier die vertragsärztliche Versorgung nicht betroffen sei und daher § 106a SGB V aF keine Anwendung finden könne, überzeuge nicht. Die einschlägigen Regelungen in § 106a Abs 1 SGB V aF, § 1 Bundesmantelvertrag Ärzte (BMV-Ä) und § 1 der Anlage 20 zum BMV-Ä beinhalteten gerade Regelungen zur "vertragsärztlichen Versorgung" bzw zur Tätigkeit eines "Vertragsarztes". Die Beklagte habe daher die streitgegenständlichen Abrechnungen im von der Klägerin geforderten Umfang sachlich-rechnerisch richtigzustellen. Auch hinsichtlich der Fälle, in denen es an der Dokumentation des Anspruchsnachweises mangele, habe die Klägerin einen Anspruch auf Prüfung und Neubescheidung ihres Antrags. Dies folge aus § 106a Abs 4 Satz 1 SGB V aF.

5

Das LSG hat die Berufung der Beklagten zurückgewiesen *(Urteil vom 24.6.2020)*. Nach § 106a Abs 2 und 3 SGB V aF erfolge eine Prüfung der "Abrechnungen der an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Ärzte und Einrichtungen". Die - hier zu beurteilende - Fallgruppe der Angabe eines falschen Kostenträgers sei mit Inkrafttreten des § 106a Abs 3 SGB V aF ohne Zweifel der sachlich-rechnerischen Richtigstellung zugeordnet. Die Anwendung von § 48 Abs 3 BMV-Ä - Feststellung eines sonstigen Schadens - sei daneben ausgeschlossen, weil der Gesetzgeber mit der Normierung des § 106a SGB V aF und dessen Ergänzung durch untergesetzliche Normen auf der Grundlage von § 106a Abs 5 und 6 SGB V aF ein Regelungsgefüge statuiert habe, welches für konkurrierende bundesmantelvertragliche Vorschriften grundsätzlich keinen Raum lasse. Dass es sich bei der Prüfung der von der Klägerin als "SVA IX" bzw "SVA I" bezeichneten Fallgestaltungen um Angelegenheiten handele, die dem Bereich der sachlich-rechnerischen Richtigstellung unterfielen, habe das SG bereits zutreffend dargelegt.

6

Die Beklagte rügt mit ihrer Revision eine Verletzung von § 106a SGB V aF. Zu Unrecht habe das LSG angenommen, dass diese Vorschrift auch in Behandlungsfällen mit Zuständigkeit von sogenannten sonstigen Kostenträgern anwendbar sei. Eine sachlich-rechnerische Richtigstellung finde nach § 106a SGB V aF vielmehr nur im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung statt. Die Fallgruppe der sonstigen Kostenträger, worunter die streitigen Abrechnungen fielen, würde hiervon nicht erfasst. Denn der Leistungsanspruch resultiere nicht aus dem SGB V. Kostenträger sei hier nicht die inländische deutsche Krankenkasse, sondern der ausländische Kostenträger, der seinerseits der aushelfenden deutschen Krankenkasse die Kosten erstatte. Die Klägerin zahle für diese Behandlungsfälle keine morbiditätsbedingte Gesamtvergütung und diese unterfielen weder der Honorarverteilung noch den Arznei- oder Heilmittelbudgets. Auch Prüfungen der Wirtschaftlichkeit und der Plausibilität würden nur für GKV-Versicherte, nicht aber für sonstige Kostenträger durchgeführt. Es existiere auch eine gesamtvertragliche Rechtsgrundlage, die sachlich-rechnerische Richtigstellungen ohne Rückgriff auf § 106a SGB V aF ermögliche.

7

Die Beklagte beantragt,
die Urteile des LSG für das Saarland vom 24.6.2020 und des SG für das Saarland vom 29.5.2018 aufzuheben und die Klage abzuweisen.

8

Die Klägerin beantragt,
die Revision zurückzuweisen.

9

Streitgegenstand sei allein die sachlich-rechnerische Richtigstellung von Abrechnungen nach der VO (EG) 883/2004. Soweit die Beklagte

generell von Fällen "sonstiger Kostenträger" spreche, sei dies irreführend, da unter diesen Begriff zB auch Abrechnungen nach dem Bundesversorgungsgesetz sowie Abrechnungen des Sozialamtes oder der Polizeikassen gefasst würden, die tatsächlich nicht der vertragsärztlichen Versorgung zuzuordnen seien. Dagegen sei die Abrechnung von Leistungen im Rahmen der VO (EG) 883/2004 (bzw nach bilateralen SVA) eindeutig der vertragsärztlichen Versorgung zuzurechnen. Dies folge bereits aus § 3 Abs 2 der Anlage 20 zum BMV-Ä, wo formuliert sei: "*Die Abrechnung gegenüber der Kassenärztlichen Vereinigung erfolgt nach den Regelungen des Ersatzverfahrens nach Anhang 1 der Anlage 4a zum BMV-Ä bei Versicherten der Gesetzlichen Krankenversicherung...*". Auch die Kassenärztliche Bundesvereinigung (KÄBV) weise dementsprechend in ihrem "Merkblatt über die vertragsärztliche Versorgung von Personen, die im Ausland krankenversichert sind" *(Stand 1.7.2017)* darauf hin, dass die für im Ausland versicherte Personen bei einem Aufenthalt in Deutschland erbrachten ärztlichen Behandlungen zur vertragsärztlichen Versorgung gehörten.

10

Eine Prüfung nach § 48 BMV-Ä oder nach gesamtvertraglichen Berichtigungsregelungen komme nicht in Betracht. Das BSG habe bereits klargestellt *(Hinweis auf Urteil vom 23.3.2016 - B 6 KA 8/15 R - SozR 4-2500 § 106a Nr 15)*, dass mit Inkrafttreten des § 106a Abs 3 SGB V aF die Fallgruppe der Angabe eines falschen Kostenträgers unzweifelhaft der sachlich-rechnerischen Richtigstellung zuzuordnen sei und nicht mehr unter den Begriff des "sonstigen Schadens" subsumiert werden könne. Eine rechtmäßige gesamtvertragliche Rechtsgrundlage für die Prüfung der "SVA-Abrechnungen" ohne Rückgriff auf die Vorschriften der Abrechnungsprüfung gemäß § 106a SGB V aF sei auch weder existent noch sei eine entsprechende Vereinbarung möglich. Mit Inkrafttreten von § 106a SGB V aF sei die Kompetenz der Gesamtvertragspartner zur Vereinbarung von Verfahren zur Abrechnungsprüfung in der vertragsärztlichen Versorgung entfallen.

