

L 8 KA 2/14

Land
Freistaat Sachsen
Sozialgericht
Sächsisches LSG
Sachgebiet
Vertragsarztangelegenheiten
Abteilung
8
1. Instanz
SG Dresden (FSS)
Aktenzeichen
S 11 KA 88/11
Datum
27.11.2013
2. Instanz
Sächsisches LSG
Aktenzeichen
L 8 KA 2/14
Datum
08.07.2015
3. Instanz
Bundessozialgericht
Aktenzeichen
B 6 KA 63/15 B
Datum
17.02.2016
Kategorie
Urteil
Leitsätze
Chroniker-Zuschlag gemäß Nr 03212 EBM-Ä 2008

Für die Abrechnung des Chroniker-Zuschlags gemäß Nr 03212 EBM-Ä 2008 genügt es nicht, wenn eine Dauerbehandlung iS des § 2 Abs 2 Chroniker-Richtlinie (juris: CHrRL) irgendwann in der Vergangenheit erfolgt ist. Vielmehr setzt die Abrechnung voraus, dass die Krankheit zuvor für wenigstens ein Jahr - also für vier oder mehr Quartale - mindestens einmal pro Quartal ärztlich behandelt wurde und die Dauerbehandlung auch im Zeitpunkt der Abrechnung angedauert hat.

I. Die Berufung der Beklagten gegen das Urteil des Sozialgerichts Dresden vom 27. November 2013 wird zurückgewiesen.

II. Die Beklagte trägt die Kosten des Berufungsverfahrens.

III. Die Revision wird nicht zugelassen.

IV. Der Streitwert für das Berufungsverfahren wird auf 5.000,00 EUR festgesetzt.

Tatbestand:

Streitig ist die Verpflichtung der beklagten Kassenärztlichen Vereinigung zur sachlich-rechnerischen Richtigstellung vertragsärztlicher Abrechnungen der Gebührenordnungsposition (GOP) Nr. 03212 des Einheitlichen Bewertungsmaßstabs für vertragsärztliche Leistungen (EBM).

Die GOP Nr. 03212 lautete in der für das Quartal I/2010 maßgeblichen Fassung des EBM (die GOP wurde mit Wirkung ab dem Quartal IV/2013 gestrichen), wie folgt: Zuschlag zu den Versichertenpauschalen nach den Nrn. 03110 bis 03112 für die Behandlung eines Versicherten mit einer oder mehreren schwerwiegenden chronischen Erkrankung(en) gemäß § 2 Abs. 2 der Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses zur Definition schwerwiegender chronischer Krankheiten im Sinne des [§ 62 SGB V](#), Obligator Leistungsinhalt - Mindestens 2 Arzt-Patienten-Kontakte, einmal im Behandlungsfall (kurativ-ambulant) 495 Punkte Die Gebührenordnungsposition 03212 kann bei Neugeborenen, Säuglingen und Kleinkindern bis zum vollendeten 2. Lebensjahr auch ohne die Voraussetzung einer wenigstens 1 Jahr langen Dauerbehandlung gemäß § 2 Abs. 2 der Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses zur Definition schwerwiegender chronischer Erkrankungen im Sinne des [§ 62 SGB V](#) berechnet werden. Die Gebührenordnungsposition 03212 ist bei Überweisung durch einen in der Präambel 3.1 Nr. 1 genannten Vertragsarzt zur spezialisierten diabetologischen Behandlung in diabetologischen Schwerpunktpraxen auch neben den Gebührenordnungspositionen 03120 bis 03122 berechnungsfähig. Die entsprechende Kodierung nach ICD-10-GM ist bei der Überweisung anzugeben. Die Gebührenordnungsposition 03212 ist bei Überweisung durch einen in der Präambel 3.1 Nr. 1 genannten Vertragsarzt zur spezialisierten Behandlung eines an HIV-/AIDS-erkrankten Patienten gemäß Abschnitt 30.10 in HIV-Schwerpunktpraxen auch neben den Gebührenordnungspositionen 03120 bis 03122 berechnungsfähig. Die entsprechende Kodierung nach ICD-10-GM ist bei der Überweisung anzugeben.

Die in der GOP erwähnte Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses zur Umsetzung der Regelungen in [§ 62](#) Fünftes Buch Sozialgesetzbuch (SGB V) für schwerwiegend chronisch Erkrankte (Chroniker-Richtlinie - in der Fassung vom 22.01.2004, zuletzt geändert am 19.06.2008, abgedruckt unter <https://www.g-ba.de/informationen/richtlinien/8/>) bestimmte in ihrem § 2: (1) Eine Krankheit i.S.d. [§ 62 Abs. 1 Satz 2 SGB V](#) ist ein regelwidriger körperlicher oder geistiger Zustand, der Behandlungsbedürftigkeit zur Folge hat. Gleiches gilt für die Erkrankung nach [§ 62 Abs. 1 Satz 4 SGB V](#). (2) Eine Krankheit ist schwerwiegend chronisch, wenn sie wenigstens ein Jahr lang, mindestens einmal pro Quartal ärztlich behandelt wurde (Dauerbehandlung) und eines der folgenden Merkmale vorhanden ist: a) Es liegt

