S 23 KR 1221/13

Land
Nordrhein-Westfalen
Sozialgericht
SG Köln (NRW)
Sachgebiet
Sonstige Angelegenheiten
Abteilung
23
1. Instanz
SG Köln (NRW)
Aktenzeichen
S 23 KR 1221/13
Datum
30.09.2014
2. Instanz
LSG Nordrhein-Westfalen
Aktenzeichen
-
Datum
-
3. Instanz
Bundessozialgericht
Aktenzeichen
-
Datum
-
Kategorie
Urteil
Die Klage wird abgewiesen. Die Kosten des Verfahrens werden der Klägerin auferlegt.

Tatbestand:

Streitig ist die Feststellung zu einer Erstattungspflicht für Arzneimittelkosten bzw. hilfsweise Erstattung von Arzneimittelkosten i.H.v. 4.908,82 EUR durch die Beklagte an die Klägerin.

Die Klägerin ist gemischter Kompositversicherer mit Sitz in Köln. Sie unterhielt im Jahr 2009 einen Feuerversicherungsvertrag, über den der Apotheker F. H. (im Folgenden Apotheker) und die AvP Service AG (im Folgenden AvP) versichert waren. Versicherungsort war die Zentralapotheke, Dreescher Markt 4 in 19061 Schwerin.

In der Nacht vom 19.09.2009 auf den 20.09.2009 kam es zu einem Einbruch bei der Zentralapotheke und zu einem Einbruchsdiebstahlschaden. Die unbekannten Täter legten anschließend ein Feuer in der Apotheke, das zu deren Zerstörung führte. Hierbei verbrannten insbesondere auch 1791 Krankenkassenrezepte aus dem Tätigkeitszeitraum des Apothekers vom 01.09.2009 bis zum 19.09.2009, welche sich in einem Schubladenschrank innerhalb der Apotheke befanden.

Am 20.06.2012 informierte die AvP als Abrechnungsdienstleister des Apothekers die Beklagte über diesen Brandschaden und über den Umstand, dass hierbei sämtliche vom Apotheker im September 2009 belieferten Verordnungsblätter durch das Feuer vernichtet worden seien. Dadurch fehle es an den Originalurkunden, die im normalen Abrechnungslauf bei der Rechnungslegung vorgelegt worden wären. Auch hätten naturgemäß keine Imagedateien angefertigt werden können. Zur Konkretisierung der Ansprüche des Apothekers könne die AvP eine beigefügten Datenliste übermitteln, die aus der laufenden Online-Kommunikation der Apotheke mit der AvP resultierte. Auf diese Weise werde eine hinreichende Gewähr für die Richtigkeit der anliegenden Aufstellung über die an Versicherte der Beklagten abgegebenen Arzneimittel und der damit verbundenen Ansprüche gegeben. Darüber hinaus übermittelte die AvP am 27.06.2013 einen ergänzenden, die bisherige Aufstellung vervollständigenden Datensatz bzw. Datenliste.

Nach Darstellung der Beklagten wurde die AvP am 28.06.2012 fernmündlich gebeten, eine Zuordnung der Rechnungsbeträge zu einzelnen Versicherten der Beklagten vorzunehmen. Eine Reaktion hierauf erfolgte nicht.

Mit Schreiben vom 17.07.2013 erinnerte die AvP an Ihr Schreiben vom 20.06.2012 und forderte die Beklagte mit Fristsetzung bis zum 31.07.2013 zur Zahlung eines Betrages i.H.v. 4.829,83 EUR auf. Zur weiteren Begründung fügte sie eine Stellungnahme der Rechtsanwaltskanzlei Dr. S. vom 05.07.2013 bei, in der die Anspruchsvoraussetzungen für eine Erstattung der Forderung durch die Beklagte bejaht wurden.

Die Abrechnungen für die Abgabe von Arzneimitteln zwischen dem Apotheker und der Beklagten richteten sich hierbei insbesondere nach dem Liefervertrag zwischen dem Apothekerverband Mecklenburg-Vorpommern e.V. einerseits und der AOK Mecklenburg-Vorpommern (zugleich für die Bundesknappschaft Bochum), dem BKK Landesverband Nord (zugleich für die Krankenkasse für den Gartenbau, handelnd für die Landwirtschaftliche Krankenversicherung in Mecklenburg-Vorpommern) sowie dem IKK-Landesverband Nord andererseits (im Folgenden ALV MV).

Mit Schreiben vom 09.08.2013 lehnte die Beklagte eine Übernahme der geltend gemachten Kosten ab. Zur Begründung verwies die Beklagte darauf, dass die Rechnung jedenfalls schon verfristet sei, da nach § 8 Abs. 1 ALV MV die Rechnungslegung der Apotheke bzw. des

Rechenzentrums bis spätestens einen Monat nach Ablauf des Kalendermonats, in dem die Lieferung stattfand, zu erfolgen habe. Selbst wenn man aufgrund des eingetretenen Brandschadens – entgegen dem Wortlaut – eine spätere Abrechnungsfrist zugestehe, sei die Rechnungslegung nunmehr erstmals knapp drei Jahre nach dem schädigenden Ereignis in jedem Fall als verspätet anzusehen. Dies gelte auch dann, wenn der Brand – wie hier – durch den Apotheker im konkreten Fall nicht zu vertreten sei. Denn letztlich habe die Krankenkasse noch weniger für einen zufälligen Untergang von Verordnungsblättern im Risikobereich des Apothekers einzustehen.