II

11

A. Die Revision der Beklagten bleibt ohne Erfolg. Zutreffend hat das LSG die Verpflichtung der Beklagten bejaht, erneut über das Begehren der Klägerin auf sachlich-rechnerische Richtigstellung der von ihr beanstandeten Abrechnungen zu entscheiden bzw eine gezielte Prüfung von Abrechnungsfehlern vorzunehmen.

12

1. Gegenstand des vorliegenden Verfahrens sind Abrechnungsprüfungen in zwei unterschiedlichen Grundkonstellationen. Die von der Klägerin mit "SVA IX" bezeichneten fünfzehn Fälle sind solche, in denen die behandelten Patienten tatsächlich Versicherte der Klägerin waren, die Abrechnung der erbrachten ärztlichen Leistungen aber als Leistungsaushilfe nach der VO (EG) 883/2004 erfolgt ist. Die Klägerin macht dazu geltend, die Behandlung dieser Versicherten sei mit der von ihr entrichteten Gesamtvergütung abgegolten, während die Beklagte ihr die Kosten im Falle der Leistungsaushilfe extrabudgetär (zusätzlich) in Rechnung gestellt habe *(vgl dazu noch näher RdNr 28)*. In den beiden übrigen Fällen, von der Klägerin mit "SVA I" bezeichnet, ist streitig, ob die Anspruchsvoraussetzungen für die Leistungsaushilfe nach der VO (EG) 883/2004 entsprechend dokumentiert sind *(vgl zu den Dokumentationsanforderungen noch näher RdNr 20 f, 32)*. In diesen Fällen kann die Klägerin die von ihr an die Beklagte gezahlte Vergütung nur dann von einem ausländischen Träger erstattet bekommen, wenn es einen solchen gibt und sie diesen feststellen kann. Die Klägerin macht insoweit geltend, dass die Dokumentation des Anspruchsnachweises durch Vorlage der europäischen Krankenversicherungskarte bzw durch eine provisorische Ersatzbescheinigung von der Beklagten bzw von den behandelnden Ärzten nicht erfolgt sei.

13

2. Die Beteiligten streiten in diesem Zusammenhang allein darüber, ob die beiden aufgezeigten Konstellationen vom Antragsrecht der Krankenkasse nach § 106a Abs 3 bzw 4 iVm Abs 2 SGB V aF *(hier noch in der Fassung des GMG vom 14.11.2003, BGBl I 2190; heute jeweils § 106d SGB V* "*Abrechnungsprüfung in der vertragsärztlichen Versorgung*") erfasst sind. Dies ist in Übereinstimmung mit der Auffassung der Vorinstanzen zu bejahen, weil die Behandlung der Patienten im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung iS des § 106a SGB V aF erfolgt ist *(dazu a)*. Die Beklagte ist daher verpflichtet, über den Antrag der Klägerin auf Berichtigung der Abrechnung in den Fällen neu zu entscheiden, in denen die Klägerin auf der Grundlage des § 106a Abs 3 Satz 1 SGB V aF ihre Leistungspflicht (als aushelfender Träger) verneint hat, weil die betroffenen Patienten bei ihr versichert waren *(dazu b)*. In den beiden anderen Fällen hat die Klägerin zu Recht auf Grundlage des § 106a Abs 4 Satz 1 SGB V aF eine gezielte Prüfung von Abrechnungsfehlern, die auch die hier vorliegenden Lücken in der Dokumentation der Anspruchsberechtigung nach § 2 der Anlage 20 zum BMV-Ä umfassen, verlangt *(dazu c)*. Auch soweit es die Beklagte unterlassen haben sollte, die betroffenen Ärzte von den Anträgen der Klägerin in Kenntnis zu setzen und so ggf eine Hemmung der vierjährigen Ausschlussfrist herbeizuführen, steht dies dem Anspruch der Klägerin nicht entgegen *(dazu d)*.

14

a) Auch ambulante ärztliche Behandlungen bzw durch Krankenhäuser erbrachte Notfallbehandlungen *(vgl zu dieser Konstellation BSG Urteil vom 13.5.2020 - B 6 KA 6/19 R - SozR 4-2500 § 106d Nr 8 RdNr 20 mwN)*, die - wie hier - als Leistungen der Sachleistungsaushilfe nach der

VO (EG) 883/2004 abgerechnet worden sind, sind vom Antragsrecht der Krankenkassen nach § 106a Abs 3 und 4 iVm Abs 2 SGB V aF *(heute jeweils § 106d SGB V)* erfasst.

15

aa) Nach § 106a Abs 1 SGB V aF prüfen die KÄV und die Krankenkassen die Rechtmäßigkeit und Plausibilität der Abrechnungen in der vertragsärztlichen Versorgung. Die KÄVen stellen nach § 106a Abs 2 SGB V aF die sachliche und rechnerische Richtigkeit der Abrechnungen der Vertragsärzte fest. Die Prüfung der Abrechnungen auf sachlich-rechnerische Richtigkeit zielt auf die Feststellung, ob die Leistungen rechtmäßig, also im Einklang mit den gesetzlichen, vertraglichen oder satzungsrechtlichen Vorschriften des Vertragsarztrechts - mit Ausnahme des Wirtschaftlichkeitsgebots - erbracht und abgerechnet worden sind *(vgl BSG Urteil vom 24.10.2018 - B 6 KA 42/17 R - BSGE 127, 43 = SozR 4-2500 § 106a Nr 19, RdNr 10; BSG Urteil vom 29.11.2017 - B 6 KA 33/16 R - SozR 4-2500 § 106a Nr 17 RdNr 19)*.

