

S 18 KA 101/13

Land

Freistaat Sachsen

Sozialgericht

SG Dresden (FSS)

Sachgebiet

Vertragsarztangelegenheiten

Abteilung

18

1. Instanz

SG Dresden (FSS)

Aktenzeichen

S 18 KA 101/13

Datum

17.12.2014

2. Instanz

Sächsisches LSG

Aktenzeichen

-

Datum

-

3. Instanz

Bundessozialgericht

Aktenzeichen

-

Datum

-

Kategorie

Urteil

Leitsätze

(1.) Zum Anspruch einer Krankenkasse auf Abrechnungskorrektur zum Ausgleich fehlerhafter Belastungen mit den Kosten außerhalb der Gesamtvergütung abgerechneter vertragsärztlicher Leistungen wegen unzutreffender Angabe des Kostenträgers und wegen Verstößen gegen das Regelwerk des EBM (hier: Mehrfachabrechnung einmalig abrechenbarer Leistungen).

(2.) Im Anwendungsbereich der Vorschriften über die Abrechnungsprüfung durch die Krankenkassen nach [§ 106a Abs. 3](#), 5 und 6 SGB V ist für konkurrierende Regelungen über die Abrechnungsprüfung und den Ausgleich eines sonstigen Schadens (§ 48 BMV-Ä) in den Bundesmantelverträgen und in den Gesamtverträgen kein Raum (hinsichtlich Gesamtverträgen Anschluss an Sozialgericht Mainz, Urteil vom 30.07.2014, Az. S 16 KA 100/13).

(3.) Insbesondere steht einer Honorarberichtigung im Wege der sachlich-rechnerischen Richtigstellung durch die Kassenärztliche Vereinigung gegenüber dem Vertragsarzt ([§ 106a Abs. 2 Satz 1 SGB V](#)) in Umsetzung einer Abrechnungsprüfung der Krankenkasse nach [§ 106a Abs. 3 SGB V](#) wegen unzutreffender Angabe des Kostenträgers nicht die Bagatellgrenze des § 51 Satz 1 BMV-Ä entgegen.

I. Der Bescheid vom 01.02.2013 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 11.04.2013 wird aufgehoben. Die Beklagte wird verurteilt, über den Antrag der Klägerin auf sachlich-rechnerische Richtigstellung wegen fehlender Leistungspflicht des angegebenen Kostenträgers vom 14.08.2012, Gz. KV 98 ULE Q32011, unter Beachtung der Rechtsauffassung des Gerichts neu zu entscheiden. Der Bescheid vom 01.02.2013 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 11.04.2013 wird aufgehoben. Die Beklagte wird verurteilt, über den Antrag der Klägerin auf sachlich-rechnerische Richtigstellung wegen mehrfacher Abrechnung der Gebührenordnungsposition Nr. 01730 EBM im Kalenderjahr vom 14.08.2012, Gz. KV 98 PrüfärztlAbrg2011, unter Beachtung der Rechtsauffassung des Gerichts neu zu entscheiden. Im Übrigen wird die Klage abgewiesen. II. Die Kosten des Verfahrens trägt die Beklagte. III. Der Streitwert wird auf 58,15 EUR festgesetzt. IV. Die Berufung ist zugelassen.

Tatbestand:

Die Beteiligten streiten über einen Anspruch der klagenden Krankenkasse auf Abrechnungskorrektur zum Ausgleich fehlerhafter Belastungen der Klägerin mit den Kosten außerhalb der Gesamtvergütung abgerechneter vertragsärztlicher Leistungen. Antrag wegen unzutreffender Angabe des Kostenträgers (22,41 EUR) Mit am 24.08.2012 bei der Beklagten eingegangenem Schreiben vom 14.08.2012 beantragte die Klägerin eine Korrektur der Abrechnung vertragsärztlicher Leistungen des Quartals III/2011 unter anderem zum Ausgleich von Kosten, die ihr dadurch entstanden seien, dass Fachärzte für Frauenheilkunde in drei Fällen zytologische Untersuchungen gemäß Abschnitt B.II §§ 7 und 8 der Krebsfrüherkennungs-Richtlinie (KFE-RL) nach Nr. 01733 EBM zu je 7,47 EUR abgerechnet hatten, obwohl die in den Behandlungsausweisen angegebenen Versicherten nicht der Klägerin zugeordnet werden konnten. Die Klägerin war deshalb in Höhe von insgesamt 22,41 EUR außerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung belastet worden. Einen darüber hinaus mit zur Korrektur gestellten Betrag in Höhe von weiteren 30,49 EUR stellte die Beklagte unter dem 01.02.2013 der BKK Pfalz als dem zutreffenden Kostenträger in Rechnung. Mit Bescheid vom 01.02.2013 gab die Beklagte dem Antrag der Klägerin insoweit statt, als sie der Klägerin eine Gutschrift in Höhe der 30,49 EUR zuerkannte, für die sie die BKK Pfalz als richtigen Kostenträger ermittelt hatte. Im Übrigen lehnte sie den Antrag der Klägerin ab, weil in den drei verbleibenden Fällen der Schadensbetrag mit je 7,47 EUR unter der Geringfügigkeitsgrenze von 25,60 EUR liege. Mit ihrem am 27.02.2013 hiergegen erhobenen Widerspruch vom 25.02.2013 machte die Klägerin einen Anspruch auf Korrektur der Abrechnung in Höhe des noch offenen Betrages von 22,41 EUR geltend. Den Vertragspartnern fehle die Regelungskompetenz zur Einschränkung der Prüfaufgaben aus [§ 106a Abs. 2](#) und 3 SGB V durch Fristen und Bagatellgrenzen. § 44 EKV sei bei fehlerhafter Angabe des Kostenträgers nicht einschlägig. Die Prüfung richte sich vielmehr nach [§ 106a Abs. 3 SGB V](#) in Verbindung mit § 16 Abs. 2 Nr. 2 der Richtlinien gemäß § 106a (RL § 106a) mit der Konsequenz, dass die Honorarabrechnung des Vertragsarztes zu berichtigen, nicht aber ein