Die Klägerin als Feuerversicherer des Apothekers stieg daraufhin in die Schadensregulierung auch zur Position eines Vermögensschadens in Bezug auf die verbrannten Rezepte ein. Als Feuerversicherer übernahm sie aufgrund der nicht freiwilligen Zahlung der Beklagten den sich hieraus ergebenden Vermögensfolge- und Betriebsausfallschaden. Aus den vorhandenen Daten ließ sich aufgrund der 1791 Geschäftsvorfälle im September 2009 ein Gesamtumsatz bei der Abgabe von Arzneimittel an gesetzlich Krankenversicherte i.H.v. 121.590,77 EUR feststellen. Diesen Betrag zahlte die Klägerin an den Apotheker aus.

Nachdem durch die verschiedenen, betroffenen Kassen ein Verjährungsverzicht zum 31.12.2013 abgelehnt worden war, erhob die Klägerin am 30.12.2013 u.a. gegen die hiesige Beklagte die Klage vor dem Sozialgericht Köln.

Die Klägerin trägt vor, dass der Anspruch auf Kostenübernahme gemäß § 86 VVG auf die Klägerin infolge des gesetzlichen Forderungsübergangs übergegangen sei. Der Rechtsweg zu den Sozialgerichten sei eröffnet und auch nicht nach § 15 Abs. 1 ALV MV ausgeschlossen. Es gehe im vorliegenden Fall nicht um Meinungsverschiedenheiten zwischen den konkreten Vertragsparteien des ALV MV, sondern die Beklagte weigere sich schlicht ihrer öffentlich-rechtlichen Verpflichtung zur Kostenübernahme der ausgelieferten Arzneimittel nachzukommen. Die Arzneimittel seien auch tatsächlich an die Versicherten der Beklagten abgegeben worden, so dass ein Zahlungsanspruch auf diese Weise entstanden sei. Der Beklagten stünden hierzu die Daten über das Abrechnungssystem, welches der Apotheker über die AvP benutze, zur Verfügung. Mithin seien ausschließlich und allein die Originalrezepte durch den Brand vernichtet worden. Für die Abrechnung sei jedoch die Vorlage der Originale weder aus gesetzlichen noch aus vertraglichen Gründen tatsächlich erforderlich. Vielmehr sei die Weiterleitung der Originalverordnung nicht Anspruchsvoraussetzung nach dem ALV MV, sondern könne allenfalls als Nebenpflicht angesehen werden. In Bezug auf die Verletzung dieser Nebenpflicht seien keine weiteren Sanktionsregelungen bzw. lediglich Kostenregelungen vorgesehen. Eine Verweigerung der Zahlung für die unstreitig abgegebenen Arzneimittel komme insofern jedoch keinesfalls in Betracht, zumal die Belege durch den Apotheker ordnungsgemäß aufbewahrt worden seien und die Vernichtung der Unterlagen ihm somit nicht zuzurechnen sei. Allerdings stünden vor dem Hintergrund von datenschutzrechtlichen Bestimmungen der Klägerin als Feuerversicherer nur anonymisierte Daten zur Verfügung, die Klägerin habe jedoch die Zusicherung erhalten, dass in den vorgelegten Listen nur Daten von Versicherten der Beklagten erfasst seien, zumal diese Daten bei einer Bestellung unmittelbar erfasst würden. Diese Erfassung geschehe schon deshalb, da bei der Abgabe der Arzneimittel auch Rabatte bei Rabattverträgen mit der Beklagten berücksichtigt werden müssten. Mithin sei ausgeschlossen, dass ein Versicherter einer anderen Kasse in der vorgelegten Liste auftauche. Letztlich könne die Klägerin zwar nicht beurteilen, ob Sie abschließende Informationen erhalten habe, da sie die anonymisierten Daten – anders als die Beklagte – nicht überprüfen könne. Insofern werde auch beantragt, dem Apotheker aufzugeben, die entsprechenden Abrechnungsunterlagen für den Zeitraum vom 01.09.2009 bis 20.09.2009 zur Verfügung zu stellen. Vor diesem Hintergrunde ergebe sich das hauptsächlich geltend gemachte Feststellungsinteresse der Klägerin, da ihr aktuell lediglich anonymisierte Daten zur Verfügung stünden. Denn letztlich sei doch damit zu rechnen, dass die Beklagte sich nicht mehr ihrer Zahlungspflicht entziehe, wenn die Rechtsfrage um die Original-Verordnung geklärt sei. Die Summe der gegenüber der Beklagten geltend gemachten Forderung beziffere die Klägerin im Rahmen des Klageverfahrens nunmehr auf dem Betrag von 4.908,82 EUR. Auch wenn die Klägerin gegenüber der Apotheke in Bezug auf die vorliegende Forderung den Betrag i.H.v. insgesamt 5.470,10 EUR beglichen habe, ergebe sich die nunmehr geltend gemachte Klageforderung aus der als Anlage BLD 3 eingereichten Liste, Mithin werde im Rahmen der hilfsweise erhobenen Leistungsklage noch eine Forderung i.H.v. 4.908,82 EUR geltend gemacht.