eine Pflegebedürftigkeit der Pflegestufe 2 oder 3 nach dem zweiten Kapitel SGB XI vor. b) Es liegt ein Grad der Behinderung (GdB) von mindestens 60 oder eine Minderung der Erwerbsfähigkeit (MdE) von mindestens 60 % vor, wobei der GdB oder die MdE nach den Maßstäben des § 30 Abs. 1 BVG oder des [§ 56 Abs. 2 SGB VII](#) festgestellt und zumindest auch durch die Krankheit nach Satz 1 begründet sein muss. c) Es ist eine kontinuierliche medizinische Versorgung (ärztliche oder psychotherapeutische Behandlung, Arzneimitteltherapie, Behandlungspflege, Versorgung mit Heil- und Hilfsmitteln) erforderlich, ohne die nach ärztlicher Einschätzung eine lebensbedrohliche Verschlimmerung, eine Verminderung der Lebenserwartung oder eine dauerhafte Beeinträchtigung der Lebensqualität durch die aufgrund der Krankheit nach Satz 1 verursachte Gesundheitsstörung zu erwarten ist.

Unter dem 24.02.2011 beantragte die klagende Krankenkasse bei der beklagten Kassen-ärztlichen Vereinigung die Prüfung der sachlich-rechnerischen Richtigkeit der von Vertragsärzten für das Quartal I/2010 abgerechneten GOP Nr. 03212 (sog. "Chronikerzuschlag"). Diese GOP habe nur bei Versicherten abgerechnet werden dürfen, die sich in einer Dauerbehandlung befunden hätten, d.h. wenigstens ein Jahr lang mindestens einmal pro Quartal ärztlich behandelt worden seien. Dies sei eigenen Auswertungen zufolge in 12.525 Abrechnungsfällen, welche in einer per Datenträger überreichten elektronischen Datei aufgeführt seien, nicht der Fall gewesen. Insgesamt sei für 6.199.875 Punkte, die von insgesamt 2.391 Vertragsärzten abgerechnet worden seien, der Nachweis der Abrechenbarkeit nicht erbracht.

Mit Bescheid vom 11.03.2011 lehnte die Beklagte den Antrag auf der sachlich-rechnerischen Richtigkeit der betreffenden Abrechnungen ab. Die Klägerin habe schon keine Veranlassung im Sinne des [§ 106a Abs. 4 SGB V](#) zur Beantragung einer gezielten Prüfung durch sie – die Beklagte. Hierzu hätte sie nachweisen müssen, weshalb objektive Anhaltspunkte für eine fehlende Dauerbehandlung im Sinne der Chroniker-Richtlinie bestünden. Insoweit treffe zwar zu, dass eine solche erst dann vorliege, wenn eine Krankheit wenigstens ein Jahr lang mindestens einmal im Quartal ärztlich behandelt worden sei. Die Dauerbehandlung könne jedoch im Zeitpunkt der Abrechnung auch schon Jahre zurückliegen. So könnten ältere Diabetiker mit der Zeit so gut medikamentös eingestellt sein, dass eine ärztliche Behandlung der chronischen Krankheit nicht mehr in jedem Quartal notwendig sei.

Hiergegen legte die Klägerin Widerspruch ein. Zunächst gehe sie davon aus, dass [§ 106a Abs. 4 SGB V](#) nicht einschlägig sei, da diese Vorschrift nur für Plausibilitätsprüfungen gelte. Sodann könne der Auffassung der Beklagten nicht gefolgt werden, dass die Abrechnungsvoraussetzungen auch dann gegeben seien, wenn die Dauerbehandlung Jahre zurückliege. Die betreffende Regelung sei so zu verstehen, dass wenigstens ein Jahr lang einmal in jedem Quartal ein Arzt-Patienten-Kontakt – sei es ambulant oder stationär – stattgefunden haben müsse. In allen aufgeführten Abrechnungsfällen sei dies nicht der Fall gewesen. Zu bedenken sei, dass mit dem Zuschlag der höhere Aufwand bei der Behandlung eines chronisch Kranken honoriert werden solle; Erkrankungen, die keine ärztliche Behandlung in jedem Quartal erforderten, rechtfertigten daher keinen Zuschlag.