sog. sonstiger Schaden auszugleichen sei. Die Beklagte wies den Widerspruch mit Widerspruchsbescheid vom 11.04.2013 unter Verweis auf die Bagatellgrenze nach § 47 Satz 1 in Verbindung mit § 44 Abs. 4 Satz 1 und Satz 2 Nr. 1 EKV zurück. Der Gesetzgeber habe in [§ 106a SGB V](#) die bisher mantelvertraglich geregelten Prüfungszuständigkeiten gesetzlich kodifiziert, wobei die Vorschriften der Mantelverträge zur sachlich-rechnerischen Richtigstellung auf Grund des Regelungszusammenhanges weiter zu beachten seien. Antrag wegen Mehrfachabrechnung einmalig abrechenbarer Leistungen (35,74 EUR) Mit am 07.09.2012 eingegangenem Schreiben vom 14.08.2012 beantragte die Klägerin eine Korrektur der Abrechnung vertragsärztlicher Leistungen aus den Quartalen I bis IV/2011 unter anderem zum Ausgleich von Kosten, die ihr dadurch entstanden seien, dass Fachärzte für Frauenheilkunde in zwei Fällen nur einmalig im Kalenderjahr abrechenbare Leistungen zur Krebsfrüherkennung gemäß Abschnitt B.II. §§ 6 und 8 KFE-RL nach Nr. 01730 EBM zu je 17,87 EUR zweifach im Kalenderjahr abgerechnet hatten. In beiden Fällen war wegen einer zwischenzeitlichen Änderung des Familiennamens die Identität der Versicherten nicht beachtet worden. Hierdurch war die Klägerin in Höhe von 35,74 EUR außerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung belastet worden. Die Beklagte lehnte mit Bescheid vom 01.02.2013 eine Gutschrift des Korrekturbetrages ab, weil die Geringfügigkeitsgrenze von 50,00 EUR entsprechend der Vereinbarung nach [§ 106a Abs. 5 SGB V](#) zur Durchführung der Abrechnungsprüfung zwischen der Beklagten und den Landesverbänden der sächsischen Krankenkassen (PrüfV § 106a) nicht überschritten sei. Den am 14.02.2013 hiergegen erhobenen Widerspruch vom 12.02.2013 begründete die Klägerin wiederum damit, dass die Vertragspartner nicht befugt seien, die Prüfaufgaben aus [§ 106a Abs. 3 SGB V](#) in Verbindung mit § 16 Abs. 2 Nr. 3 KFE-RL durch Fristen und Bagatellgrenzen einzuschränken. Die Beklagte wies auch diesen Widerspruch mit Widerspruchsbescheid vom 11.04.2013 zurück. Die Bagatellgrenze von 50,00 EUR ergebe sich aus Teil D § 1 Abs. 7 PrüfV § 106a in Verbindung mit § 16 Abs. 2 Nr. 3 KFE-RL. Klageverfahren Gegen die Bescheide vom 01.02.2013 in der Gestalt der Widerspruchsbescheide vom 11.04.2013 richtet sich die am 14.05.2013 eingegangene Klage. Die Klägerin macht geltend, die Beklagte sei gemäß [§ 106a Abs. 2 Satz 1 SGB V](#) zur Korrektur der vertragsärztlichen Abrechnung im Wege der sachlich-rechnerischen Richtigstellung verpflichtet. Die Mantelvertragspartner seien nicht befugt, hiervon abweichende Regelungen zu erlassen. Die Bagatellgrenze des § 47 EKV sei mit der Ablösung des Arzt-/Ersatzkassen-Vertrages durch den am 01.10.2013 in Kraft getretenen einheitlichen Bundesmantelvertrag-Ärzte weggefallen. Tatsächlich sei für den Ausgleich eines sog. sonstigen Schadens wegen Angabe des falschen Kostenträgers nach § 44 Abs. 4 EKV, für den die Bagatellgrenze gegolten habe, schon seit Einführung der gemeinsamen Abrechnungsprüfung nach [§ 106a SGB V](#) kaum noch ein Anwendungsbereich verblieben. In den Fällen des Missbrauchs der Krankenversicherungskarte komme es, in Abgrenzung zur vorliegenden Fallgruppe, in der Regel nicht zu einer Kostenfehlbelastung, zumal der Arzt von Regressen freigestellt werde. Probleme bei der Zuordnung zum Kostenträger träten immer erst dann auf, wenn keine Krankenversichertenkarte vorgelegt und das Ersatzverfahren durchgeführt werde, obwohl dies im konkreten Fall nicht statthaft sei, und nach späterer Vorlage der Krankenversichertenkarte die Daten nicht mehr korrigiert würden. Die Bagatellgrenze nach Teil D § 1 Abs. 7 PrüfV § 106a sei für den Antrag wegen Mehrfachabrechnung einmalig abrechenbarer Leistungen nicht einschlägig. Sie gelte nur für Anträge auf anlassbezogene Plausibilitätsprüfungen nach [§ 106a Abs. 4 SGB V](#), nicht aber für Prüfungen der Krankenkassen nach [§ 106a Abs. 3 Satz 1 Nr. 3 und Satz 2 SGB V](#), zu deren Umsetzung die Beklagte von Amts wegen verpflichtet sei.

Die Klägerin beantragt, 1. den Bescheid vom 01.02.2013 in der Gestalt des Widerspruchsbescheids vom 11.04.2013 aufzuheben und die Beklagte zu verurteilen, die sachliche und rechnerische Richtigkeit der Abrechnungen unter Berücksichtigung der Mitteilung der Klägerin über ihre fehlende Leistungspflicht vom 14.08.2012, Gz. KV 98 ULE Q32011, festzustellen und die Honorarbescheide entsprechend zu ändern. Die Beklagte wird verpflichtet, der Klägerin die sich aus den Änderungen ergebenden Honorargutschriften in Höhe von 22,41 EUR auszuzahlen; 2. den Bescheid vom 01.02.2013 in der Gestalt des Widerspruchsbescheids vom 11.04.2013 aufzuheben und die Beklagte zu verurteilen, die sachliche und rechnerische Richtigkeit der Abrechnungen unter Berücksichtigung der Mitteilung der Klägerin über ihre Prüfergebnisse vom 14.08.2012, Gz. KV 98 Prüfärztl-Abg-2011, unter Beachtung der Abrechenbarkeit der Gebührenordnungsposition 01730 nur einmalig im Kalenderjahr festzustellen und die Honorarbescheide entsprechend zu ändern. Die Beklagte wird verpflichtet, der Klägerin die sich aus den Änderungen ergebenden Honorargutschriften in Höhe von 35,74 EUR auszuzahlen.

Die Beklagte beantragt, die Klage abzuweisen. Die generelle Befugnis zum Abschluss der Bundesmantelverträge gelte weiter. § 44 Abs. 4 und § 47 EKV habe durch [§ 106a SGB V](#) nicht aufgehoben oder ersetzt werden sollen. Die Regelungen des Bundesmantelvertrags widersprächen nicht dem Gesetz. Die Auslegung der Klägerin hätte hingegen zur Folge, dass sie bedeutungslos würden. Die Bagatellgrenze konkretisiere den allgemeinen Verhältnismäßigkeitsgrundsatz und sei Ausdruck der Schadensminderungsobliegenheit des Geschädigten. Wegen der Einzelheiten des Vorbringens der Beteiligten wird auf den Inhalt der gerichtlichen Verfahrensakte und auf die beigezogene Verwaltungsakte der Beklagten verwiesen.

Entscheidungsgründe:

Die Kammer entscheidet in der Besetzung gemäß [§ 12 Abs. 3 Satz 1 SGG](#) mit je einem ehrenamtlichen Richter aus den Kreisen der Krankenkassen und der Vertragsärzte, weil der Streitgegenstand die Beziehungen zwischen einer Krankenkasse und einer Vereinigung der Vertragsärzte, mithin das Vertragsarztrecht im Sinne von [§ 10 Abs. 2 Satz 1 SGG](#) betrifft und über die Angelegenheiten der Vertragsärzte nach [§ 12 Abs. 3 Satz 2 SGG](#) hinausgreift (vgl. Bundessozialgericht, Urteil vom 28.04.2004, Az. [B 6 KA 19/03 R](#)). Die vom Richtigstellungsbegehren der Klägerin betroffenen Vertragsärzte waren nicht notwendig beizuladen. Zwar stellen sich im Verhältnis zwischen Vertragsarzt und Beklagter anlässlich einer sachlich-rechnerischen Richtigstellung die gleichen Rechtsfragen wie im vorliegenden Verfahren. Ein Fall notwendig einheitlicher Entscheidung ist aber nicht gegeben. Das Urteil über den Anspruch auf Bescheidung des Honorarberichtigungsantrags hat keine Präjudizwirkung für den Inhalt des von der Beklagten zu erlassenden Bescheides (Bundessozialgericht, Urteil vom 28.04.2004, Az. [B 6 KA 19/03 R](#), juris Rn. 12). Der gebotene Gleichlauf der sachlich-rechnerischen Prüfung im Verhältnis zwischen Klägerin und Beklagter einerseits und zwischen Beklagter und Vertragsarzt andererseits ist vielmehr dadurch herzustellen, dass der neu zu erlassende Bescheid sowohl der Klägerin als auch den Vertragsärzten bekanntzugeben ist. Erst auf eine gegen diese einheitliche Entscheidung gerichtete Klage hin ist der von der Entscheidung Begünstigte gemäß [§ 75 Abs. 2 Alt. 1 SGG](#) notwendig beizuladen (vgl. Bundessozialgericht, Urteil vom 19.10.2011, Az. [B 6 KA 30/10 R](#), juris Rn. 20). Die Klage ist zulässig und in beiden Punkten im Sinne der Neubescheidung des Korrekturbegehrens nach [§ 106a Abs. 2 Satz 1](#) 1. Halbsatz in Verbindung mit Abs. 3 Satz 2 SGB V zulässig und begründet. Nur soweit die Klägerin darüber hinausgehend eine sachlich-rechnerische Richtigstellung zu Lasten der betroffenen Vertragsärzte und die Auskehr des Honorarberichtigungsbetrages anstrebt, ist die Klage als im Übrigen unbegründet abzuweisen. In den Fällen der Abrechnungsprüfung durch die Krankenkasse nach [§ 106a Abs. 3 SGB V](#) hat die Beklagte zwar die Prüffeststellungen der Krankenkasse von Amts wegen einem Bescheid über eine Honorarberichtigung zu Grunde zu legen. In dessen Rahmen hat sie jedoch die Voraussetzungen für den Erlass eines Honorarberichtigungsbescheides gegenüber dem betroffenen Vertragsarzt in eigener Zuständigkeit zu prüfen, ohne dass dem Urteil über den Anspruch auf Bescheidung des Honorarberichtigungsantrags der Krankenkasse präjudizielle Wirkung