Die Klägerin beantragt,

festzustellen, dass die Beklagte verpflichtet ist, der Klägerin die an die Versicherten der Beklagten im Zeitraum vom 01.09.2009 bis zum 20.09.2009 von dem Apotheker F. H. (Zentralapotheke, S.) erbrachten Leistungen (Arzneimittel) zu vergüten,

hilfsweise die Beklagte zu verurteilen, an die Klägerin den Betrag i.H.v. 4.908,82 EUR nebst Zinsen i.H.v. 5 Prozentpunkten über dem Basiszinssatz seit dem 15.11.2009 zu zahlen.

Die Beklagte beantragt,

die Klage abzuweisen.

Die Beklagte trägt vor, dass aus den übersandten Listen nicht ersichtlich sei, welche Sachleistungen für welche konkreten Versicherten der Beklagten erbracht worden seien. Die erbetene Zuordnung der Leistungen zu Versicherten der Beklagten sei bis heute nicht erfolgt. Eine formal ordnungsgemäße Rechnung liege nicht vor, solange eine Zuordnung zu den Sachleistungen zu den einzelnen Versicherten nicht möglich ist. Insbesondere seien die Angaben von Name, Vorname, Geburtsdatum und Anschrift des Versicherten sowie die Versichertennummer in den von der Klägerin übermittelten Daten nicht vorhanden. Darüber hinaus sei die Beifügung der Originalverordnung oder dessen Image entgegen der Annahme der Klägerin die zwingende Voraussetzung für eine formal ordnungsgemäße Rechnung. Unter Verweis auf die Entscheidung des BSG vom 17.12.2009 (Az: B 3 KR 13/08) könne ohne eine Verordnung ein Zahlungsanspruch gar nicht erst entstehen. Dies folge auch aus den Vorgaben in § 300 SGB V. Nach § 300 Abs. 3 Nr. 2 SGB V regele der Spitzenverband Bund der Krankenkassen und die für die Wahrnehmung der wirtschaftlichen Interessen gebildeten maßgeblichen Spitzenorganisationen der Apotheker in einer Arzneimittelabrechnungsvereinbarung das nähere insbesondere über die Voraussetzungen und Einzelheiten der Übermittlung der Abrechnungsdaten und die Weiterleitung der Verordnungsblätter. Nach § 5 Abs. 1 dieser Vereinbarung in der Fassung vom 04.11.1994 seien die zur Abrechnung bestimmten Verordnungsblätter an die Krankenkasse oder von ihnen benannten Stellen weiterzuleiten. Darüber hinaus komme der Zahlungsanspruch nach § 129 Abs. 2 SGB V in Verbindung mit dem ALV MV nicht in Betracht, da auch danach die Belieferung nur auf der Grundlage einer formal ordnungsgemäß ausgestellten Verordnung erfolgen dürfte (§ 3 Abs. 1 ALV MV). Darüber hinaus sei ein Anspruch auf Erstattung aufgrund der Rechnungslegung im Jahr 2012 bereits verfristet. Denn nach § 8 Abs. 1 ALV MV habe die Rechnungslegung der Apotheke spätestens einen Monat nach Ablauf des Kalendermonats zu

erfolgen, in dem die Lieferung erfolge. Ein entsprechender Ausschluss der Vergütung ergebe sich zudem aus § 13 Abs. 1 ALV MV, wonach die Krankenkasse die sachlichen und rechnerischen Beanstandungen bis zum Ablauf von 12 Monaten nach dem Ende des Kalendermonats geltend machen könne, in dem die Lieferung erfolge.

Wegen der weiteren Einzelheiten des Sach- und Streitstandes wird auf den Inhalt der Gerichtsakte und der beigezogenen Verwaltungsakte, der Gegenstand der mündlichen Verhandlung gewesen ist, verwiesen.

Entscheidungsgründe:

Die vorliegend erhobene Feststellungsklage ist bereits unzulässig, die hilfsweise erhobene (zulässige) Leistungsklage ist unbegründet.

1. Eine Feststellungsklage ist zulässig, wenn die allgemeinen Prozessvoraussetzungen vorliegen, der Gegenstand der begehrten Feststellung unter § 55 Abs. 1 Nr. 1 – 4, Abs. 2 SGG fällt und der Kläger ein berechtigtes Interesse an einer alsbaldigen Feststellung hat. Dabei ist die Feststellungsklage als unzulässig anzusehen, wenn der Kläger seine Rechte nicht mit der Gestaltungs- und Leistungsklage verfolgen kann und kein weitergehendes Feststellungsinteresse besteht. Hierbei ist jedoch zu beachten, dass der Subsidiaritätsgrundsatz nicht in den Fällen gilt, in denen die Feststellung einen weitergehenden Rechtsschutz ermöglicht. In Bezug auf das Feststellungsinteresse macht die Klägerin geltend, dass die Klägerin aus datenschutzrechtlichen Gründen keine namentliche Aufstellung zu der Versicherten und den einzelnen Leistungen vorliege, so dass die Zuordnung von sämtlichen Positionen zu einer bestimmten Krankenkasse nicht abschließend möglich sei. Auch könne die Klägerin nicht abschließend beurteilen, ob sie durch die vorgelegte Liste tatsächlich abschließende Informationen erhalten habe, zumal zu erwarten sei, dass die Beklagte Zahlung in ordnungsgemäßer Höhe nachkomme, wenn die Zahlungspflicht dem Grunde nach feststehe.