Mit Bescheid vom 18.04.2011 wies die Beklagte den Widerspruch zurück. Zunächst gelte [§ 106a Abs. 4 SGB V](#) durchaus auch für Prüfungen der sachlich-rechnerischen Richtigkeit. Daher werde daran festgehalten, dass eine Prüfung nur verlangt werden könne, wenn dazu eine Veranlassung bestehe. Insoweit müsse im jeweiligen Einzelfall dargelegt werden, weshalb die Abrechnungsvoraussetzungen nicht vorlägen. Zur Frage, ob die Dauerbehandlung auch Jahre zurückliegen könne, sei darauf hinzuweisen, dass der Gemeinsame Bundesausschuss in § 2 Abs. 2 Chroniker-Richtlinie die Vergangenheitsform ("wurde") verwendet habe. Abgesehen davon habe die Klägerin kein Berichtigungsinteresse, da die GOP Nr. 03212 keine Einzelleistungsvergütung betreffe, sondern Bestandteil der pauschalen Gesamtvergütung sei, so dass Korrekturbeträge im Falle einer fehlerhaften Abrechnung nicht der Klägerin zugute kämen, sondern nach § 49 Satz 2 Bundesmantelvertrag-Ärzte/Ersatzkassen (EKV, in der im Quartal I/2010 geltenden Fassung) wieder in die Honorarverteilung fielen.

Die Klägerin hat am 25.05.2011 Klage zum Sozialgericht Dresden (SG) erhoben. Sie hat an ihrer bereits im Verwaltungsverfahren geäußerten Rechtsauffassung festgehalten. In § 2 Abs. 2 Chroniker-Richtlinie sei die Vergangenheitsform ("wurde") nur gewählt worden, um zu verdeutlichen, dass sich die Voraussetzung der Dauerbehandlung auf einen abgeschlossenen Zeitraum unmittelbar vor der Beurteilung der Chroniker-Eigenenschaft beziehe. Liege die Dauerbehandlung dagegen Jahre zurück, seien die Abrechnungsvoraussetzungen nicht gegeben. Es bestehe auch ein Berichtigungsinteresse. Denn nach Einführung des neuen Vergütungssystems zum 01.01.2009 (vgl. [§§ 85a ff. SGB V](#) in der vom 01.04.2007 bis 31.12.2011 geltenden Fassung) sei das mit der Leistungsabrechnung der Vertragsärzte verbundene finanzielle Risiko in erheblichem Umfang von den Kassenärztlichen Vereinigungen auf die Krankenkassen verlagert worden. Daraus ergebe sich die Notwendigkeit, den Krankenkassen eine weitergehende Verantwortung bei der Überprüfung der Abrechnungen zu übertragen.

Das SG hat der Klage mit Urteil vom 27.11.2013 stattgegeben und die Beklagte unter Aufhebung des Bescheides vom 11.03.2011 in Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 18.04.2011 verurteilt, über den Antrag der Klägerin auf sachlich-rechnerische Richtigstellung für das Quartal I/2010 in Bezug auf die Abrechnung der GOP Nr. 03212 unter Beachtung der Rechtsauffassung des Gerichts neu zu entscheiden. Ungeachtet dessen, dass die vierjährige Ausschlussfrist, innerhalb derer gegenüber den Vertragsärzten noch Richtigstellungen möglich seien, noch nicht abgelaufen sei, bestehe ein Bescheidungsinteresse auch mit Blick auf eventuelle Haftungsansprüche gemäß [§ 106a Abs. 7 i.V.m. § 106 Abs. 4b SGB V](#). Die Beklagte habe die Prüfung der sachlich-rechnerischen Richtigkeit der betreffenden Abrechnungen zu Unrecht abgelehnt. Soweit [§ 106a Abs. 4 SGB V](#) für Anträge auf gezielte Prüfungen verlange, dass hierfür eine Veranlassung bestehen müsse, bedeute dies nur, dass keine Anträge ins Blaue hinein gestellt werden dürften. Näheres dazu fänden sich in den nach [§ 106a Abs. 5 SGB V](#) auf Landesebene vereinbarten Verfahrensbestimmungen. Die Voraussetzungen nach Teil D § 1 Abs. 2 und 5 der entsprechenden Vereinbarung zwischen der Beklagten sowie den Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen vom 07.06.2006 habe die Klägerin beachtet. Insoweit genügten ihre Schreiben vom 24.02.2011 und 23.03.2011 sowie die arztbezogene Auflistung der betreffenden Abrechnungsfälle. In der Sache seien die von der Klägerin beanstandeten Abrechnungen der GOP Nr. 03212 aufgrund des fehlenden Arzt-Patienten-Kontakts in den der Abrechnung vorangegangenen vier Quartalen rechtswidrig. Denn der Wortlaut der Vergütungsbestimmung verlange, dass der Versicherte vor dem Abrechnungsquartal wenigstens ein Jahr lang mindestens einmal pro Quartal wegen der betreffenden Krankheit ärztlich behandelt worden sei. Für ein solches Verständnis spreche auch die Ausnahmeregelung zu Neugeborenen, Säuglingen und Kleinkindern bis zur Vollendung des zweiten Lebensjahres; diese wäre zumindest teilweise überflüssig, wenn nicht eine einjährige Dauerbehandlung vor dem Abrechnungsquartal erforderlich sei.