für den Inhalt des von der Beklagten zu erlassenden Bescheides zukommt (vgl. Bundessozialgericht, Urteil vom 28.04.2004, Az. [B 6 KA 19/03 R](#), juris Rn. 12). Für den Anspruch auf Bescheidung fehlt es nicht am Bescheidungsinteresse. Das Rechtsschutzinteresse ist der Klägerin nicht schon wegen Zeitablaufs abzusprechen. Für sachlich-rechnerische Richtigstellungen mit Honorarrückforderungen gegenüber den Vertragsärzten gilt ebenso wie für den Erlass von Prüfbescheiden in Wirtschaftlichkeitsprüfungsverfahren eine vierjährige Ausschlussfrist, innerhalb derer die Richtigstellungsbescheide dem Vertragsarzt gegenüber bekannt gegeben sein müssen. Nach Ablauf dieser Frist ist eine Richtigstellung nur noch nach Maßgabe der Vertrauensauschlussstatbestände des [§ 45 Abs. 2 Satz 3 und Abs. 4 Satz 1 SGB X](#) möglich. In bestimmten Fällen kommt eine Hemmung der Frist in Betracht, wenn der Arzt in einem förmlichen Verfahren Kenntnis vom Richtigstellungsverfahren erlangt hat (vgl. Bundessozialgericht, Urteil vom 14.05.1997, Az. [6 RKA 63/95](#), juris Rn. 17). Die Ausschlussfrist von vier Jahren beginnt mit der Bekanntgabe der Honorarbescheide für die geprüften Quartale (hier: I bis IV/2011) und ist hier noch nicht abgelaufen. Wie lange gegenüber den Vertragsärzten noch rechtmäßige Honorarberichtigungsbescheide ergehen können, kann offen bleiben. Denn die antragstellende Krankenkasse hat mit Blick auf evtl. Haftungsansprüche aus [§ 106a Abs. 7](#) in Verbindung mit [§ 106 Abs. 4b SGB V](#) auch dann ein Bescheidungsinteresse, wenn die Beklagte von einer Honorarrückforderung gegenüber den betroffenen Vertragsärzten absehen sollte, weil nach ihrer Prüfung eine Durchsetzung des Anspruchs gegenüber dem Vertragsarzt nicht möglich ist (Sozialgericht Dresden, Urteil vom 27.11.2013, Az. [S 11 KA 88/11](#), juris Rn. 26). Antrag wegen unzutreffender Angabe des Kostenträgers (22,41 EUR) Die Klägerin hat einen Anspruch auf erneute Entscheidung über ihren Antrag auf sachlich-rechnerische Richtigstellung der vertragsärztlichen Abrechnung der Ärzte, welche die Klägerin als Kostenträger von Krebsvorsorgeleistungen ausgewiesen haben, obwohl ihre Patienten im Zeitpunkt der Behandlung nicht bei der Klägerin versichert waren. Der Anspruch auf Entscheidung über das Honorarberichtigungsbegehren und soweit die Voraussetzungen hierfür erfüllt sind eine sachlich-rechnerische Richtigstellung der vertragsärztlichen Abrechnungen und Auskehr der Honorarrückzahlung an die Klägerin ergibt sich aus [§ 106a Abs. 3 Satz 1 Nr. 1 und Satz 2 sowie Abs. 2 Satz 1 SGB V](#), aus Teil B § 2 Abs. 1 und 2 und Teil C § 1 Abs. 2 2. Anstrich PrüfV § 106a sowie § 16 Abs. 1 Nr. 1, Abs. 2 Nr. 3 RL § 106a. Gemäß [§ 106a Abs. 3 Satz 1 Nr. 1](#) und 2 SGB V prüfen die Krankenkassen die Abrechnungen der Vertragsärzte insbesondere hinsichtlich des Bestehens und des Umfangs ihrer Leistungspflicht und unterrichten die Kassenärztlichen Vereinigungen unverzüglich über die Durchführung der Prüfungen und deren Ergebnisse. Auf Grundlage des [§ 106a Abs. 5 Satz 1](#) und 2 SGB V vereinbaren die Kassenärztlichen Vereinigungen und die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen gemeinsam und einheitlich Inhalt und Durchführung der Prüfungen nach [§ 106a Abs. 2 bis 4 SGB V](#); in den Vereinbarungen sind auch Maßnahmen unter anderem für den Fall des Nichtbestehens einer Leistungspflicht der Krankenkassen, soweit dies dem Leistungserbringer bekannt sein musste, vorzusehen. Die Kassenärztlichen Bundesvereinigungen und der Spitzenverband Bund der Krankenkassen vereinbaren gemäß [§ 106a Abs. 6 Satz 1](#) 1. Halbsatz SGB V erstmalig bis zum 30.06.2004 Richtlinien zum Inhalt und zur Durchführung der Prüfungen nach [§ 106a Abs. 2](#) und 3 SGB V. Der Inhalt der Richtlinien nach [§ 106a Abs. 6 SGB V](#) ist gemäß [§ 106 Abs. 5 Satz 3 SGB V](#) Bestandteil der Prüfvereinbarungen nach [§ 106 Abs. 5 Satz 1 SGB V](#). Nach § 16 Abs. 1 Nr. 1 RL § 106a erfolgt die Abrechnungsprüfung durch die Krankenkassen insbesondere hinsichtlich des Bestehens und des Umfangs der Leistungspflicht der Krankenkasse. Die Prüfungen nach dieser Norm betreffen gemäß § 16 Abs. 2 Nr. 1 und 2 RL § 106a unter anderem die Feststellung der Leistungspflicht aufgrund des Versicherungsverhältnisses und die Feststellung der Leistungspflicht im Hinblick auf die Zuständigkeit eines anderen Leistungsträgers. Gemäß Teil B § 1 Abs. 1 PrüfV § 106a sind die Krankenkassen für die in [§ 106a Abs. 3 SGB V](#) vorgesehenen Prüfungen der Rechtmäßigkeit und Plausibilität der Abrechnungen zuständig, wobei bezüglich Inhalt und Durchführung der Prüfungen die §§ 14 bis 18 RL § 106a gelten. Nach § 2 Abs. 1 und 2 PrüfV § 106a prüfen die Krankenkassen die Abrechnung darauf, ob