16

Die Abrechnungsprüfung nach § 106a Abs 3 SGB V aF *(heute § 106d 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 aF *(heute § 106d Abs 2 SGB V)* obliegende Abrechnungsprüfung getreten. Gemäß § 106a Abs 3 Satz 1 SGB V aF 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 Abs 3 Satz 2 SGB V aF haben sie die KÄVen unverzüglich über die Durchführung der Prüfungen und deren Ergebnisse zu unterrichten. Durch § 106a Abs 3 SGB V aF werden die Krankenkassen in die Prüfung der Abrechnungen einbezogen und ihnen eine eigenständige Überprüfungspflicht auferlegt. Dies entspricht dem Willen des Gesetzgebers, den Krankenkassen eine weitergehende Verantwortung hinsichtlich der Prüfung der ärztlichen Leistungserbringung zu übertragen *(Gesetzentwurf der Fraktionen SPD, CDU/CSU und BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN zum GMG, BT-Drucks 15/1525 S 117)*. Nach § 106a Abs 4 Satz 1 SGB V aF *(heute § 106d Abs 4 Satz 1 SGB V)* können die Krankenkassen oder ihre Verbände, sofern dazu Veranlassung besteht, zudem gezielte Prüfungen durch die KÄV nach § 106a Abs 2 SGB V aF beantragen.

17

bb) Bei den von der Klägerin in den Fallgruppen "SVA IX" und "SVA I" zusammengefassten Fällen, bei denen die Behandlung der Patienten im Rahmen der Sachleistungsaushilfe nach der VO (EG) 883/2004 abgerechnet worden ist, handelt es sich um solche der vertragsärztlichen Versorgung. Diese unterfallen daher grundsätzlich der Abrechnungsprüfung nach § 106a SGB V aF.

18

(1) Art 17 bis 20 VO (EG) 883/2004 normieren die Koordinierung von Sachleistungen für Auslandskrankenbehandlungen (sog Sachleistungsaushilfe) innerhalb der Europäischen Union (EU). Das Prinzip der Sachleistungsaushilfe trägt dem Umstand Rechnung, dass ein Sachleistungsexport des zuständigen Trägers bei Leistungen für Krankheit mit einem hohen bürokratischen und logistischen Aufwand verbunden wäre und häufig zu spät käme *(Schreiber in Schreiber/Wunder/ Dern, VO <EG> Nr 883/2004, 2012, Art 17 RdNr 7)*. Denn medizinische Leistungen müssen zur Behebung akuter gesundheitlicher Beschwerden oft sofort und unmittelbar vor Ort zur Verfügung stehen. Die Sachleistungsaushilfe stellt dabei sicher, dass Eingriffe in die nationalen Systeme der sozialen Sicherheit möglichst gering gehalten werden, indem Sachleistungen gemäß den Rechtsvorschriften des aushelfenden Staates und unter Nutzung der dort vorhandenen Verwaltungsstruktur erbracht werden *(Schreiber in Schreiber/Wunder/Dern, VO <EG> Nr 883/2004, 2012, Art 17 RdNr 2; Assenmacher, Grenzüberschreitende Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen in der Europäischen Union, 2015, S 194 f)*. Nach Art 17 VO (EG) 883/2004 erhalten Versicherte oder ihre Familienangehörigen, die in einem anderen als dem zuständigen Mitgliedstaat wohnen, Sachleistungen nach dem Recht des Wohnmitgliedstaates. Art 18 Abs 1 VO (EG) 883/2004 gewährt grundsätzlich auch während des (vorübergehenden) Aufenthalts im zuständigen Mitgliedstaat einen Anspruch auf Sachleistungen. Nach Art 19 Abs 1 VO (EG) 883/2004 haben Versicherte bei vorübergehendem Aufenthalt *(vgl Art 1 Buchst k VO <EG> 883/2004)* in einem anderen als dem zuständigen Mitgliedstaat Anspruch auf Sachleistungen, die sich während ihres Aufenthalts als medizinisch notwendig erweisen, wobei die Art der Leistungen und die voraussichtliche Dauer des Aufenthalts zu berücksichtigen sind. Schließlich regelt Art 20 VO (EG) 883/2004 den Fall der "geplanten Behandlung" in einem anderen Mitgliedstaat *(vgl Assenmacher, Grenzüberschreitende Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen in der Europäischen Union, 2015, S 199)*. Dabei steht die gezielte Inanspruchnahme von Sachleistungen unter einem Genehmigungsvorbehalt *(Art 20 Abs 1 VO <EG> 883/2004)*. Hat der zuständige Träger die Genehmigung erteilt, erhält der Versicherte Sachleistungen auch in dieser Fallgestaltung nach dem Prinzip der Sachleistungsaushilfe *(Art 20 Abs 2 VO <EG> 883/2004)*. Bei der Sachleistungsaushilfe werden die Leistungen jeweils für Rechnung des zuständigen Trägers erbracht; die Erstattung zwischen dem zuständigen Träger und dem aushelfenden Träger erfolgt gemäß Art 35 VO (EG) 883/2004 iVm Art 62 ff VO (EG) Nr 987/2009 *(Verordnung des Europäischen Parlaments und des Rates vom 16.9.2009 zur Festlegung der Modalitäten für die Durchführung der VO <EG> Nr 883/2004 über die Koordinierung der Systeme der sozialen Sicherheit)*.