Hiergegen richtet sich die Beklagte mit ihrer am 10.01.2014 eingelegten Berufung. Die bisherige Rechtsauffassung werde weiter vertreten. Das Argument des SG hinsichtlich der Ausnahme für Kinder bis zum vollendeten zweiten Lebensjahr überzeuge nicht. Abgesehen davon verursache ein chronisch Kranker aufgrund der weiteren Merkmale des § 2 Abs. 2 Chroniker-Richtlinie (Pflegebedürftigkeit, Behinderung, kontinuierliche medizinische Versorgung) auch dann einen besonderen Aufwand, wenn er nicht im Vorquartal bei einem Arzt vorstellig

gewesen sei. Die Auslegung der Klägerin setze Fehlanreize, wenn die Bemühungen des Arztes, einen Chroniker so gut medikamentös einzustellen, dass ihm ein quartalsweiser Arztbesuch erspart bleibe, mit einem Verlust der GOP Nr. 03212 bestraft würden.

Die Beklagte beantragt, das Urteil des Sozialgerichts Dresden vom 27. November 2013 aufzuheben und die Klage abzuweisen.

Die Klägerin beantragt, die Berufung gegen das Urteil des Sozialgerichts Dresden vom 27. November 2013 zurückzuweisen.

Sie hält das Urteil des SG für zutreffend. Fehlanreize gebe es nicht. Ein medikamentös gut eingestellter Versicherter, verursache keinen erhöhten Behandlungsaufwand. Daher müsse für seine Behandlung auch kein Zuschlag nach GOP Nr. 03212 gewährt werden.

Dem Senat haben die Verwaltungsakten der Beteiligten sowie die Gerichtsakten beider Rechtszüge vorgelegen. Hierauf und auf die Schriftsätze der Beteiligten sowie den übrigen Akteninhalt wird zur Ergänzung des Tatbestandes Bezug genommen.

Entscheidungsgründe:

I.

Die Berufung, über die mit Einverständnis der Beteiligten gemäß [§ 153 Abs. 1](#), [§ 124 Abs. 2](#) Sozialgerichtsgesetz (SGG) ohne mündliche Verhandlung entschieden wird, hat keinen Erfolg. Zu Recht hat das SG der Klage stattgegeben und die Beklagte unter Aufhebung der angefochtenen Bescheide verpflichtet, über den Antrag der Klägerin auf Prüfung der sachlich-rechnerischen Richtigkeit der von Vertragsärzten für das Quartal I/2010 abgerechneten GOP Nr. 03212 neu zu entscheiden.

1. Die Klage ist zulässig.

a) Über den Antrag der Klägerin vom 24.02.2011 auf Prüfung der sachlich-rechnerischen Richtigkeit hatte die Beklagte durch Verwaltungsakt zu entscheiden. Richtige Klageart ist demzufolge die Anfechtungs- und Verpflichtungsklage.

Nach [§ 106a Abs. 1 SGB V](#) in der seit 01.01.2004 geltenden Fassung haben die Kassenärztlichen Vereinigungen insbesondere die Rechtmäßigkeit der Abrechnungen in der vertragsärztlichen Versorgung zu prüfen sowie gemäß [§ 106a Abs. 2 Satz 1 SGB V](#) die sachliche und rechnerische Richtigkeit der Abrechnungen festzustellen. Dabei ist die in [§ 106a Abs. 2 Satz 1 SGB V](#) vorgesehene Prüfung der Abrechnungen der Vertragsärzte nicht darauf beschränkt, bloße Schreib- oder Rechenfehler zu korrigieren; sie zielt umfassend auf die Feststellung, ob die Leistungen rechtmäßig, also im Einklang mit den gesetzlichen, vertraglichen oder satzungsrechtlichen Vorschriften des Vertragsarztrechts – mit Ausnahme des Wirtschaftlichkeitsgebots – abgerechnet wurden (Engelhard in: Hauck/Noftz, Lfg. 1/2014, SGB V, § 106a RdNr. 25 ff. m.w.N.). Das Richtigstellungsverfahren kann von Amts wegen oder auf Antrag einer Krankenkasse durchgeführt werden. Die Neuregelungen in [§ 106a SGB V](#) haben daran nichts geändert (Engelhart, a.a.O., § 106a RdNr. 29a).