Letztlich kann jedoch nach dem Vortrag der Klägerin hieraus kein weitergehender Rechtsschutz als durch die (hilfsweise) erhobene Leistungsklage erzielt werden. Vielmehr wird im Rahmen der Leistungsklage der hiermit durch die Klägerin geltend gemachte Zahlungsanspruch abschließend und umfänglich geprüft, d.h. sowohl ob der Anspruch dem Grunde als auch der Höhe nach besteht. Insofern führt das durch die Klägerin hier geltend gemachte Feststellungsbegehren in Hinblick auf eine Erstattungspflicht der Beklagte dem Grunde nach nicht weiter als ein mit der Leistungsklage geltend zu machender konkreter Zahlungsanspruch, sondern bleibt sogar dahinter zurück. Allein der Umstand, dass die Klägerin den Klageanspruch der Höhe nach aufgrund der ihr vorliegenden – anonymisierten – Unterlagen nicht beziffern kann, führt ebenfalls nicht zu einem, über den eigentlich streitgegenständlichen Zahlungsanspruch hinausgehenden Feststellungsinteresse. Denn insofern ist schon nicht erkennbar, dass die Beklagte bei einem etwaig dem Grunde nach festgestellten Erstattungsanspruch durch etwaige durch den Apotheker oder die AvP noch vorzulegenden Unterlagen oder Daten einen Erstattungsanspruch der Höhe nach eigenständig anders oder weitergehender ermitteln könnte als dies im Rahmen des gerichtlichen Verfahrens möglich wäre. Mithin ist nicht erkennbar, auf welche Weise die Klägerin durch eine Feststellung einer dem Grunde nach bestehenden Leistungspflicht einen weitergehenden Rechtsschutz erhalten könnte, so dass die Klägerin insofern auf die Erhebung einer Leistungsklage zu verweisen ist.

2. Die insofern hilfsweise erhobene Leistungsklage ist zulässig, aber unbegründet.

a. Die vor dem Sozialgericht Köln erhobene Klage ist zulässig. aa. Das Sozialgericht Köln ist insbesondere örtlich für den Rechtsstreit zuständig. Nach § 57 Abs. 1 SGG ist örtlich zuständig das Sozialgericht, in dessen Bezirk der Kläger zur Zeit der Klageerhebung seinen Sitz oder Wohnsitz oder in Ermangelung dessen seinen Aufenthaltsort hat. Ein etwaiger Anspruch des Apothekers gegenüber der Beklagten ist auf die Klägerin gem. § 86 VVG übergegangen. Mithin ist nunmehr allein die in Köln ansässige Klägerin die etwaige Anspruchsinhaberin des geltend gemachten Zahlungsanspruchs, so dass nach § 57 Abs. 1 SGG die örtliche Zuständigkeit des Sozialgerichts Köln gegeben ist.

bb. Eine Unzulässigkeit der Klage ergibt sich nicht aus § 129 SGB V i.V.m. § 15 Abs. 1 ALV MV. Nach § 15 Abs. 1 ALV MV obliegt die Auslegung dieses Vertrages und die Schlichtung bei Meinungsverschiedenheiten dem Vertragsausschluss, welche auf Antrag des Apothekerverbandes oder einer Krankenkasse tätig wird (§ 15 Abs. 6 ALV MV). Die Klägerin bzw. der Apotheker ist jedoch schon nicht die unmittelbare Vertragspartei zu dem ALV MV, auch wenn der vorliegende Vertrag gem. § 2 Abs. 1 ALV auch für die Apotheken gilt, deren Leiter Mitglied des Apothekerverbandes Mecklenburg-Vorpommern ist. Die Berechtigung des Apothekerverbandes Mecklenburg-Vorpommern für den Abschluss dieses Rahmenvertrages für die Apotheken folgt hierbei jedoch nicht aus einer vertraglichen Berechtigung, sondern aus den gesetzlichen Vorgaben in § 129 Abs. 2 und § 129 Abs. 3 SGB V. Mithin ist der Apotheker selbst vorliegend nicht unmittelbar "Vertragspartei" des hier vorliegenden Rahmenvertrages. Vielmehr konkretisiert dieser Rahmenvertrag die Abrechnungs- und Vergütungsmodalitäten im Rahmen der Kostenerstattungen für die Abgabe von Arzneimitteln im Sinne des § 129 SGB V. Mithin ist für den Apotheker bzw. für die Klägerin die in § 15 ALV MV getroffenen Abrede nicht maßgebend ist bzw. es handelt sich bei dem vorliegende Rechtsstreit jedenfalls nicht um "Meinungsverschiedenheiten zwischen den Vertragsparteien über die Auslegung des Vertrages", sondern um die Abrechnung einer konkreten Forderung für die Arzneimittelabgabe.

b. Die Klägerin hat jedoch keinen Anspruch gegen die Beklagte auf Erstattung der Kosten für die durch den Apotheker abgegebenen Arzneimittel, da hierfür die erforderlichen Verordnungsblätter bzw. zumindest die Images dieser Verordnungen nicht vorgelegt worden sind.