19

Nach den maßgeblichen Vorgaben der VO (EG) 883/2004 werden die Leistungsberechtigten damit vollständig in das Leistungssystem des

aushelfenden Trägers - hier der Klägerin - integriert und stehen den Versicherten in leistungsrechtlicher Hinsicht gleich *(Vießmann, GuP 2011, 129, 130; Assenmacher, Grenzüberschreitende Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen in der Europäischen Union, 2015, S 194; Bieback in Fuchs, Europäisches Sozialrecht, 7. Aufl 2018, Art 17 VO <EG> Nr 883/2004 RdNr 14; vgl auch EuGH, Urteil vom 5.10.2010 - C-173/09 <Elchinov> - juris RdNr 39; BSG Urteil vom 30.6.2009 - B 1 KR 22/08 R - BSGE 104, 1 = SozR 4-2500 § 13 Nr 23, RdNr 45 jeweils zur Vorgängerregelung VO <EWG> Nr 1408/71)*. Diese Integration bestimmt auch den Rahmen für die Leistungserbringung. Das Leistungsrecht, insbesondere die Anspruchsvoraussetzungen und die Frage, welche Sachleistung in welchem Umfang beansprucht werden kann, richtet sich alleine nach den Rechtsvorschriften des aushelfenden Trägers. Ist der inländische deutsche Träger der aushelfende Träger, richtet sich die Leistungserbringung nach dem SGB V, den Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses und den Verträgen zwischen den Krankenkassen und den Leistungserbringern *(Bieback in Fuchs, Europäisches Sozialrecht, 7. Aufl 2018, Art 19 VO <EG> Nr 883/2004 RdNr 37)*. Auch Selbstbehalte, Praxisgebühren, Festbeträge sowie weitere Voraussetzungen des aushelfenden Systems für einzelne Leistungen, zB Verschreibungen oder Überweisungen, sind zu beachten *(vgl Schreiber in Schreiber/Wunder/Dern, VO <EG> Nr 883/2004, 2012, Art 17 RdNr 17; Assenmacher, Grenzüberschreitende Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen in der Europäischen Union, 2015, S 195)*. Die ambulante ärztliche Behandlung der Patienten erfolgt in Deutschland damit im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung iS der §§ 72 ff SGB V.

20

(2) Davon gehen auch die Partner des BMV-Ä aus, indem sie in der Anlage 20 zum BMV-Ä *(Vereinbarung zur Anwendung der europäischen Krankenversicherungskarte vom 1.7.2004 derzeit geltend idF vom 1.10.2018, DÄBl 2018, A 1773)* nähere Regelungen zum Umfang des Anspruchs und zum Verfahren getroffen haben, wenn eine in einem EU-Staat versicherte Person in Deutschland behandelt werden will oder muss.

21

Nach § 1 Abs 1 der Anlage 20 zum BMV-Ä hat ein im Ausland Versicherter bei Vorlage einer europäischen Krankenversicherungskarte oder einer provisorischen Ersatzbescheinigung bei einem Vertragsarzt Anspruch auf die - unter Berücksichtigung der Art der Leistung und der voraussichtlichen Dauer des Aufenthalts - medizinisch notwendige Behandlung. Legt der im Ausland Versicherte die Berechtigung nach § 1 Abs 1 Satz 1 der Anlage 20 zum BMV-Ä oder den Identitätsnachweis nicht vor, so ist der Vertragsarzt berechtigt und verpflichtet, von diesem unmittelbar eine Vergütung nach der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) zu fordern *(§ 1 Abs 5 Satz 1 der Anlage 20 zum BMV-Ä)*. § 2 der Anlage 20 zum BMV-Ä regelt die Dokumentationspflichten des in Anspruch genommenen Vertragsarztes: Dieser hat zur Dokumentation des Behandlungsanspruchs die Daten der europäischen Krankenversicherungskarte oder der provisorischen Ersatzbescheinigung zu kopieren *(§ 2 Abs 1 Satz 1)*, vom Patienten die "Patientenerklärung Europäische Krankenversicherung" einzuholen *(§ 2 Abs 2)* und beide Unterlagen an die vom Patienten gewählte Krankenkasse zu übersenden. Nach § 3 der Anlage 20 zum BMV-Ä erfolgt die Abrechnung und Vergütung der erbrachten Leistungen zu Lasten der vom Patienten gewählten Krankenkasse mit den Preisen, die in der KÄV gelten, deren Mitglied der Vertragsarzt ist *(§ 3 Abs 1)*. Dabei erfolgt die Abrechnung nach den Regelungen des Ersatzverfahrens gegenwärtig nach Anhang 1 der Anlage 4a zum BMV-Ä *(§ 3 Abs 2 Satz 1)*. Hieraus ist ersichtlich, dass die Anlage 20 zum BMV-Ä Regelungen über die vertragsärztliche Versorgung der im EU-Ausland Versicherten, die nach Maßgabe von Art 19 VO (EG) 883/2004 einen Anspruch auf Leistungen gegen eine inländische Krankenkasse haben, schaffen wollte. Wenn sich die Behandlung von Patienten im Anwendungsbereich der VO (EG) 883/2004 nicht im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung vollziehen würde, wäre im Übrigen auch nicht erkennbar, woraus sich die Kompetenz der Bundesmantelvertragspartner nach § 82 Abs 1, § 72 Abs 2 SGB V zur Regelung der Grundsätze der vertragsärztlichen Versorgung *(vgl auch § 1 Abs 1 BMV-Ä)* ergeben sollte.

22

(3) Auch der Einwand der Beklagten, die Anwendung von § 106a SGB V aF komme in Bezug auf "sonstige Kostenträger" nicht in Betracht, da diese nicht zu den gesetzlichen Krankenkassen nach § 4 SGB V gehörten, führt zu keiner anderen Beurteilung.

23

Als sonstige Kostenträger werden im Leistungserbringerrecht üblicherweise die Einrichtungen, Arbeitgeber oder Institutionen, die außerhalb der gesetzlichen Krankenversicherung für eine bestimmte Gruppe von Personen die Kosten medizinischer Leistungen übernehmen, verstanden *(vgl LSG Hamburg Urteil vom 4.7.2013 - L 1 KR 77/11 - juris RdNr 17; auch Merkblatt der KÄBV, Informationen für die Praxis, Fragen und Antworten zu sonstigen Kostenträgern, Stand Dezember 2012)*. Dazu gehören beispielsweise Berufsgenossenschaften, die nach § 34 Abs 1 SGB VII die Heilbehandlung nach einem Versicherungsfall zu gewähren haben, als auch die Bundeswehr und die Bundespolizei sowie die Landespolizeien, die im Rahmen von Dienstverhältnissen Anspruch auf sogenannte freie Heilfürsorge gewähren. Weitere sonstige Kostenträger sind zB Feuerwehren und Sozialämter - im Rahmen des § 264 Abs 1 Satz 2 SGB V - auf regionaler Ebene.