zum Zeitpunkt der Behandlung ein Versicherungsverhältnis bestand; Fälle, in denen zum Zeitpunkt der Leistungsanspruchnahme kein Versicherungsverhältnis feststellbar ist, werden Gegenstand der sachlich-rechnerischen Prüfung gemäß Teil B § 1 PrüfV § 106a. Gemäß § 2 Abs. 3 Buchs. c PrüfV § 106a prüfen die Krankenkassen quartalsweise Abrechnungsdaten unter anderem auf Leistungen, die in die Leistungspflicht eines anderen Kostenträgers fallen. Nach dem Maßnahmenkatalog in Teil C § 1 Abs. 2 1. und 2. Anstrich PrüfV § 106a kommen als Ergebnis einer von den Krankenkassen durchgeführten Abrechnungsprüfung die Einstellung des Prüfverfahrens, soweit keine Abrechnungsverstöße bzw. Unplausibilitäten festgestellt werden konnten, oder die Beantragung unter anderem einer sachlich-rechnerischen Richtigstellung der Honorarabrechnung(en) des betroffenen Vertragsarztes durch die Beklagte bei festgestellten Abrechnungsverstößen in Betracht. Nach diesen Vorschriften ist die Beklagte von Amts wegen auf Grund des Ergebnisses der Abrechnungsprüfung der Krankenkasse zum Erlass eines Bescheides über eine Honorarberichtigung verpflichtet, in dem sie die Voraussetzungen für eine sachlich-rechnerische Richtigstellung der Honorarbescheide und ggf. Honorarrückforderung gegenüber den betroffenen Vertragsärzten in eigener Zuständigkeit erneut zu prüfen und auch der Klägerin mitzuteilen hat. Eine Geringfügigkeitsgrenze sehen diese Regelungen nicht vor. Der Honorarberichtigung steht nicht die bis zum 30.09.2013 in § 47 Satz 1 EKV geregelte und ab dem 01.10.2013 in § 51 Satz 1 BMV Ä überführte bundesmantelvertragliche Geringfügigkeitsgrenze von zunächst 25,60 EUR und jetzt 30,00 EUR pro Vertragsarzt, Krankenkasse und Quartal entgegen. Diese Bagatellgrenze gilt nicht für das hier durchzuführende Verfahren der Abrechnungsprüfung nach [§ 106a Abs. 3 SGB V](#). Allerdings ist die Bagatellgrenze des § 47 Satz 1 EKV nicht mit der Ablösung des Arzt-/Ersatzkassenvertrages durch den einheitlichen Bundesmantelvertrag-Ärzte mit Wirkung ab dem 01.10.2013 weggefallen. Sie ist vielmehr in § 51 Satz 1 BMV-Ä mit den Regelungen des bis zum 30.09.2013 geltenden Bundesmantelvertrages-Ärzte zusammengeführt und auf 30,00 EUR pro Vertragsarzt, Krankenkasse und Quartal angehoben worden. Nach den Grundsätzen des intertemporalen Rechts ist bei Fehlen einer anderslautenden Regelung ein Rechtssatz grundsätzlich (nur) auf solche Sachverhalte anwendbar, die nach seinem Inkrafttreten verwirklicht werden. Hieraus folgt, dass die materiell-rechtlichen Vorgaben für die Abrechnungsprüfung, insbesondere nach welchen Grundsätzen diese Prüfung stattfindet und was ihr Gegenstand ist, sich nach den Vorschriften richten, die im jeweils geprüften Zeitraum gegolten haben (Bundessozialgericht, Urteil vom 09.04.2008, Az. [B 6 KA 34/07 R](#), juris Rn. 16), während die Vorschriften über das Prüfungsverfahren, beispielsweise die Besetzung der Prüfstelle, für alle Entscheidungen ab ihrem Inkrafttreten gelten, unabhängig davon, ob der zu beurteilende Sachverhalt in die Zeit vor oder nach dem Inkrafttreten der Neuregelung fällt (Bundessozialgericht, Urteil vom 28.04.2004, Az. [B 6 KA 8/03 R](#), juris Rn. 20). Die von der Beklagten eingewandte Bagatellgrenze hat rein verfahrensrechtlichen Charakter. Ist sie unterschritten, hemmt dies weder die Entstehung noch vernichtet es den Anspruch auf einen Ausgleich rechtswidriger Kostenbelastungen, sondern hindert lediglich die Durchführung des Verfahrens zur Feststellung und zum Ausgleich der Kostenbelastung. Hieraus folgt, dass in der vorliegenden Verpflichtungskonstellation ([§ 54 Abs. 1 Satz 1, § 131 Abs. 3 SGG](#)) der Anspruch auf Neubescheidung, wenn und soweit der Bundesmantelvertrag überhaupt anwendbar ist, sich nach den aktuell geltenden Rechtsnormen, mithin nach § 51 Satz 1 BMV Ä, richtet. Soweit diese Regelung, wie zuvor § 47 Satz 1 EKV, an die nunmehr in § 48 Abs. 3 BMV Ä geregelten Vorschriften über den Ausgleich eines sog. sonstigen Schadens wegen der fehlerhaften Angabe des Kostenträgers anknüpfen, sind Letztere hinsichtlich der materiellen Grundlagen des Prüfungserfahrens nur insoweit anwendbar, als sie sich mit den im Prüfzeitraum geltenden Vorgaben des § 44 Abs. 4 Satz 1 und 2 EKV decken. Da mit Ausnahme der rein prozessualen Geringfügigkeitsschwelle die übrigen Vorgaben des § 44 Abs. 4 Satz 1 und 2 EKV und des § 48 Abs. 3 BMV Ä (fehlerhafte Angabe des Kostenträgers auf den Abrechnungs- oder Verordnungsunterlagen, Unmöglichkeit der Feststellung des zuständigen Kostenträgers, Entstehung eines Schadens und auf der Rechtsfolgenseite Abtretung eines Ausgleichsanspruchs) übereinstimmen, und die Bagatellgrenze hier sowohl nach den alten wie auch nach den neuen Vorschriften des