Die gesetzliche Kodifizierung der Richtigstellungspflicht der Kassenärztlichen Vereinigungen in [§ 106a Abs. 2 Satz 1 SGB V](#) knüpft an entsprechende bundesmantelvertraglich vereinbarte Regelungen an (Bundessozialgericht [BSG], Urteil vom 19.10.2011 – [B 6 KA 30/10 R](#) – juris RdNr. 13). Eine solche Regelung bestand bei Erlass der angefochtenen Bescheide für den Bereich der Ersatzkassen weiterhin in § 34 Abs. 4 EKV (siehe [§ 217f Abs. 5 SGB V](#) zur Fortgeltung über den 30.06.2008 hinaus) und besteht nunmehr seit 01.10.2013 für alle Kassenarten einheitlich in § 45 Abs. 3 und 4 Satz 1 Bundesmantelvertrag-Ärzte (BMV). Ferner bestimmte früher § 34 Abs. 5 EKV und bestimmt nunmehr § 45 Abs. 4 Satz 2 BMV, dass das Recht der Krankenkasse, eine sachlich-rechnerische Richtigstellung zu beantragen, gesamtvertraglich näher ausgestaltet wird. In diesem Sinne gilt hier – worauf das SG zu Recht hingewiesen hat – die gemäß [§ 106a Abs. 5 SGB V](#) von den Gesamtvertragsparteien gemeinsam und einheitlich abgeschlossene Vereinbarung zur Durchführung der Abrechnungsprüfung vom 07.11.2006. Nach Teil D § 1 Abs. 2 und 5 dieser Vereinbarung sind Anträge einer Krankenkasse auf eine sachlich-rechnerische Richtigstellung innerhalb von zwölf Monaten nach Eingang der Einzelnachweise zu stellen und sollen bestimmten formellen Anforderungen genügen. Hält die Kassenärztliche Vereinigung einen solchen Antrag für gerechtfertigt und führt sie daher eine Abrechnungsberichtigung gegenüber einem Vertragsarzt durch, handelt sie in Form eines Verwaltungsakts gemäß [§ 31](#) Zehntes Buch Sozialgesetzbuch (SGB X).

Dieselbe Handlungsform steht der Kassenärztlichen Vereinigung gegenüber einer Krankenkasse zur Verfügung, wenn sie deren Antrag auf sachlich-rechnerische Richtigstellung ganz oder teilweise ablehnt (BSG, Urteil vom 19.10.2011 – [B 6 KA 30/10 R](#) – juris RdNr. 16 ff.). Dass die Kassenärztliche Vereinigung – in ihrer Funktion als allgemeine Vertragsinstanz – trotz des prinzipiellen Gleichordnungsverhältnisses zu den Krankenkassen bei der Feststellung von Schadensregressen wie auch bei der Durchführung von sachlich-rechnerischen Abrechnungsberichtigungen einer antragstellenden Krankenkasse gegenüber durch Verwaltungsakt entscheiden kann, ist in der Rechtsprechung inzwischen geklärt (BSG, a.a.O., juris RdNr. 16 ff.; BSG, Urteil vom 11.02.2015 – [B 6 KA 15/14 R](#) – juris RdNr. 16 ff.). Mithin kann eine Krankenkasse, die sich auf ihr Antragsrecht beruft, die sachlich-rechnerische Richtigstellung bzw. die gezielte Prüfung der sachlich-rechnerischen Richtigkeit von Abrechnungen gegenüber der Kassenärztlichen Vereinigung im Wege einer Anfechtungs- und Verpflichtungsklage durchsetzen (vgl. BSG, Urteil vom 11.02.2015 – [B 6 KA 15/14 R](#) – juris RdNr. 14; vgl. schon BSG, Urteil vom 19.10.2011 – [B 6 KA 30/10 R](#) – juris RdNr. 20). Eine solche Klage kann – insbesondere wenn die Krankenkasse wie hier keinen konkreten Erstattungsbetrag aufgrund fehlerhafter Abrechnungen geltend macht – auch lediglich auf eine Verpflichtung der Kassenärztlichen Vereinigung zur Neubescheidung gerichtet sein (vgl. BSG, Urteil vom 11.02.2015 – [B 6 KA 15/14 R](#) – juris RdNr. 14).

b) Der Zulässigkeit der Klage steht nicht entgegen, dass nach [§ 78 Abs. 1 Satz 2 Nr. 3 SGG](#) kein Vorverfahren durchzuführen war, weil die Klägerin ein Versicherungsträger ist. In den Fällen des [§ 78 Abs. 1 Satz 2 Nr. 3 SGG](#) ist der Rechtsbehelf des Widerspruchs schlechthin nicht gegeben; es besteht "Vorverfahrensfreiheit" in dem Sinn, dass ein Vorverfahren weder durchgeführt werden muss noch stattfinden darf, sondern ausgeschlossen ist (BSG, Urteil vom 23.06.1994 – [4 RK 3/93](#) – juris RdNr. 25). Der gleichwohl ergangene Widerspruchsbescheid ist daher schon aus diesem Grunde aufzuheben (vgl. Sächsisches Landessozialgericht [LSG], Urteil vom 10.12.2014 – [L 8 KA 15/13](#) – juris RdNr. 24 m.w.N.). Die Durchführung eines unstatthaften Vorverfahrens hat hier nicht dazu geführt, dass die Klagefrist versäumt wurde (dazu dass der Widerspruch eines Versicherungsträgers nicht in eine Klage umgedeutet werden kann: BSG, Urteil vom 23.06.1994 – [4 RK 3/93](#) – juris RdNr. 22; Urteil vom 20.10.1977 – [12 RK 18/76](#) – juris RdNr. 17). Denn weil die Rechtsbehelfsbelehrung in dem Bescheid vom 11.03.2011

fehlerhaft war (Widerspruch statt Klage), hat die Klageerhebung am 25.05.2011 die Klagefrist gewahrt ([§ 87 Abs. 1 Satz 1 i.V.m. § 66 Abs. 2 SGG](#)).