24

Die Erbringung von Leistungen für diese sogenannten sonstigen Kostenträger vollzieht sich allerdings auf anderen Rechtsgrundlagen *(vgl zB § 34 SGB VII, §§ 10, 11 Bundesversorgungsgesetz)* als die Erbringung von Leistungen im Rahmen der VO (EG) 883/2004. Der Senat stellt daher klar, dass sich seine Beurteilung, dass die hier strittigen Abrechnungen als im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung erbrachte

Leistungen zu qualifizieren sind und damit dem Antragsrecht der Krankenkassen nach § 106a SGB V aF unterfallen, allein auf Behandlungen bzw Abrechnungen nach der VO (EG) 883/2004 zu Lasten einer deutschen Krankenkasse beschränkt. Alle vom LSG beurteilten Fälle beziehen sich auf diese VO, und die in diesem rechtlichen Rahmen durchgeführten Behandlungen gehören wie ausgeführt zur vertragsärztlichen Versorgung. Eine allgemeine Aussage dazu, wie sich Behandlungen zu Lasten der sonstigen Kostenträger (Berufsgenossenschaften, Bundeswehr, Polizei etc) zur "vertragsärztlichen Versorgung" iS des § 106a SGB V aF verhalten, ist hier nicht veranlasst.

25

b) Die Beklagte ist daher verpflichtet, über den Antrag der Klägerin auf Berichtigung der Abrechnung in den Fällen neu zu entscheiden, in denen die Klägerin auf der Grundlage des § 106a Abs 3 Satz 1 Nr 1 SGB V aF ihre Leistungspflicht (als aushelfender Träger) verneint hat, weil die Betroffenen bei ihr versichert waren.

26

Bereits in seinem Urteil vom 23.3.2016 *(B 6 KA 8/15 R - SozR 4-2500 § 106a Nr 15 RdNr 18)* hat der Senat ausgeführt, dass die Angabe des falschen Kostenträgers zwar einen Fall des § 106a Abs 2 SGB V aF darstellt, dessen Prüfung aber mit § 106a Abs 3 Satz 1 Nr 1 SGB V aF ausdrücklich und originär den Krankenkassen zugewiesen ist. Die von den Krankenkassen durchzuführende Abrechnungsprüfung umfasst unter anderem nach § 106a Abs 3 Satz 1 Nr 1 SGB V aF die Prüfung der Abrechnungen hinsichtlich des Bestehens und des Umfangs ihrer Leistungspflicht. In Bezug auf das Bestehen der Leistungspflicht ist zu prüfen, ob der Versicherte, für den die Leistungen zu Lasten der Krankenkasse abgerechnet werden, gegen diese dem Grunde und dem Umfang nach einen Anspruch hatte. Dies beinhaltet die Feststellung der Leistungspflicht aufgrund des Versichertenstatus und im Hinblick auf die Zuständigkeit eines anderen Leistungsträgers mithin auch die Frage, ob der behandelnde Vertragsarzt den zutreffenden Kostenträger angegeben hat *(BSG Urteil vom 23.3.2016 - B 6 KA 8/15 R - SozR 4-2500 § 106a Nr 15 RdNr 17)*.

27

Die Prüfung der Abrechnungen hinsichtlich des Umfangs der Leistungspflicht der Krankenkassen präzisieren auch § 16 Abs 2 der zum 1.7.2008 in Kraft getretenen Richtlinien der KÄBV und der Spitzenverbände der Krankenkassen zum Inhalt und zur Durchführung der Abrechnungsprüfungen der KÄVen und der Krankenkassen *(DÄ 2008, A 1925; im Folgenden: PrüfRL)* und § 15 Abs 2 der Vereinbarung über die Prüfung der Rechtmäßigkeit und Plausibilität der Abrechnungen gemäß § 106a Abs 5 SGB V zwischen der Beklagten und den Krankenkassen vom 27.10.2010 *(im Folgenden: Prüfvereinbarung)* ua dahingehend, dass die Prüfungen nach § 106a Abs 3 Satz 1 Nr 1 SGB V sowohl die Feststellungen der Leistungspflicht aufgrund des Versicherungsverhältnisses als auch die Feststellung der Leistungspflicht im Hinblick auf die Zuständigkeit eines anderen Leistungsträgers betreffen. Ein solcher Fall ist hier gegeben. Nach den Feststellungen der Klägerin haben Mitglieder der Beklagten (oder ggf auch Krankenhäuser im Rahmen von Notfallbehandlungen) in fünfzehn Fällen die Behandlung als Sachleistungsaushilfe nach der VO (EG) 883/2004 abgerechnet, obwohl die behandelten Patienten tatsächlich Versicherte der Klägerin waren. Betroffen sind vorliegend damit sowohl die Feststellung der Leistungspflicht aufgrund des Versicherungsverhältnisses - hier die Feststellung, dass die Klägerin aufgrund der bestehenden Versicherungsverhältnisse zu den jeweiligen Patienten für die abgerechnete ärztliche Behandlung leistungspflichtig ist - als auch die negative Feststellung, dass kein anderer Leistungsträger - hier kein ausländischer Krankenversicherungsträger - zuständig ist und die Klägerin nur aushelfender Träger war.