Grundlage für die Abrechnung der abgegebenen Arzneimittel im Verhältnis des Apothekers bzw. der Klägerin zu der Beklagten ist § 129 SGB V. Neben den darin enthaltenen Vorgaben zur Versorgung und Abgabe von Arzneimitteln regelt gem. § 129 Abs. 2 SGB V der Spitzenverband Bund der Krankenkassen und die für die Wahrnehmung der wirtschaftlichen Interessen gebildete maßgebliche Spitzenorganisation der Apotheker in einem gemeinsamen Rahmenvertrag das Nähere. Maßgebend ist im vorliegenden Fall der Liefervertrag zwischen dem Apothekerverband Mecklenburg-Vorpommern e.V. einerseits und der AOK Mecklenburg-Vorpommern (zugleich für die Bundesknappschaft Bochum), dem BKK Landesverband Nord (zugleich für die Krankenkasse für den Gartenbau, handelnd für die Landwirtschaftliche Krankenversicherung in Mecklenburg-Vorpommern) sowie dem IKK-Landesverband Nord andererseits (ALV MV). Nach den darin getroffenen Abreden ist nach Überzeugung der Kammer aber in jedem Fall die Vorlage der Verordnung bzw. zumindest die Vorlage eines entsprechenden Images bei der Beklagten die zwingende Voraussetzung für die Durchführung der Abrechnung bzw. für einen Zahlungsanspruch des Apothekers gegenüber der Krankenkasse.

So erfolgt gem. § 3 Abs. 1 ALV MV die Abgabe aufgrund einer ordnungsgemäß ausgestellten vertragsärztlichen oder vertragszahnärztlichen Verordnung sowie von Krankenkassen herausgegebenen Berechtigungsscheinen. Nach § 3 Abs. 2 ALV MV ist eine vertragsärztliche Verordnung dann ordnungsgemäß ausgestellt, wenn sie die im Vertrag nach § 300 SGB V sowie in den hierzu ergänzenden Regelungen geforderten Angaben enthält:

a) Bezeichnung der Krankenkasse b) Kassennummer c) Name und Vorname, Geburtsdatum und Anschrift des Versicherten d) Versichertennummer e) Vertragsarztnummer f) Gültigkeitsdatum der Versichertenkarte g) Ausstellungsdatum h) Status des Versicherten (einschließlich der Kennzeichen nach § 267 Abs. 5 S. 1 SGB V) i) Kennzeichnung der Statusgruppen 6,7,8, und 9 sowie des Feldes Begründungspflicht, soweit zutreffend j) Kennzeichnung für Unfall, soweit zutreffend k) Kennzeichnung für Arbeitsunfall, soweit zutreffend l) Kennzeichnung der Gebührenpflicht und der Gebührenfreiheit, soweit zutreffend m) Kennzeichnung im noctu-Feld, soweit zutreffend n) Unterschrift des Vertragsarztes o) Vertragsarztstempel oder entsprechender Aufdruck

Gem. § 3 Abs. 5 darf eine Verordnung nur innerhalb eines Monats nach der Ausstellung beliefert werden. Eine spätere Belieferung ist nur zulässig, wenn dieses aus Gründen der Herstellung, Beschaffung oder Genehmigung unvermeidbar ist. Im Übrigen werden in § 3 ALV MV weitere Regelungen und Vorgaben für das Vorgehen bei unvollständiger oder unklarer Verordnung durch den Vertragsarzt getroffen, zu deren Einzelheiten auf § 3 Abs. 6 ff. ALV MV verwiesen wird.

Schon aus diesen Vorgaben folgt nach Auffassung der Kammer die Notwendigkeit der Vorlage der Originalverordnung bzw. zumindest eines Images der Verordnung für die Durchführung einer ordnungsgemäßen Abrechnung. Denn letztlich kann das Vorliegen der Voraussetzungen für die Abgabe und Abrechnung eines Medikaments sowie die Einhaltung der o.g. Vorgaben allein durch das Verordnungsblatt belegt und dargestellt werden. Das Verordnungsblatt, auf dem sämtliche o.g. Angaben dokumentiert sein müssen, ist somit das zentrale Element der Arzneimittelversorgung der Versicherten im Rahmen der gesetzlichen Krankenversicherung. Auch hierzu verweist die Beklagte zutreffend auf die Ausführungen des Bundessozialgerichts im Urteil vom 17.12.2009 (Az: B 3 KR 13/08), wenn es darin heißt:

Durch die allgemeinen vertraglichen Regelungen nach § 129 Abs. 2 und Abs. 5 S. 1 SGB V wird zudem nochmals betont, dass die vertragsärztliche Versorgung das zentrale Element der Versicherten der GKV darstellt. Mit ihr konkretisiert der Vertragsarzt das Rahmenrecht des Versicherten auf Arzneimittelversorgung als Sachleistung für den vorliegenden Versicherungsfall. Sie dokumentiert, dass das Medikament als Sachleistung der GKV (§ 2 Abs. 2 SGB V) auf Kosten der Krankenkasse an den Versicherten abgegeben wird. Als Pendant folgt daraus der Vergütungsanspruch des Apothekers gegen die Krankenkasse dem Grunde nach; er wird durch das Kassenrezept als für das Abrechnungsverhältnis zwischen Apotheker und Krankenkasse maßgebliches Dokument konkretisiert.