c) Es besteht auch ein Rechtsschutzbedürfnis, obwohl die Klägerin aufgrund [§ 49 Satz 2 EKV](#) bzw. [§ 53 Satz 2 BMV](#) nach der begehrten sachlich-rechnerischen Richtigstellung keinen Erstattungsanspruch hätte. Zwar kann eine Krankenkasse im Rahmen einer Klage auf sachlich-rechnerische Richtigstellung auch die Erstattung eines ggf. daraus resultierenden Korrekturbetrags geltend machen (z.B. BSG, Urteil vom 28.04.2004 – [B 6 KA 19/03 R](#) – juris RdNr. 14). Ihr Antragsrecht ist jedoch nicht ausgeschlossen, wenn eine solche Erstattung grundsätzlich nicht möglich ist. Eine derartige Einschränkung des Antragsrechts ist zum einen den einschlägigen gesetzlichen und untergesetzlichen Bestimmungen nicht zu entnehmen. Zum anderen fordert auch das in [§ 106a Abs. 4 Satz 1 SGB V](#) geregelte Recht der Krankenkassen, gezielte Prüfungen zu beantragen, nicht deren subjektive Betroffenheit, wie sich schon aus der Benennung der Verbände der Krankenkassen als Antragsberechtigte ergibt; dieses Antragsrecht ist nicht einmal auf Leistungen beschränkt, die gegenüber den Versicherten der antragstellenden Krankenkasse erbracht wurden (vgl. Engelhart in: Hauck/Noftz, Stand 1/2014, SGB V, § 106a RdNr. 136). Zumindest solange die Klage lediglich auf eine Neubeschreibung des Antrags gerichtet ist, muss ferner nicht geprüft werden, ob alle (hier 2.391) betroffenen Vertragsärzte im Falle einer Honorarberichtigung der Beklagten gegenüber geltend machen könnten, dass ein Vertrauensschutz entgegenstehe oder die vierjährige Ausschlussfrist abgelaufen sei (dazu Engelhart in: Hauck/Noftz, Lfg. 1/2014, SGB V, § 106a RdNr. 33 bis 35b). Vielmehr besteht im Regelfall ein Rechtsschutzbedürfnis der Krankenkasse, wenn über eine Auslegungsfrage betreffend eine Leistungsposition des EBM gestritten wird (vgl. BSG, Urteil vom 11.02.2015 – [B 6 KA 15/14 R](#) – juris RdNr. 14 unter Bezugnahme auf LSG Sachsen-Anhalt, Urteil vom 16.07.2014 – [L 9 KA 12/12](#) – juris, das über einen gleichgelagerten Fall zu entscheiden hatte). Die hier streitige Auslegungsfrage zur GOP Nr. 03212 hat im Übrigen auch mit Blick auf mehrere Widerspruchsverfahren der Klägerin Bedeutung, die nach Angaben der Beteiligten aufgrund des vorliegenden Verfahrens ruhend gestellt worden sind.

d) Die betroffenen Vertragsärzte mussten nicht gemäß [§ 75 Abs. 2 SGG](#) notwendig beigelegt werden. Zwar stellen sich in den Rechtsverhältnissen zwischen diesen und der Beklagten hinsichtlich der Frage, ob eine sachlich-rechnerische Richtigstellung erfolgen kann, die gleichen Rechtsfragen wie hier. Ein Fall notwendig einheitlicher Entscheidung ist aber nicht gegeben. Rechtsverbindliche Präjudizwirkungen der hier ergehenden Entscheidung für die Rechtsverhältnisse zwischen der Beklagten und den betroffenen Vertragsärzten bestehen nicht (vgl. BSG, Urteil vom 28.04.2004 – [B 6 KA 19/03 R](#) – juris RdNr. 12; Urteil vom 11.02.2015 – [B 6 KA 15/14 R](#) – juris RdNr. 13).

2. Die Klage ist begründet. Das SG hat zu Recht der Klage stattgegeben und die Beklagte unter Aufhebung des Bescheides vom 11.03.2011 und des Widerspruchsbescheides vom 18.04.2011 zur Neubeschreibung des Antrags der Klägerin verurteilt. Allerdings war der Widerspruchsbescheid vom 18.04.2011 schon allein deshalb aufzuheben, weil – wie bereits (oben unter 1b) ausgeführt – ein Vorverfahren nicht durchzuführen war.