28

Der Hintergrund für den Antrag der Klägerin auf Berichtigung der Abrechnungen besteht in dieser Konstellation in der Verhinderung einer Doppelzahlung: Beruht die Leistungspflicht der Klägerin auf einem Versicherungsverhältnis mit dem Patienten, erfolgt die Abrechnung der Behandlung im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung über die KÄV grundsätzlich zu Lasten der Gesamtvergütung. Gemäß § 87a Abs 3 Satz 1 SGB V vereinbaren die Partner der Gesamtverträge bis zum 31.10. gemeinsam und einheitlich für das Folgejahr mit Wirkung für die Krankenkassen die von den Krankenkassen mit befreiender Wirkung an die jeweilige KÄV zu zahlenden morbiditätsbedingten Gesamtvergütungen für die gesamte vertragsärztliche Versorgung der Versicherten mit Wohnort im Bezirk der KÄV. Maßgebend für die Höhe der Gesamtvergütung ist gemäß § 87a Abs 3 Satz 2 SGB V - neben dem Punktwert, der gemäß § 87a Abs 2 Satz 1 SGB V auf der Grundlage des Orientierungswertes ermittelt wird - der mit der Zahl und Morbiditätsstruktur der Versicherten verbundene Behandlungsbedarf, der zwischen den Partnern der Gesamtverträge zu vereinbaren ist. Die Krankenkasse entrichtet nach Maßgabe der Gesamtverträge an die jeweilige KÄV mit befreiender Wirkung eine Gesamtvergütung für die gesamte vertragsärztliche Versorgung der Mitglieder mit Wohnort im Bezirk der KÄV einschließlich der mitversicherten Familienangehörigen *(§ 85 Abs 1 SGB V)*. Darüber, ob und ggf wie der Behandlungsbedarf der Versicherten mit Wohnsitz im Ausland bei der Vereinbarung der Gesamtvergütung zu berücksichtigen ist, verständigen sich nach § 4 der Anlage 21 zum BMV-Ä/EKV (Vereinbarung zur Umsetzung des Wohnortprinzips gemäß § 83 iVm § 87a Abs 3 SGB V) in der hier noch maßgebenden Fassung vom 1.1.2009 *(DÄBl 2009, A 51 f)* die Partner der Gesamtverträge im Bereich der KÄV, in deren Bezirk die Krankenkasse ihren Sitz hat *(vgl dazu BSG Urteil vom 24.1.2018 - B 6 KA 43/16 R - SozR 4-2500 § 82 Nr 5 RdNr 24)*. Die Gesamtvergütung wird nach § 87b Abs 1 SGB V von der KÄV an die Ärzte, Psychotherapeuten, medizinischen Versorgungszentren sowie ermächtigten Einrichtungen, die an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmen, unter Anwendung des im Benehmen mit den Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen festgesetzten Verteilungsmaßstabes verteilt. Handelt es sich dagegen um einen Fall der Sachleistungsaushilfe nach der VO (EG) 883/2004, erfolgt die Abrechnung im Ersatzverfahren *(§ 3 Abs 2 Satz 1 der Anlage 20 zum BMV-Ä)* als Einzelleistungsvergütung außerhalb der Gesamtvergütung. Das bedeutet, dass die Krankenkasse nach Abrechnung des Behandlungsfalls die Vergütung für die erbrachten Leistungen - jedenfalls soweit es um die Behandlung von Versicherten mit Wohnsitz im

Inland geht - vollständig und zusätzlich zur bereits geleisteten Gesamtvergütung an die KÄV zu leisten hat, die ihrerseits die Vergütung an den Vertragsarzt oder sonstigen Teilnehmer an der vertragsärztlichen Versorgung auszahlt.

29

Die Klägerin hat entsprechend der ihr eingeräumten Prüfungszuständigkeit nach § 106a Abs 3 Satz 1 Nr 1 SGB V aF die unter der Fallgruppe "SVA IX" zusammengefassten Behandlungsfälle hinsichtlich ihrer Leistungspflicht und der Zuständigkeit eines anderen Kostenträgers, hier eines zuständigen Trägers nach der VO (EG) 883/2004, geprüft und festgestellt, dass die mit der Abrechnung als Fall der Sachleistungsaushilfe vorausgesetzte (finanzielle) Zuständigkeit eines anderen Trägers nicht besteht. Dieses Ergebnis hat sie - entsprechend § 106a Abs 3 Satz 2 SGB V aF - mit Schreiben vom 10.6.2015 an die Beklagte übermittelt. Die Beklagte ist damit verpflichtet, die beantragte sachlich-rechnerische Prüfung vorzunehmen.

30

c) In den beiden übrigen Behandlungsfällen hat die Klägerin zu Recht auf der Grundlage des § 106a Abs 4 Satz 1 SGB V aF eine gezielte Prüfung von Abrechnungsfehlern verlangt.

31

Nach § 106a Abs 4 Satz 1 SGB V aF können die Krankenkassen oder ihre Verbände, sofern dazu Veranlassung besteht, gezielte Prüfungen durch die KÄV nach Abs 2 beantragen. Dies löst eine Prüfungspflicht der KÄV hinsichtlich der geltend gemachten Abrechnungsfehler oder Inplausibilitäten aus. Nach § 19 PrüfRL regeln die Vertragspartner der Vereinbarungen nach § 106a Abs 5 SGB V aF das Verfahren der gegenseitigen Beantragungen gezielter Prüfungen nach § 106 Abs 4 SGB V aF. In § 18 Abs 1 Prüfvereinbarung ist hierzu festgelegt, dass die Beklagte auf Antrag einer Krankenkasse eine anlassbezogene Prüfung nach § 7 Abs 5 Prüfvereinbarung durchführt, wenn ausreichend konkrete Hinweise und Verdachtsmomente in einem Verfahren nach § 15 Prüfvereinbarung ermittelt wurden.