Eine andere Beurteilung ergibt sich insofern auch nicht aus dem Vortrag der Klägerin, wonach nach der zitierten Entscheidung allein die Verordnung an sich als zentrales Element der Versorgung anzusehen ist, nicht jedoch die spätere Vorlage des Verordnungsblatts und die darin dokumentierte Verordnung durch den Apotheker bei der Krankenkasse. Dies führt nach Auffassung der Kammer auch nicht dazu, dass allein die Abgabe der Arzneimittel im streitigen Zeitraum durch eine ordnungsgemäß ausgestellte Verordnungen dargelegt werden muss und eine mögliche Vorlage des eigentlichen Verordnungsblatts durch den Apotheker nicht mehr erforderlich wäre.

So ist zwar in der Tat im ALV MV (wie z.B. in § 9 ALV MV) ausdrücklich keine konkrete Sanktion oder Regelung für den – hier vorliegenden – Fall vorgesehen, dass die Verordnungsblätter selbst nicht vorgelegt werden bzw. nicht mehr vorgelegt werden können. Dennoch folgt aus dem gesamten Sinn und Zweck der getroffenen Vereinbarungen, dass die Vertragsparteien durchgehend für die Abrechnung auch von der Vorlage der Verordnungsblätter bzw. deren Images ausgegangen sind und diese auch vorausgesetzt haben. So ist in § 8 Abs. 1 ALV MV für die Rechnungslegung der Apotheke, welche wiederum gem. § 3 Abs. 2 ALV MV eine ordnungsgemäße vertragsärztliche Verordnung voraussetzt, eine Frist von einem Monat nach Ablauf des Kalendermonats vorgesehen, in dem die Lieferung erfolgt ist. Zudem müssen nach § 9 Abs. 1 ALV MV die Verordnungsblätter bis spätestens sechs Wochen nach Ablauf des Kalendermonats, in dem die Lieferung erfolgte, bei den von den Krankenkassen benannten Stellen eingehen. Auch nach 10 Abs. 3 ALV MV sind die Verordnungsblätter in digitalisierter Form (Images) bis zu 4 Wochen nach Ablauf des Abrechnungsmonats auf Abruf bereitzuhalten und der Krankenkasse auf Verlangen am Ort der Imageerstellung zur Verfügung zu stellen. Selbst wenn darin zumindest keine konkreten Sanktionsregelung für eine Versäumung der genannten Frist in Form der nicht mehr zulässigen Abrechnung zu sehen ist (vgl. insofern BSG, Urteil vom 03.08.2006, B 3 KR 7/06), wird jedoch durchgehend der Bestand einer Verordnung bzw. auch die Möglichkeit der Vorlage des Verordnungsblattes an sich vorausgesetzt. Im Umkehrschluss folgt aber daraus, dass bei der nicht erfolgenden bzw. nicht mehr möglichen Vorlage einer Verordnung durch den Apotheker an die Krankenkasse letztlich auch keine Abrechnung möglich ist, zumal diese auch innerhalb einer bestimmten Frist nicht mehr vorgelegt werden kann. Dies gilt selbst dann, wenn durch den Apotheker die ursprüngliche Abgabe eines Arzneimittels an einen Versicherten auf der Grundlage einer ärztlichen Verordnung erfolgt ist.

In diesem Zusammenhang setzen die weiteren Vorgaben zur Durchführung der Abrechnung nach § 7 Abs. 1 und 2 ALV MV i.V.m. § 300 SGB V i.V.m. der Arzneimittelabrechnungsvereinbarung (§ 300 Abs. 3 SGB V) ausdrücklich die Übermittelung der Verordnungsblätter voraus. Die Vorschrift des § 300 SGB V regelt dabei als Grundlage für die Abrechnung der Apotheker mit den Krankenkassen die Eintragung von Arzneimittelkennzeichen auf dem Verordnungsblatt und die Weitergabe dieser Verordnungsblätter an die Krankenkassen sowie hierüber bundeseinheitlich verbindlich zu treffende Vereinbarungen (Hess in Kasseler Kommentar zum Sozialversicherungsrecht, § 300 Rn. 2). Nach § 300 Abs. 1 SGB V sind die Apotheken und weitere Anbieter von Arzneimitteln verpflichtet, unabhängig von der Höhe der Zuzahlung (oder dem Eigenanteil), 1. bei Abgabe von Fertigarzneimitteln für Versicherte das nach § 300 Abs. 3 Nr. 1 zu verwendende Kennzeichen maschinenlesbar auf das für die vertragsärztliche Versorgung verbindliche Verordnungsblatt oder in den elektronischen Verordnungsdatensatz zu übertragen, 2. die Verordnungsblätter oder die elektronischen Verordnungsdatensätze an die Krankenkassen weiterzuleiten und diesen die nach Maßgabe der nach Absatz 3 Nr. 2 getroffenen Vereinbarungen erforderlichen Abrechnungsdaten zu übermitteln. Nach § 300 Abs. 3 SGB V regeln der Spitzenverband Bund der Krankenkassen und die für die Wahrnehmung der wirtschaftlichen Interessen gebildete maßgebliche Spitzenorganisation der Apotheker in einer Arzneimittelabrechnungsvereinbarung das Nähere insbesondere über [...] 2. die Einzelheiten der Übertragung des Kennzeichens und der Abrechnung, die Voraussetzungen und Einzelheiten der Übermittlung der Abrechnungsdaten im Wege elektronischer Datenübertragung oder maschinell verwertbar auf Datenträgern sowie die Weiterleitung der Verordnungsblätter an die Krankenkassen, spätestens zum 1. Januar 2006 auch die Übermittlung des elektronischen Verordnungsdatensatzes.