a) Inwieweit ein Antrag auf sachlich-rechnerische Richtigstellung formellen Anforderungen genügen muss, muss vorliegend nicht im Einzelnen geklärt werden (vgl. dazu LSG Sachsen-Anhalt, Urteil vom 16.07.2014 – [L 9 KA 12/12](#) – juris RdNr. 43 m.w.N.; zur Frist siehe jedoch BSG, Urteil vom 11.02.2015 – [B 6 KA 15/14 R](#) – juris RdNr. 18). Der Antrag auf Prüfung der sachlich-rechnerischen Richtigkeit vom 24.02.2011 wurde jedenfalls unstreitig binnen der Jahresfrist gemäß Teil D § 1 Abs. 2 der Vereinbarung zur Durchführung der Abrechnungsprüfung vom 07.11.2006 gestellt. Entsprechend Teil D § 1 Abs. 5 dieser Vereinbarung war der Antrag in Verbindung mit der hierzu erstellten elektronischen Datei auch hinreichend konkretisiert; es war ohne Weiteres ersichtlich, um welchen Prüfgegenstand bzw. welche Abrechnungsfälle, welche Ärzte, welches Quartal und um welchen behaupteten Rechtsverstoß es der Klägerin aufgrund welcher Erkenntnisse (hier Datenabgleich nach der genannten Prüffrage) ging. Insoweit hatte auch im Sinne des [§ 106a Abs. 4 Satz 1 SGB V](#) eine Veranlassung für einen Antrag auf eine gezielte Prüfung bestanden, da dies lediglich einen begründeten Verdacht der fehlerhaften Abrechnung in konkreten Fällen erfordert (vgl. Engelhart in: Hauck/Noftz, Stand 1/2014, SGB V, § 106a RdNr. 139). Soweit die vorgenannte Vereinbarung weitere Detailregelungen enthält, z.B. die Verwendung eines Formulars vorgibt, handelt es sich um Ordnungsvorschriften, die nur im Interesse einer effektiven Verfahrensdurchführung bestehen (so auch LSG Sachsen-Anhalt, Urteil vom 16.07.2014 – [L 9 KA 12/12](#) – juris RdNr. 43).

b) In der Sache hat die Beklagte den Antrag der Klägerin aus unzutreffenden Gründen abgelehnt. Die hierfür maßgebliche Rechtsauffassung der Beklagten, dass es für die Abrechnung des Zuschlags gemäß GOP Nr. 03212 genüge, wenn eine Dauerbehandlung im Sinne des § 2 Abs. 2 Chroniker-Richtlinie irgendwann in der Vergangenheit erfolgt sei, ist unzutreffend. Vielmehr setzt die Abrechnung voraus, dass die Krankheit zuvor für wenigstens ein Jahr – also für vier oder mehr Quartale – mindestens einmal pro Quartal ärztlich behandelt wurde und diese Dauerbehandlung auch im Zeitpunkt der Abrechnung andauert hat.

Für die Auslegung vertragsärztlicher Vergütungsbestimmungen ist in erster Linie der Wortlaut der Regelungen maßgeblich. Dies gründet sich zum einen darauf, dass das vertragliche Regelwerk dem Ausgleich der unterschiedlichen Interessen von Ärzten und Krankenkassen dient und es vorrangig Aufgabe des Normgebers des EBM – des Bewertungsausschusses gemäß [§ 87 Abs. 1 SGB V](#) – ist, Unklarheiten zu beseitigen. Zum anderen folgt die primäre Bindung an den Wortlaut aus dem Gesamtkonzept des EBM als einer abschließenden Regelung, die keine Ergänzung oder Lückenfüllung durch Rückgriff auf andere Leistungsverzeichnisse bzw. Gebührenordnungen oder durch analoge Anwendung zulässt. Raum für eine systematische Interpretation im Sinne einer Gesamtschau der in innerem Zusammenhang stehenden vergleichbaren oder ähnlichen Leistungstatbestände ist nur dann, wenn der Wortlaut eines Leistungstatbestandes zweifelhaft ist und es einer Klarstellung bedarf. Eine entstehungsgeschichtliche Auslegung kommt bei unklaren oder mehrdeutigen Regelungen zwar in Betracht, kann allerdings nur anhand von Dokumenten erfolgen, in denen die Urheber der Bestimmungen diese in der Zeit ihrer Entstehung selbst erläutert haben (ständige Rechtsprechung, siehe nur BSG, Urteil vom 11.02.2015 – [B 6 KA 15/14 R](#) – juris RdNr. 21 m.w.N.).