32

Die Klägerin hat mit ihrem Antrag dargelegt, dass bei zwei der abgerechneten Behandlungsfälle (L und G) der Anspruchsnachweis nicht dokumentiert sei. Sie nimmt damit Bezug auf das in Art 25 VO (EG) 987/2009 und auf das in § 2 der Anlage 20 zum BMV-Ä *(dazu bereits RdNr 21)* vorgesehene Verfahren der Dokumentation des Leistungsanspruchs des Patienten. Nach Art 25 Abs 1 VO (EG) 987/2009 legt der Versicherte dem Erbringer von Gesundheitsleistungen im Aufenthaltsmitgliedstaat ein von dem zuständigen Träger ausgestelltes Dokument vor, das seinen Sachleistungsanspruch bescheinigt. Dieses Dokument bescheinigt nach Abs 2, dass der Versicherte unter den Voraussetzungen des Art 19 VO (EG) 883/2004 zu denselben Bedingungen wie die nach den Rechtsvorschriften des Aufenthaltsmitgliedstaats versicherten Personen Anspruch auf Sachleistungen hat. Der Anspruchsnachweis erfolgt mittels der European Health Insurance Card (EHIC) auf der Grundlage des Beschlusses Nr S1 der Verwaltungskommission für die Koordinierung der Systeme der Sozialen Sicherheit vom 12.6.2009 betreffend die europäische Krankenversicherungskarte *(ABl EU 2010 Nr C 106, 23)*. Zur Umsetzung der Regelungen in Art 25 Abs 1 und 2 VO (EG) 987/2009 bestimmt § 2 Abs 1 Satz 1 der Anlage 20 zum BMV-Ä/EKV in der hier noch geltenden Fassung vom 1.7.2006 (aF), dass der Vertragsarzt die Daten der europäischen Krankenversicherungskarte oder der provisorischen Ersatzbescheinigung sowie die Daten des Identitätsnachweises auf das dafür vorgesehende Vordruckmuster 80 der Anlage 2 BMV-Ä/EKV überträgt *(heute § 2 Abs 1 Satz 1 und Satz 2 in der ab 1.10.2018 geltenden Fassung: Dokumentation durch eine Kopie des vom Versicherten vorzulegenden Anspruchsnachweises oder - soweit keine unmittelbare Kopiermöglichkeit oder andere geeignete Erfassungsmöglichkeiten zur Verfügung stehen - händische Erfassung der Daten des Anspruchsnachweises)*. Der Vertragsarzt bescheinigt die Richtigkeit der Datenübernahme durch Unterschrift und Arztstempel *(Satz 2; heute § 2 Abs 1 Satz 5: Bescheinigung der Übereinstimmung der Daten auf der Kopie)*. Alternativ kann die Dokumentation durch eine Fotokopie des Anspruchs- sowie des Identitätsnachweises erfolgen *(Satz 3)*. Zur Abgrenzung der Ansprüche nach Art 19 VO (EG) 883/2004 und nach Art 20 VO (EG) 883/2004 ("geplante Behandlungen" in einem anderen Mitgliedstaat) verlangt § 2 Abs 2 der Anlage 20 zum BMV-Ä darüber hinaus eine Erklärung des Patienten, nicht zum Zwecke der Behandlung nach Deutschland eingereist zu sein ("Vordruckmuster 81 der Anlage 2 BMV-Ä/EKV", heute: "Formular Patientenerklärung Europäische Krankenversicherung der Anlage 2"). Die Erklärung und die Dokumentation sind im Original unverzüglich an die aushelfende deutsche Krankenkasse zu übersenden; anstelle der Dokumentation des Behandlungsanspruchs kann der Anspruchsnachweis als Fotokopie übermittelt werden *(§ 2 Abs 3 Satz 1 der Anlage 20 zum BMV-Ä/EKV aF; heute § 2 Abs 3 Satz 1 der Anlage 20 zum BMV-Ä: Kopien bzw die händisch erfassten Daten der europäischen Krankenversicherungskarte oder der provisorischen Ersatzbescheinigung sowie die Originalfassung der Erklärung des Patienten sind unverzüglich an die aushelfende deutsche Krankenkasse zu übersenden)*.

33

Diese Unterlagen dienen der vom Patienten gewählten Krankenkasse zur Prüfung, ob und in welchem Umfang für sie eine Leistungspflicht als aushelfender Krankenversicherungsträger besteht. Die Klägerin hat eine solche Prüfung durchgeführt und festgestellt, dass mangels Vorliegen der in § 2 der Anlage 20 zum BMV-Ä aF vorgesehenen Dokumente das Bestehen der Leistungspflicht nicht nachvollzogen werden könne. Mit Schreiben vom 10.6.2015 hat sie die Beklagte aufgefordert, die Vorlage der Muster 80 und 81 (Dokumentation des Behandlungsanspruchs von im Ausland Versicherten und Patientenerklärung) durch den Vertragsarzt zu veranlassen und damit - hiervon sind die Vorinstanzen zutreffend ausgegangen - einen Antrag auf gezielte Prüfung nach § 106a Abs 4 Satz 1 SGB V aF gestellt. Die Beklagte

ist daher verpflichtet, ein Verfahren zur Prüfung der sachlich-rechnerischen Richtigkeit der Abrechnungen in den beiden betroffenen Behandlungsfällen gegenüber dem abrechnenden Vertragsarzt einzuleiten und die zum Nachweis der Anspruchsberechtigung der Patienten und Leistungsverpflichtung der Klägerin notwendigen Unterlagen anzufordern.

34

d) Dem Anspruch der Klägerin auf sachlich-rechnerische Berichtigung steht nicht entgegen, dass die Beklagte gegenüber den Vertragsärzten (oder Krankenhäusern), von denen die betroffenen Patienten ambulant behandelt worden sind, möglicherweise keine Berichtigungen mehr vornehmen kann.

35

Bis zum Inkrafttreten des neu eingefügten Satzes 3 in § 106d Abs 5 SGB V durch das Terminservice- und Versorgungsgesetz (TSVG) vom 6.5.2019 *(BGBl I 646)*, der für die Richtigstellung eine Frist von zwei Jahren ab Erlass des Honorarbescheids vorsieht *(vgl dazu BSG Urteil vom 15.5.2019 - B 6 KA 63/17 R - SozR 4-2500 § 106a Nr 23 RdNr 34)*, galt eine Frist von vier Jahren ab Erlass des Honorarbescheids *(BSG Urteil vom 19.8.2015 - B 6 KA 36/14 R - SozR 4-2500 § 106a Nr 14 RdNr 23 mwN)*. Ob hier diese Ausschlussfrist für eine sachlich-rechnerische Richtigstellung gegenüber den betroffenen Vertragsärzten bereits abgelaufen ist oder die Anerkennung einer Fristhemmung in Betracht kommt, kann offen bleiben *(vgl zu den Voraussetzungen für eine Hemmungswirkung bei Prüfanträgen von Krankenkassen zB BSG Urteil vom 5.5.2010 - B 6 KA 5/09 R - SozR 4-2500 § 106 Nr 28 RdNr 40 ff; BSG Urteil vom 18.8.2010 - B 6 KA 14/09 R - SozR 4-2500 § 106 Nr 29 RdNr 33 - 35 iVm 39 f; zur Rechtslage nach der Änderung des § 106 Abs 5 SGB V durch das GKV-Gesundheitsreformgesetz 2000 vom 22.12.1999 <BGBl I 2626> vgl BSG Urteil vom 15.8.2012 - B 6 KA 45/11 R - SozR 4-2500 § 106 Nr 36 RdNr 25).* Es entzieht sich der Kenntnis des Senats, ob die Beklagte gegenüber den betroffenen Ärzten bzw Krankenhäusern Honorarberichtigungsbescheide (ggf mit Vorbehaltserklärung) erlassen oder diese jedenfalls von den Anträgen der Klägerin in Kenntnis gesetzt hat.