Bundesmantelvertrages überschritten ist, bleibt die Zusammenführung der Regelungen aus beiden Mantelverträgen zum 01.10.2013 für den Rechtsstreit ohne Auswirkungen. Entscheidend ist damit nur, ob die bundemantelvertraglichen Regelungen, unabhängig von ihrer jeweiligen Fassung, überhaupt anwendbar sind. Die Geringfügigkeitsgrenze des § 51 Satz 1 BMV Ä greift hier nicht ein. Sie gilt nur für Schadenersatzansprüche nach §§ 48 und 49 BMV Ä, von denen in der vorliegenden Konstellation allein ein Anspruch auf Ausgleich eines sog. sonstigen Schadens wegen der fehlerhaften Angabe des Kostenträgers nach § 48 Abs. 3 BMV Ä bzw. § 44 Abs. 4 Satz 1 und 2 EKV in Betracht kommt. Nach § 44 Abs. 4 Satz 1 und 2 EKV ist, wenn eine Ersatzkasse einen Schaden geltend macht, der ihr dadurch entstanden ist, dass sie der Vertragsarzt auf den Abrechnungs- oder Verordnungsunterlagen fälschlicherweise als Kostenträger angegeben hat, auf Antrag dieser Ersatzkasse ein Schadenersatzanspruch durch die Kassenärztliche Vereinigung unter der Voraussetzung festzustellen, dass die Ersatzkasse (1.) einen Schaden, der den Betrag von 25,60 Euro übersteigt, nachweist, (2.) versichert, dass der zuständige Kostenträger durch eigene Ermittlungen der Ersatzkasse nicht festgestellt werden kann und (3.) vorsorglich den Ausgleichsanspruch gegen den zuständigen Kostenträger an die Kassenärztliche Vereinigung abtritt. In der Fassung des § 48 Abs. 3 BMV Ä lautet die Regelung im Wesentlichen inhaltsgleich dahingehend, dass, wenn eine Krankenkasse einen Schaden geltend macht, der ihr dadurch entstanden ist, dass sie der Vertragsarzt auf den Abrechnungs- oder Verordnungsunterlagen fälschlicherweise als Kostenträger angegeben hat, auf Antrag dieser Krankenkasse ein Schadenersatzanspruch durch die Kassenärztliche Vereinigung unter der Voraussetzung festzustellen ist, dass die Krankenkasse (1.) einen Schaden, der die Bagatellgrenze gemäß § 51 BMV Ä überschreitet, nachweist, (2.) versichert, dass der zuständige Kostenträger durch eigene Ermittlungen der Krankenkasse nicht festgestellt werden kann und (3.) vorsorglich den Ausgleichsanspruch gegen den zuständigen Kostenträger an die Kassenärztliche Vereinigung abtritt. Ergänzend regelte § 44 Abs. 4 Satz 3 EKV, dass, wenn der Leistungserbringung oder verordnung eine elektronische Gesundheitskarte zu Grunde lag, ein Schadenersatzanspruch gegen den Vertragsarzt grundsätzlich ausgeschlossen ist, es sei denn, die Entstehung des Schadens lag in diesen Fällen im Verantwortungsbereich des Vertragsarztes. Für Altfälle bleibt diese alte Fassung weiter maßgeblich, für Sachverhalte ab dem 01.10.2013 wurde sie mit der Überführung in den Bundesmantelvertrag-Ärzte durch § 48 Abs. 4 BMV Ä abgelöst, wonach, wenn der Leistungserbringung oder verordnung eine unzulässige Verwendung einer Versichertenkarte zu Grunde lag, ein Schadenersatzanspruch nach § 48 Abs. 3 BMV Ä gegen den Vertragsarzt grundsätzlich ausgeschlossen ist, es sei denn, die Entstehung des Schadens lag in diesen Fällen im Verantwortungsbereich des Vertragsarztes. Das Verfahren des Schadensausgleiches nach den Vorschriften der Bundesmantelverträge, auf die sich die Bagatellregelung bezieht, ist hier nicht statthaft. Allerdings lässt sich der vorliegende Sachverhalt durchaus konkurrierend sowohl unter den Tatbestand des Schadensausgleichsverfahrens wegen fehlerhafter Kostenträgerangabe nach § 44 Abs. 4 Satz 1 und 2 EKV bzw. § 48 Abs. 3 BMV Ä als auch unter die Vorschriften über die Abrechnungskorrektur im Wege der sachlich-rechnerischen Richtigstellung nach Prüfung der Leistungspflicht durch die Krankenkasse gemäß [§ 106a Abs. 3 Satz 1 Nr. 1 und Satz 2 sowie Abs. 2 Satz 1 SGB V](#), Teil B § 2 Abs. 1 und 2 und Teil C § 1 Abs. 2 2. Anstrich PrüfV § 106a sowie § 16 Abs. 1 Nr. 1, Abs. 2 Nr. 3 RL § 106a subsumieren: Einerseits entsteht der Krankenkasse durch die Deckung der Behandlungskosten für einen nicht bei ihr versicherten Patienten ohne Rückgriffsmöglichkeit gegen dessen Krankenkasse ein ausgleichsfähiger Schaden im Sinne von § 44 Abs. 4 Satz 1 und Satz 2 Nr. 1 EKV bzw. § 48 Abs. 3 Satz 1 und Satz 2 Nr. 1 BMV Ä. Andererseits ist die Versicherteneigenschaft des Patienten eine objektive Abrechnungsvoraussetzung (ähnlich bereits Sozialgericht Marburg, Urteil vom 25.09.2013, Az. [S 12 KA 395/13](#), juris Rn. 25, jedoch setzt der Versichertenstatus des Patienten nicht zwingend dessen Mitgliedschaft voraus). Ob ein Patient gesetzlich unversichert oder ob er tatsächlich versichert ist und nur eine falsche Kasse angegeben wurde, wird für die zu Unrecht mit den Kosten belasteten Krankenkasse bei der Einleitung des Verfahrens zum Ausgleich der Fehlbelastung oft noch nicht erkennbar sein. Eine Zuordnung kann der Kassenärztlichen Vereinigung wie hier im Umfang von 30,49 EUR nach dem Eingang des Antrags der Krankenkasse gelingen, dies ist aber wie hier im Umfang der streitgegenständlichen 22,41 EUR nicht immer der Fall. Beide Fälle müssen deshalb verfahrensmäßig gleich behandelt werden. Die Abrechnung von Leistungen für nicht jedenfalls nicht wie angegeben Versicherte ist deshalb stets als ein Abrechnungsfehler zu behandeln und berechtigt, wenn ein anderweitiger Ausgleich scheitert, zur Abrechnungskorrektur im Wege der sachlich-rechnerischen Richtigstellung nach [§ 106a Abs. 2 Satz 1 SGB V](#). Die Gesetzesbegründung zu [§ 106a Abs. 3 SGB V](#) benennt als Beispiele, in denen die Abrechnungsprüfung nach [§ 106a Abs. 3 SGB V](#) eingreift, ausdrücklich die Prüfung, ob Leistungen für bereits Verstorbene oder für Versicherte, für die kein Versicherungsverhältnis mehr besteht, abgerechnet werden (Deutscher Bundestag, Drucksache 15/1525, S. 119). Der Schadensausgleich nach dem Bundesmantelvertrag auf der einen und die Abrechnungsprüfung nach [§ 106a Abs. 3 SGB V](#) auf der anderen Seite weisen gewisse Unterschiede auf: Die Partner der Bundesmantelverträge haben den Ausgleich fehlerhafter Kostenbelastungen nach § 44 Abs. 4 EKV bzw. § 48 Abs. 3 BMV Ä als Ersatzanspruch wegen eines sog. sonstigen Schadens ausgestaltet, der sich aus dem zivilrechtlichen Schadenersatzanspruch ableitet. Dieser setzt als ungeschriebenes Tatbestandsmerkmal ein Verschulden des Vertragsarztes voraus und unterliegt der Verjährung (vgl. exemplarisch zu Regressen wegen fehlerhafter Arzneimittelverordnungen: Bundessozialgericht, Urteil vom 20.03.2013, Az. [B 6 KA 17/12 R](#), juris Rn. 20). Der Antrag der Krankenkasse gemäß § 44 Abs. 4 Satz 1 EKV bzw. § 48 Abs. 3 Satz 1 BMV Ä ist eine notwendige Tatbestandsvoraussetzung für die Schadensfeststellung durch die Kassenärztliche Vereinigung. Zudem sieht § 51 Satz 1 BMV Ä die hier streitgegenständliche Geringfügigkeitsschwelle vor. Das Verfahren nach [§ 106a Abs. 3 SGB V](#) ist dagegen auf eine Korrektur der vertragsärztlichen Abrechnung gerichtet, die, soweit sie vollzogen wird, einen auszugleichenden Schaden von vorn herein ausschließt oder wenigstens nachträglich entfallen lässt. Ein Verschuldenserfordernis ergibt sich nicht schon aus der Natur des Berichtigungsanspruchs, sondern es resultiert speziell für die hier streitgegenständlichen Konstellationen des Nichtbestehens einer Leistungspflicht der Krankenkassen daraus, dass [§ 106a Abs. 5 Satz 2 SGB V](#) die Normierung von Regresspflichten in den Prüfungsvereinbarungen nach [§ 106a SGB V](#) ausdrücklich nur für die Fälle vorsieht, in denen und soweit dem Leistungserbringer die fehlende Leistungspflicht bekannt sein musste. Für das Verfahren gilt die vierjährige Ausschlussfrist. Der Antrag der Krankenkasse dient im Verfahren nach [§ 106a Abs. 3 SGB V](#) lediglich der Information der Kassenärztlichen Vereinigung über die Prüffeststellung der Krankenkasse; die Kassenärztliche Vereinigung hat daraufhin von Amts wegen gemäß [§ 106a Abs. 2 Satz 1 SGB V](#) über eine Honorarberichtigung zu entscheiden. Eine Bagatellklausel ist weder vorgesehen noch vereinbart. Die Frage, ob in der vorliegenden Konstellation entweder nur die Vorschriften über die Abrechnungsprüfung nach [§ 106a Abs. 3 SGB V](#) oder nur die Vorschriften über den Ausgleich eines sog. sonstigen Schadens nach § 44 EKV bzw. § 48 BMV Ä oder beide Verfahren betreffende Regelungen alternativ oder kumulativ nebeneinander anzuwenden sind, beantwortet die Kammer im Sinne der Ausschließlichkeit der Abrechnungsprüfung nach [§ 106a Abs. 3 SGB V](#). Für eine auch nur ergänzende Heranziehung der Vorschriften über den Schadensausgleich ist daneben kein Raum. Das Bundessozialgericht hat bereits zum Verhältnis zwischen der Wirtschaftlichkeitsprüfung nach [§ 106 SGB V](#) und den bundesmantelvertraglichen Vorschriften über den Ersatz eines sog. sonstigen Schadens nach § 48 BMV Ä entschieden, dass der Ausgleich des sonstigen Schadens nach § 48 BMV Ä von solchen Verordnungsregressen abzugrenzen sei, für die eine originäre Zuständigkeit der Prüfgremien nach [§ 106 SGB V](#) bestehe, es also einer vertraglichen Kompetenzzuweisung nicht bedürfe. Den Prüfgremien nach [§ 106 SGB V](#) sei eine Schadensfeststellungskompetenz in solchen Fallgruppen zugewiesen, in denen die unzulässige Verordnung von Leistungen in Rede stehe und nicht bereits (unmittelbar) Gegenstand der Wirtschaftlichkeitsprüfung nach [§ 106 SGB V](#) sei (Bundessozialgericht, Urteil vom 29.06.2011, Az. [B 6 KA 16/10 R](#), juris Rn. 18 f.). Dies gilt für das Verhältnis zwischen der Abrechnungsprüfung auf Grund des [§ 106a SGB V](#) und dem Ausgleich des sog. sonstigen Schadens nach § 44 Abs. 4 bzw. § 48 Abs. 3 BMV Ä