Schon in § 300 Abs. 1 Nr. 2 SGB V sieht der Gesetzgeber ausdrücklich die Verpflichtung der Apotheker vor, "die Verordnungsblätter oder die elektronischen Verordnungsdatensätze an die Krankenkassen weiterzuleiten". Mithin ist hier schon eine gesetzliche Vorgabe zur Übermittlung der Verordnungsblätter geschaffen worden. Gleichzeitig verweist die Beklagte zutreffend auf die hierzu nach § 300 Abs. 3 SGB V getroffene Vereinbarung über die Übermittlung von Daten im Rahmen der Arzneimittelabrechnung vom 04.11.1994 gemäß § 300 SGB V. Sofern darin die Einzelheiten der Übermittlung der Abrechnungsdaten geregelt sind, ist in § 5 Abs. 1 dieser Vereinbarung nochmals ausdrücklich vorgesehen, dass "die zur Abrechnung bestimmte Verordnungsblätter an die Krankenkasse oder die von ihnen benannten Stellen weiterzuleiten sind". Darüber hinaus haben diese Verordnungsblätter die gem. § 5 Abs. 2 der Vereinbarung genannten Angaben zu enthalten. Mithin werden durch diese maßgebliche Regelung zur Übermittlung der Abrechnungsdaten und der Durchführung der konkreten Abrechnung nochmals ausdrücklich die entsprechenden Pflichten der abrechnenden Stellen zur Vorlage der Verordnungsblätter für eine korrekte Abrechnung normiert. Insbesondere ist hiernach nochmals die Pflicht zur Weiterleitung der Verordnungsblätter für eine ordnungsgemäße Abrechnung ausdrücklich vorgesehen. Folglich kann eine Erstattung der Kosten für die abgegebenen Arzneimittel ohne das hierfür maßgebliche Verordnungsblatt aufgrund der damit nicht mehr vorliegenden ordnungsgemäßen Rechnungslegung nicht (mehr) geltend gemacht werden.

Hinzu kommt, dass nach § 300 Abs. 2 S. 3 SGB V die Rechenzentren die Daten nach § 300 Abs. 1 SGB V auf Anforderung den Kassenärztlichen Vereinigungen, soweit diese Daten zur Erfüllung ihrer Aufgaben nach § 73 Abs. 8, den §§ 84 und 305a erforderlich sind, sowie dem Bundesministerium für Gesundheit oder einer von ihm benannten Stelle im Wege elektronischer Datenübertragung oder maschinell verwertbar auf Datenträgern übermitteln. Die Regelung stellt klar, dass die Kassenärztlichen Vereinigungen Daten auch von den Rechenzentren erhalten dürfen, soweit sie diese zur Erfüllung der in der Vorschrift genannten Aufgaben benötigen. Damit ist die Übermittlung dieser Daten nicht an die Zustimmung der Krankenkassen gebunden. Die Daten sind nach Satz 5 zu pseudoanonymisieren. Weiterhin ist eine Übermittlung an das Bundesministerium für Gesundheit oder einer von ihm benannten Stelle eingeschränkt zulässig. Durch Satz 6 erhält der Prüfungsstelle nach § 106 Abs. 4a SGB V die Möglichkeit, die nach § 84 Abs. 7a SGB V vorgesehenen quartalsweisen Prüfungen der Abweichungen von den vereinbarten Durchschnittskosten je definierter Dosiereinheit zeitnah auch auf Grundlage der Abrechnungsdaten der Apothekenrechenzentren zu überprüfen (Didong in: jurisPK-SGB V, 2. Aufl. 2012, § 300 SGB V, Rn. 11). Im Rahmen der Wirtschaftlichkeitsprüfung müssen die Verordnungsblätter aber möglichst vollständig analysiert werden, wenn der Vertragsarzt durch Vorlage eigener Dokumente plausibel machen kann, dass die ihm elektronisch zugeordneten Verwaltungsakten fehlerhaft sind. In diesem Fall sind durch die Prüfgremien gem. § 20 SGB X die Originalverordnungsblätter von den Krankenkassen anzufordern (BSG, Urteil vom 27.04.2005, B 6 KA 17/04 R). Sofern die Krankenkasse die Verordnungsblätter nicht vorlegen kann, ist die gegen den Arzt festzusetzende Regeresssumme entsprechend zu verringern, da diesem nur eingeschränkte Verteidigungsmöglichkeiten zur Verfügung stehen (Hornung in LPK, SGB V, § 300 Rn. 9). Mithin sind die Krankenkasse auch hieraus gehalten, bei der Abrechnung die Verordnungsblätter anzufordern und sich für die Abrechnung vorlegen zu lassen.