36

Ein etwaiges Unterlassen der Beklagten, eine Hemmung der Ausschlussfrist durch Information der betroffenen Ärzte und Krankenhäuser über die Anträge der Klägerin herbeizuführen, kann jedenfalls nicht zu Lasten der Klägerin gehen. Die Rechtsbeziehungen zwischen den Krankenkassen und der KÄV einerseits und zwischen der KÄV und den Vertragsärzten andererseits sind grundsätzlich getrennt *(vgl BSG Urteil vom 19.10.2011 - B 6 KA 30/10 R - SozR 4-5555 § 21 Nr 2 RdNr 20)*. So ist allein die KÄV berechtigt, über eine sachlich-rechnerische Richtigstellung durch Bescheid gegenüber dem Vertragsarzt zu entscheiden. Zwar geht es gleichwohl bei Berichtigungsanträgen der Krankenkassen nach § 106a Abs 3 SGB V aF und bei Berichtigungsbescheiden der KÄV der Sache nach um dieselbe Frage, nämlich ob die ärztliche Abrechnung "Fehler" aufweist. Diese Frage kann in beiden Rechtsbeziehungen regelmäßig nur einheitlich beantwortet werden, und Auslegung und Anwendung der Berichtigungsvorschriften sind deshalb an dem Zweck auszurichten, eine solche einheitliche Entscheidung zu ermöglichen *(BSG Urteil vom 19.10.2011 - B 6 KA 30/10 R - SozR 4-5555 § 21 Nr 2 RdNr 20)*. Dementsprechend setzt ein Zahlungsanspruch der Krankenkasse gegenüber der KÄV grundsätzlich voraus, dass bestandskräftig festgestellt ist, ob eine sachlich-rechnerische Richtigstellung im Verhältnis von Arzt und KÄV berechtigt ist bzw ob die KÄV verpflichtet ist, auf Antrag der Krankenkasse entgegen ihrer ursprünglichen Überzeugung Honorarberichtigungen gegenüber dem Vertragsarzt vorzunehmen *(BSG Urteil vom 19.10.2011 - B 6 KA 30/10 R - SozR 4-5555 § 21 Nr 2 RdNr 19; BSG Urteil vom 23.3.2016 - B 6 KA 8/15 R - SozR 4-2500 § 106a Nr 15 RdNr 13)*. Dies gilt jedoch nur für den Regelfall, nämlich dann, wenn die Entscheidung über die Richtigstellung von der Auslegung und Anwendung der "Berichtigungsvorschriften" abhängt *(BSG Urteil vom 23.3.2016 - B 6 KA 14/15 R - SozR 4-5555 § 17 Nr 1 RdNr 22)*. Damit geht es in erster Linie darum, zu verhindern, dass etwa Gebührenordnungspositionen des Einheitlichen Bewertungsmaßstabs für vertragsärztliche Leistungen (EBM-Ä) im Rechtsverhältnis Krankenkasse gegen KÄV anders ausgelegt werden als im Rechtsverhältnis KÄV gegen Arzt. Im Hinblick auf die Besonderheit der extrabudgetär als Einzelleistungsvergütung zu honorierenden Leistungen, die im Rahmen der Sachleistungsaushilfe nach der VO (EG) 883/2004 erbracht werden *(dazu vgl bereits RdNr 28)*, hängt hier jedoch der Berichtigungsanspruch der Klägerin allein davon ab, dass diese Leistungen zu Unrecht im Rahmen der Sachleistungsaushilfe abgerechnet worden sind. Steht das fest, lässt sich ein Rückzahlungsanspruch der Klägerin gegen die Beklagte beziffern, dessen Durchsetzung nicht von der Bestandskraft eines von der Beklagten gegenüber den einzelnen Vertragsärzten oder Krankenhäusern zu erlassenden Berichtigungsbescheids abhängt. Deshalb präjudiziert die hier betroffene Entscheidung im rein dualen Rechtsverhältnis zwischen Krankenkasse und KÄV nicht die Entscheidung im Rechtsverhältnis zwischen der beklagten KÄV und den Ärzten bzw Krankenhäusern, die die Leistungen nach der VO (EG) 883/2004 abgerechnet haben *(so bereits zur Einzelleistungsvergütung nach Nr 01770 EBM-Ä: BSG Urteil vom 11.2.2015 - B 6 KA 15/14 R - SozR 4-2500 § 106a Nr 13 RdNr 13)*. Der Anspruch der Klägerin auf Neubescheidung ihres Richtigstellungsantrages (bzw ggf auf Zahlung der sachlich-rechnerisch richtig gestellten Beträge) besteht daher unabhängig von der Möglichkeit der Beklagten, einen eventuellen Rückzahlungsanspruch noch gegenüber dem Vertragsarzt geltend machen zu können.

37

B. Die Kostenentscheidung beruht auf § 197a Abs 1 Satz 1 Teilsatz 3 SGG iVm § 154 Abs 2 VwGO. Danach hat die Beklagte die Kosten des von ihr ohne Erfolg geführten Rechtsmittels zu tragen.

Rechtskraft
Aus

Saved
2022-01-21