entsprechend. Für die Abrechnungsprüfung der Krankenkassen gemäß [§ 106a Abs. 3 SGB V](#) hat der Gesetzgeber in [§ 106a Abs. 5](#) und 6 SGB V ein untergesetzliches Regelungsgefüge statuiert, das Ausschließlichkeit beansprucht und im Rahmen seines Anwendungsbereichs für konkurrierende bundesmantelvertragliche Vorschriften keinen Raum lässt. Der Gesetzgeber hat mit Inkrafttreten des [§ 106a Abs. 5 Satz 1 SGB V](#) am 01.01.2004 die Kassenärztlichen Vereinigungen sowie die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen beauftragt, gemeinsam und einheitlich die Abrechnungsprüfung nach [§ 106a Abs. 2 bis 4 SGB V](#) normativ auszugestalten. Zugleich hatte er in [§ 106a Abs. 6 Satz 1 SGB V](#) den Kassenärztlichen Bundesvereinigungen und den Spitzenverbänden der Krankenkassen aufgegeben, bis zum 30.06.2004 gemeinsam und einheitlich Richtlinien zum Inhalt und zur Durchführung der Prüfungen zu vereinbaren. Hierdurch sollte bereits vor der Errichtung des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen zum 01.08.2008 und der Verabschiedung des einheitlichen Bundesmantelvertrages zum 01.10.2013 das Verfahren der Abrechnungsprüfung in einer die Kassenarten übergreifenden Weise vereinheitlicht werden. 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 (Deutscher Bundestag, Drucksache 15/1525, S. 119). In dem Zusammenhang wurde auch die den Gesamtvertragspartnern ursprünglich jeweils zustehende Befugnis zur Regelung von Abrechnungskorrekturen auf Grund von Plausibilitätsprüfungen nach [§ 83 Abs. 2 SGB V](#) in der bis zum 31.12.2003 geltenden Fassung in den Regelungskontext des [§ 106a SGB V](#) und damit in das gemeinsam und einheitlich geregelte Verfahren der Abrechnungsprüfung überführt, da der Gesetzgeber die Unterschiedlichkeit der angewandten Prüfungsverfahren beanstandet hatte (vgl. Deutscher Bundestag, Drucksache 15/1525, S. 117). Mit diesem Anliegen wäre eine Fortgeltung je nach Kassenart unterschiedlicher Regelungen über die Abwicklung von Kostenfehlbelastungen, die tatbestandlich bereits von der Abrechnungsprüfung nach [§ 106a Abs. 3 SGB V](#) erfasst sind, unvereinbar. An diesem unmittelbar aus dem Gesetz resultierenden Vorrang der Abrechnungsprüfung vor den bundesmantelvertraglichen Vorschriften über den Ausgleich eines sog. sonstigen Schadens hat auch die spätere Zusammenführung der unterschiedlichen bundesmantelvertraglichen Vorschriften über den Schadensausgleich im einheitlichen Bundesmantelvertrag-Ärzte ab dem 01.10.2013 nichts mehr ändern können. Im vorliegenden Fall wären die materiellen Vorgaben des Schadensausgleichsverfahrens ohnehin noch dem Arzt-/Ersatzkassenvertrag zu entnehmen und insoweit das die vom Gesetzgeber missbilligte Nebeneinander verschiedener kassenartspezifischer Normen nicht mit Rückwirkung für die streitgegenständlichen Prüfquartale ausgeräumt gewesen. Die Konsequenz Unanwendbarkeit der mantelvertraglichen Vorschriften über den Ausgleich eines sog. sonstigen Schadens gilt auch in Bezug auf die speziellen Regelungen des [§ 44 Abs. 4 Satz 3 EKV](#) bzw. [§ 48 Abs. 4 BMV Ä](#), falls die fehlerhafte Kostenbelastung der Klägerin hier durch die missbräuchliche Verwendung einer Krankenversichertenkarte ausgelöst worden sein sollte. Allerdings stimmt die Kammer mit den Beteiligten insoweit überein, als ein solcher Fall hier eher unwahrscheinlich ist. Denn bei Verwendung einer falschen Versichertenkarte ist eine Divergenz zwischen den personenbezogenen Daten des Versicherten und der Angabe des Kostenträgers nur bei Weiterverwendung einer alten Versichertenkarte nach dem gesetzlichen Ende der Mitgliedschaft oder dem Wechsel der Krankenkasse denkbar, wobei aber die Versicherung in der Regel bei der bisherigen Krankenkasse zumindest faktisch weitergeführt wird (ggf. nach [§ 5 Abs. 1 Nr. 13](#) oder [§ 9 SGB V](#)), bis der Krankenkasse der neue Kostenträger angezeigt wird (vgl. [§ 175 Abs. 4 Satz 2](#), [§ 188 Abs. 4 SGB V](#)). Ob und ggf. welcher Anwendungsbereich den bundesmantelvertraglichen Regelungen über den Ausgleich eines sog. sonstigen Schadens noch im Zusammenhang mit Sachverhalten zukommt, die dem Grunde nach im Rahmen einer Abrechnungsprüfung nach [§ 106a SGB V](#) aufgegriffen werden können, kann an dieser Stelle offen bleiben. In seinen Entscheidungen zur Abgrenzung der Wirtschaftlichkeitsprüfung nach [§ 106 SGB V](#) gegenüber dem Schadensausgleich nach [§ 48 BMV Ä](#) hat das Bundessozialgericht danach differenziert, ob Fehler in Frage stehen, die speziell der Verordnung selbst bzw. ihrer inhaltlichen Ausrichtung, die sich als unzulässig bzw. unwirtschaftlich darstellt, anhaften dann Verordnungsregress im Rahmen der Wirtschaftlichkeitsprüfung nach [§ 106 SGB V](#) oder ob es um Verordnungen geht, bei denen Fehler in Frage stehen, welche die Art und Weise ihrer Ausstellung betreffen dann Schadensfeststellungskompetenz der Prüfgremien (vgl. Bundessozialgericht, Urteil vom 18.08.2010, Az. [B 6 KA 14/09 R](#), juris Rn. 25, einerseits; Urteil vom 29.06.2011, Az. [B 6 KA 16/10 R](#), juris Rn. 18 f., andererseits). Jedenfalls für den hier streitgegenständlichen Fall, dass die Krankenkasse mit Kosten belastet wurde, für die sie nicht leistungszuständig ist und für die sie auch keinen Kostenträger feststellen kann, sieht die Kammer keine praktikable Möglichkeit, dem bundesmantelvertraglichen Schadensausgleich einen Anwendungsbereich zu erhalten, der sich nach der Art des der Fehlbelastung zu Grunde liegenden Fehlers bestimmt. Denn vielfach wird die Krankenkasse lediglich konstatieren können, dass sich die ärztlichen Leistungen, welche die Beklagte ihr gegenüber außerbudgetär abgerechnet hat, keinem ihrer Versicherten zuordnen lassen, ohne dass für sie zu diesem Zeitpunkt d.h. bevor sie über den zu beschreitenden Verfahrensweg entscheiden kann erkennbar wäre, welches Verhalten des Arztes oder welche sonstigen Umstände die fehlerhafte Angabe als Kostenträger ausgelöst haben. Dies können rein formelle Fehler sein, aber auch Irrtümer über den versicherungsrechtlichen Status, worüber die betroffene Krankenkasse in dem Stadium nur spekulieren kann. Die Rechtssicherheit gebietet indessen, dass bei Fehlern dieses Typs der von der Krankenkasse zu beschreitende Verfahrensweg und die dafür geltenden Regelungen von vorn herein feststehen und nicht von Umständen abhängen, die erst im Rahmen der Prüfung gegenüber dem Vertragsarzt festgestellt werden können. Die Bagatellgrenze des [§ 51 Satz 1 BMV Ä](#) ist auch nicht analog als Ausdruck des allgemeinen Verhältnismäßigkeitsgrundsatzes heranzuziehen. Für eine solche Analogie fehlt es schon an der dafür vorausgesetzten Regelungslücke. Der Verhältnismäßigkeitsgrundsatz gebietet nicht generell das Absehen von einer Prüfung und ggf. sachlich-rechnerischen Richtigstellung bei Unterschreiten eines im Verhältnis zum Aufwand als geringfügig anzusehenden Betrages. Abrechnungsprüfungen mit anschließender Honorarberichtigung verfolgen neben dem Anliegen, Fehlallokationen von Kosten auszugleichen, auch das Ziel, bei den betroffenen Vertragsärzten auf eine sorgfältige Abrechnung hinzuwirken. Die damit angestrebten Verhaltenssteuerungen kann die Durchführung einer Prüfung schon dann auch wirtschaftlich rechtfertigen, wenn der Prüfaufwand im konkreten Einzelfall den erwarteten Regressbetrag bei isolierter Betrachtung übersteigen sollte; ihr Wert darf nicht mit dem Honorarkorrekturbetrag gleichgesetzt werden. Die Beklagte hat deshalb ohne Anwendung von Geringfügigkeitsgrenzen in eigener Zuständigkeit neu zu prüfen, ob sie einen an den Vertragsarzt adressierten Honorarberichtigungsbescheid erlässt und den Bescheid über das Ergebnis ihrer Prüfung auch der Klägerin bekannt zu geben. Antrag wegen Mehrfachabrechnung einmalig abrechenbarer Leistungen (35,74 EUR) Die Klage ist auch hinsichtlich des Anspruchs auf Neubescheidung des Antrags auf Abrechnungskorrektur wegen der Mehrfachabrechnung einmalig abrechenbarer Leistungen (35,74 EUR) begründet. Die Klägerin hat einen Anspruch auf erneute Entscheidung über ihren Honorarberichtigungsanspruch auf Grundlage von [§ 106a Abs. 3 Satz 1 Nr. 1 und Satz 2, Abs. 2 Satz 1 SGB V](#), Teil B [§ 3](#) und Teil C [§ 1 Abs. 2 2.](#) Anstrich PrüfV [§ 106a](#) sowie [§ 16 Abs. 1 Nr. 1, Abs. 2 Nr. 3 RL \[§ 106a\]\(#\)](#). Die Beklagte ist von Amts wegen auf Grund des Ergebnisses der Abrechnungsprüfung der Krankenkasse zum Erlass eines Bescheides über eine Honorarberichtigung verpflichtet, in dem sie die Voraussetzungen für eine sachlich-rechnerische Richtigstellung der Honorarbescheide und ggf. Honorarrückforderung gegenüber den betroffenen Vertragsärzten in eigener Zuständigkeit erneut zu prüfen und auch der Klägerin mitzuteilen hat. Der von der Beklagten gegen den Erlass eines Honorarberichtigungsbescheides gegenüber den betroffenen Vertragsärzten erhobene Einwand, die Geringfügigkeitsgrenze gemäß Teil D [§ 1 Abs. 7 PrüfV \[§ 106a\]\(#\)](#) sei nicht überschritten, greift nicht durch. Diese Bagatellgrenze ist hier nicht einschlägig. Sie gilt nach der Abschnittsüberschrift des Teils D ("Antragsverfahren") und im Kontext mit [§ 1 Abs. 1 PrüfV \[§ 106a\]\(#\)](#) ("Die Durchführung anlassbezogener Plausibilitätsprüfungen kann beantragt werden ") nur für das Verfahren über den Antrag auf anlassbezogene Plausibilitätsprüfungen nach [§](#)