Darüber hinaus wäre unter Zugrundelegung der klägerischen Auffassung die im ALV MV ausdrücklich vorgesehene Rechnungs- und Taxbeanstandung durch die Beklagte nach § 13 ALV MV faktisch ausgeschlossen. Nach § 13 Abs. 1 ALV MV können die Krankenkassen sachliche und rechnerischen Beanstandungen nur bis zum Ablauf von 12 Monaten nach Ende des Kalendermonats, in dem die Leistung erfolgt ist, geltend machen. Eine Überprüfung auf Taxdifferenzen kann aber letztlich allein auf der Grundlage der Verordnungsblätter erfolgen, da allein darin die nach § 3 Abs. 2 aufgeführten Angaben ersichtlich werden. Darüber hinaus sind nach § 13 Abs. 3 die Kopien oder Print-Images der beanstandeten Rezepte von der Krankenkasse der Apotheke unverzüglich ohne vorherige Aufforderung zur Überprüfung zuzuschicken. Auch diese getroffenen Abreden hätten letztlich keine Bedeutung bzw. Sinn, wenn – nach der klägerischen Auffassung – die Vorlage der Verordnungsblätter keine Voraussetzung für eine Abrechnung bzw. Erstattung der durch den Apotheker abgegebenen Arzneimittel hätte. Vielmehr folgt auch daraus der Wille der Vertragsparteien, dass eine ordnungsgemäße Abrechnung in jedem Fall die Vorlage der Verordnungsblätter voraussetzt.

Zusammenfassend ist somit nach den gesamten Regelungen in § 129 Abs. 1 SGB V i.V.m. dem ALV MV und § 300 SGB V i.V.m. Vereinbarung über die Übermittlung von Daten im Rahmen der Arzneimittelabrechnung vom 04.11.1994 durchgehend das Vorhandensein bzw. die Vorlage der Verordnungsblätter als Grundvoraussetzung für eine ordnungsgemäße Abrechnung vorgesehen. Sofern daher – wie vorliegend – die Verordnung nicht mehr an die Krankenkasse weitergeleitet oder übermittelt werden kann, besteht somit – mangels ordnungsgemäßer Abrechnung – kein Erstattungsanspruch der Apotheke gegenüber der Krankenkasse. Dies gilt umso mehr, als dass der hier erfolgte brandbedingte Untergang der Verordnungen in der Sphäre des Apothekers nicht zu Lasten der Beklagten als Krankenkasse gehen kann, zumal auf diese Weise sämtliche Überprüfungsmöglichkeiten der Krankenkasse in Bezug auf eine ordnungsgemäße Verordnung entfallen würden.

Diesbezüglich führen auch die von der Klägerin zur Verfügung gestellten Datenlisten nicht weiter, da darin letztlich allein die Daten aufgeführt sind, die durch den Apotheker bzw. dessen Mitarbeiter bei der Abgabe des Medikaments erfasst worden sind. Mithin ist hieraus schon nicht ersichtlich, ob die einzelnen vertraglichen Abgabebestimmungen tatsächlich eingehalten worden sind, z.B. insbesondere ob die Unterschrift des Arztes vorhanden, ob die Frist für die Abgabe des Medikaments nach der Ausstellung eingehalten worden oder ob der zutreffenden Kostenträger (z.B. bei einem Wechsel der Krankenkasse) angegeben worden ist. Vor dem Hintergrund der getroffenen Abreden in Bezug auf die notwendige Vorlage der Verordnungsblätter führt auch die durch die Klägerin beantrage Vernehmung des Apothekers oder dessen Mitarbeiter als Zeugen nicht weiter. Denn selbst wenn die Zeugen bei einer Vernehmung in Bezug auf jedes einzelne der im streitigen Zeitraum vom 01.01.2009 bis zum 19.09.2009 eingereichten 1791 Rezepte glaubhaft und glaubwürdig eine ordnungsgemäße Verordnung mit allen in § 3 Abs. 2 ALV MV aufgeführten Angaben bestätigen würden, würde es weiterhin an den nach den getroffenen Abreden für eine ordnungsgemäße Abrechnung in jedem Fall notwendige Vorlage der Verordnungsblätter fehlen. Mithin könnte selbst bei einer entsprechenden Bestätigung der genannten Zeugen nach der Überzeugung der Kammer kein Anspruch der Klägerin auf eine Vergütung bzw. Abrechnung des geltend gemachten Betrages gegenüber der Beklagten entstehen.

3. Die Kostenentscheidung folgt aus § 197a SGG in Verbindung mit § 154 Abs. 1 Verwaltungsgerichtsordnung (VwGO).
Rechtskraft
Aus
Login
NRW
Saved

2014-11-06