Dem in erster Linie maßgeblichen Wortlaut der GOP Nr. 03212 ist zu entnehmen, dass eine Abrechnung nur erfolgen darf, wenn ein Versicherter behandelt wurde, bei dem (mindestens) eine schwerwiegende chronische Krankheit gemäß § 2 Abs. 2 Chroniker-Richtlinie vorliegt. Während also die inhaltliche Bedeutung des Wortlauts der Vergütungsbestimmung eindeutig ist und ihr von den Beteiligten erörterter Sinn und Zweck ohnehin nicht ausschlaggebend ist, kommt es hier entscheidend auf die Auslegung des § 2 Abs. 2 Chroniker-Richtlinie an, auf den der Bewertungsausschuss in der GOP Nr. 03212 uneingeschränkt verwiesen hat. Diese Bestimmung hat mit der vertragsärztlichen Vergütung unmittelbar nichts zu tun. Vielmehr dient sie – wie dem Titel der Richtlinie zu entnehmen ist – der Definition der schwerwiegenden chronischen Krankheit im Sinne des [§ 62 SGB V](#), die der Gemeinsame Bundesausschuss gemäß [§ 62 Abs. 1 Satz 8 SGB](#)

[V](#) zu bestimmen hat. Die Bedeutung dieser Definition liegt darin, dass für Versicherte mit einer solchen Erkrankung die Belastungsgrenze für Zuzahlungen (vgl. [§ 62 Abs. 1 Satz 1](#), [§ 61 SGB V](#)) gemäß [§ 62 Abs. 1 Satz 2 SGB V](#) von zwei auf ein Prozent der jährlichen Bruttoeinnahmen zum Lebensunterhalt abgesenkt wird.

Das Gesetz belässt dem Gemeinsamen Bundesausschuss allerdings keine völlige Freiheit bei der Definition, was unter einer schwerwiegenden chronischen Erkrankungen zu verstehen ist. Vielmehr gibt [§ 62 Abs. 1 Satz 2 Halbs. 2 SGB V](#) zwingend vor, dass schwerwiegende chronische Erkrankungen nur bei "chronisch Kranken" vorliegen, "die wegen derselben schwerwiegenden Krankheit in Dauerbehandlung sind". Schon deshalb ist eine Auslegung des § 2 Abs. 2 Chroniker-Richtlinie im Sinne der Auffassung der Beklagten ausgeschlossen, die eine schwerwiegende chronische Erkrankung auch dann für möglich hält, wenn die Dauerbehandlung in der Vergangenheit lag. Dies widerspräche dem eindeutigen Gesetzeswortlaut ("in Dauerbehandlung sind"), der eine noch anhaltende (Dauer-) Behandlung verlangt (so auch LSG Sachsen-Anhalt, Urteil vom 16.07. 2014 - [L 9 KA 12/12](#) - juris RdNr. 57). Die schwerwiegende chronische Erkrankung – nicht im medizinischen Sinne, sondern im hier interessierenden Rechtssinne – endet demzufolge mit dem Ende der Dauerbehandlung, d.h. dem Quartal, in dem die Erkrankung nicht mehr ärztlich behandelt wird, sodass für den betreffenden Versicherten wieder die allgemeine Belastungsgrenze gilt (vgl. auch Albers in: jurisPK, SGB V, 2. Aufl., § 62 RdNr. 23). Durch die vom Gemeinsamen Bundesausschuss in § 2 Abs. 2 Chroniker-Richtlinie gewählte Vergangenheitsform ("wurde") soll – worauf die Klägerin zutreffend hingewiesen hat – lediglich klargestellt werden, dass die Belastungsgrenze erst ab dem Quartal abzusenken ist, das auf die Erfüllung der Voraussetzungen einer Dauerbehandlung, d.h. die mindestens einjährige Behandlung der Krankheit mit mindestens einem Arzt-Kontakt pro Quartal, folgt. Mit Blick auf die klaren gesetzlichen Vorgaben erübrigen sich weitere Überlegungen zur Ausnahmeregelung in der GOP Nr. 03212 für Neugeborene, Säuglinge und Kleinkinder bis zur Vollendung des zweiten Lebensjahrs; diese Abweichung von § 2 Abs. 2 Chroniker-Richtlinie macht Sinn, weil die betroffenen Kinder aufgrund ihres Alters die Voraussetzung einer bereits stattgehabten einjährigen Dauerbehandlung im ersten Lebensjahr überhaupt nicht und im zweiten Lebensjahr selbst bei chronischen Krankheiten nur schwer erfüllen können.

Soweit in den von der Klägerin in ihrem Antrag vom 24.02.2011 aufgeführten Fällen die jeweiligen Versicherten in den Quartalen I/2009 bis IV/2009 keinerlei ärztliche Behandlung und damit auch keine Behandlung einer chronischen Krankheit erfahren haben, sind die beanstandeten Abrechnungen der GOP Nr. 03212 also zu Unrecht erfolgt.

II.

Die Kostenentscheidung beruht auf [§ 197a Abs. 1 Satz 1 SGG](#) in Verbindung mit [§ 154 Abs. 2](#) Verwaltungsgerichtsordnung.

III.

Gründe für die Zulassung der Revision ([§ 160 Abs. 2 SGG](#)) sind nicht gegeben.

IV.

Die Entscheidung über den Streitwert folgt aus [§ 47 Abs. 1](#) und 2, [§ 52 Abs. 1](#) und 2 Gerichtskostengesetz und entspricht derjenigen im erstinstanzlichen Verfahren.

Dr. Wahl Kirchberg Stinshoff
Rechtskraft
Aus
Login
FSS
Saved
2016-04-21