[106a Abs. 4 SGB V](#), nicht aber für Abrechnungsprüfungen der Krankenkassen nach [§ 106a Abs. 3 Satz 1 Nr. 3 und Satz 2 SGB V](#), zu deren Umsetzung die Beklagte von Amts wegen verpflichtet ist. Die Bagatellgrenze des § 51 Satz 1 BMV Ä ist nicht anwendbar. Sie gilt nur für Schadenersatzansprüche nach §§ 48 und 49 BMV Ä bzw. §§ 44 und 45 EKV, von denen hier schon dem Grunde nach keiner einschlägig ist. § 51 Satz 2 BMV Ä behält darüber hinaus den Partnern der Gesamtverträge die Vereinbarung einer Geringfügigkeitsgrenze für die Fälle nach § 45 BMV Ä vor. Diese Norm betrifft die Abrechnung (sachlich-rechnerische Richtigstellung) der vertragsärztlichen Leistungen. Unter anderem obliegt nach § 45 Abs. 3 BMV Ä der Kassenärztlichen Vereinigung die Prüfung der von den Vertragsärzten vorgelegten Abrechnungen ihrer vertragsärztlichen Leistungen hinsichtlich der sachlich-rechnerischen Richtigkeit; dies gilt insbesondere für die Anwendung des Regelwerks. Gemäß § 45 Abs. 4 BMV Ä berichtigt die Kassenärztliche Vereinigung die Honorarforderung des Vertragsarztes bei Fehlern hinsichtlich der sachlich-rechnerischen Richtigkeit, wobei die Gesamtverträge das Nähere über das Antragsrecht der Krankenkassen für nachgehende sachlich-rechnerische Berichtigungen, insbesondere die dazu vorgesehenen Fristen, regeln. Im Übrigen gelten nach § 45 Abs. 5 BMV Ä neben den gesamtvertraglichen Regelungen die Richtlinien der Kassenärztlichen Bundesvereinigung und des GKV-Spitzenverbandes zum Inhalt und zur Durchführung der Abrechnungsprüfungen der Kassenärztlichen Vereinigungen und der Krankenkassen gemäß [§ 106a Abs. 6 Satz 1 SGB V](#) in der jeweiligen gültigen Fassung. Entsprechende Regelungen, die hinsichtlich der materiellen Grundlagen einer Prüfung für Prüfzeitraum weiterhin Geltung beanspruchen, enthielt bis zum 30.09.2013 § 34 Abs. 4 bis 5a EKV. Für den vorliegenden Fall ergeben sich hieraus schon deshalb keine dem Klagebegehren entgegen stehenden Rechtsfolgen, weil die Beklagte keinen Gesamtvertrag mit den Ersatzkassen vereinbart hat, der die Beteiligten bindende Vereinbarungen über eine Geringfügigkeitsschwelle für Abrechnungsprüfungen enthält. § 51 Satz 2 BMV Ä bezieht sich darüber hinaus allein auf Abrechnungsprüfungen der Kassenärztlichen Vereinigung, ggf. auf Antrag der Krankenkasse, nach § 45 Abs. 3 und 4 BMV Ä bzw. § 34 Abs. 4 und 5 EKV. Die Abrechnungsprüfung durch die Kassenärztliche Vereinigung auf Antrag der Krankenkasse mit sachlich-rechnerischer Richtigstellung ist gesetzlich in [§ 106a Abs. 4 Satz 1 und Abs. 2 Satz 1 SGB V](#) geregelt und von der Abrechnungsprüfung durch die Krankenkasse mit anschließendem Honorarberichtigungsverfahren bei der Kassenärztlichen Vereinigung nach [§ 106a Abs. 3 Satz 1 Nr. 1 und Satz 2 SGB V](#) zu unterscheiden. Demzufolge kann eine Bagatellgrenze im Sinne von § 51 Satz 2 BMV Ä auch nur einem Antrag der Krankenkasse auf Honorarberichtigung nach § 45 Abs. 3 und 4 BMV Ä bzw. § 34 Abs. 4 und 5 EKV entgegen gehalten werden, nicht aber der hier streitgegenständlichen Umsetzung der Prüfmitteilung der Krankenkasse nach [§ 106a Abs. 3 Satz 2 SGB V](#). Aus den oben zum Honorarberichtigungsantrag wegen unzutreffender Angabe des Kostenträgers genannten Erwägungen spricht zudem vieles dafür, dass neben den Regelungen in [§ 106a Abs. 3 Satz 1 Nr. 1 und Satz 2, Abs. 2 Satz 1 SGB V](#), Teil B § 3 und Teil C § 1 Abs. 2 2. Anstrich PrüfV § 106a sowie § 16 Abs. 1 Nr. 1, Abs. 2 Nr. 3 RL § 106a in Bezug auf die nach [§ 106a Abs. 5 und 6 SGB V](#) geregelten Prüfsachverhalte für eine separate Regelung der Abrechnungsprüfung in den Mantelverträgen und ergänzend in den Gesamtverträgen ohnehin kein Raum mehr ist (zu Gesamtverträgen: Sozialgericht Mainz, Urteil vom 30.07.2014, Az. S 16 KA 100/13). Mangels Regelungslücke gilt die Geringfügigkeitsgrenze nach § 51 Satz 1 BMV Ä hier schließlich nicht analog als Ausdruck des allgemeinen Verhältnismäßigkeitsgrundsatzes. Nebenentscheidungen Die Kostenentscheidung beruht auf [§ 197a Abs. 1 Satz 1 SGG](#) in Verbindung mit [§ 154 Abs. 1 VwGO](#). Der gemäß [§ 52 Abs. 1 GKG](#) in Verbindung mit [§ 1 Abs. 2 Nr. 3, § 3 Abs. 1 GKG](#) und [§ 197a Abs. 1 Satz 1 SGG](#) nach der sich aus dem Klageantrag ergebenden Bedeutung der Sache festzusetzende Streitwert entspricht der Höhe der streitgegenständlichen Antragssumme ([§ 52 Abs. 3 GKG](#)). Die Kammer hat auf den Antrag der Klägerin hin im Urteil gemäß [§ 144 Abs. 2 Nr. 1 SGG](#) die Berufung die Berufung wegen der grundsätzlichen Bedeutung der Frage zugelassen, inwieweit aufgrund der Neuregelung der Abrechnungsprüfung durch [§ 106a SGB V](#) für die bundesmantelvertraglichen Vorschriften über den Ausgleich eines sogenannten sonstigen Schadens noch ein Anwendungsbereich verbleibt. Darüber hinaus hat die Kammer nach Verkündung des Urteils durch Beschluss gemäß [§ 161 Abs. 1 Satz 1, Abs. 2 Satz 1](#) in Verbindung mit [§ 160 Abs. 2 Nr. 1 SGG](#) aus den gleichen Erwägungen auch die Revision zugelassen; insoweit wird auf die Sitzungsniederschrift mit dem Beschluss vom 17.12.2014 verwiesen.

Rechtskraft

Aus

Login

FSS

Saved

2015-03-16