

Titel:

Richtigstellung einer ärztlichen Honorarabrechnung

Normenkette:

SGB V § 106d Abs. 2 S. 1, Abs. 4

Leitsätze:

1. Im Fall des § 106d Abs. 4 SGB V ist die Kassenärztliche Vereinigung die Herrin des Verfahrens. Die Kompetenz der Krankenkasse beschränkt sich darauf, dass sie die Prüfung beantragen und dadurch initiieren kann. (Rn. 27) (redaktioneller Leitsatz)

2. Die bereichsspezifische Sonderregelung zur Korrektur vertragsärztlicher Honorarbescheide in § 106d Abs. 2 S. 1 SGB V sieht keine Verpflichtung zur Ermessensausübung vor, sondern enthält eine gebundene Entscheidung. Die Kassenärztliche Vereinigung hat vielmehr die Pflicht, die sachlich-rechnerische Richtigstellung durchzuführen. Rn. 36) (redaktioneller Leitsatz)

Schlagworte:

Dialyse, Peritonealdialyse, fachinternistische Behandlung, sachlich-rechnerische Richtigstellung

Fundstelle:

BeckRS 2024, 7483

Tenor

I. Die Klage wird abgewiesen.

II. Der Kläger und die Beigeladene zu 2. tragen jeweils die Hälfte der Kosten des Verfahrens.

Tatbestand

1

Zwischen den Beteiligten ist die beim Kläger vorgenommene Absetzung der Gebührenordnungsposition 13611 EBM (Zusatzpauschale ärztliche Betreuung bei Durchführung einer Peritonealdialyse) für die Abrechnung im Quartal 2/2018 streitig.

2

Der Kläger, ein gemeinnütziger Verein, betreibt Nierenzentren u.a. in D-Stadt. Das Nierenzentrum A-Stadt steht u.a. unter der Leitung von S.(Facharzt für Innere Medizin mit Schwerpunkt Nephrologie). Unter derselben Anschrift, in getrennten Räumlichkeiten, betreibt die Beigeladene zu 2. ein MVZ zur Versorgung von Patienten mit Erkrankungen des internistisch-nephrologischen Formenkreises.

3

Die Beigeladene zu 1. stellte bei der Beklagten am 17.08.2020 Anträge auf sachlich-rechnerische Richtigstellung gemäß § 106d Abs. 4 SGB V u.a. bezüglich des klägerischen Nierenzentrums in A-Stadt wegen der Abrechnung der GOP 13611 trotz Abrechnungsausschlusses. Dabei wurden die vom Kläger abgerechneten Behandlungsfälle mit „V“ („Vorschlag zur Korrektur“) gekennzeichnet.

4

Mit Schreiben vom 04.09.2020 informierte die Beklagte den Kläger, dass die Krankenkassen für diverse Abrechnungsquartale Anträge auf sachlich-rechnerische Richtigstellung der Abrechnung gestellt hätten und verwies auf die beigefügten Patientenaufstellungen. Sie bat den Kläger um Stellungnahme.

5

Der Kläger antwortete mit Schreiben vom 23.09.2020, dass über das klägerische Nierenzentrum A-Stadt keine Leistungen abgerechnet worden seien, für die neben der GOP 13611 ein Abrechnungsausschluss bestehe. Die von der Beklagten aufgeführten Leistungen seien von S. erbracht worden. S. habe den Patienten H.G. im MVZ der Beigeladenen zu 2. behandelt und im Rahmen dieser Behandlung die Zusatzpauschale fachinternistische Behandlung (GOP 13250) sowie die Bestimmung der Blutgase und des

Säure-Basen-Status erbracht und abgerechnet. Da die Betreuung als Dialysepatient im klägerischen Nierenzentrum erfolgt sei und die GOP 13611 in Summe höher bewertet sei als die Laborleistungen, werde gebeten, den Antrag der Beigeladenen zu 1. abzulehnen und sich gegebenenfalls bezüglich einer sachlich-rechnerischen Richtigstellung an die Beigeladene zu 2. zu wenden.

6

Mit Bescheid vom 17.05.2021 nahm die Beklagte gegenüber dem Kläger eine sachlich-rechnerische Richtigstellung für das Quartal 2/2018 bezüglich des Patienten H.G. vor und setzte die GOP 13611 44mal ab. Zugleich kündigte sie an, dass der sich aus der Berichtigung ergebende Betrag auf dem Honorarbescheid 4/2020 ausgewiesen werde.

7

Die Kürzungen wurden im Honorarbescheid vom 17.05.2021 (Quartal 4/2020) vorgenommen und als Belastung eine „Nachberechnung Honorar GKV“ für das Quartal 2/2018 i.H.v. 346,90 € ausgewiesen. Daneben wurde in dem Honorarbescheid als Belastung auch das „Honorar Dialysesachkosten GKV“ für das Quartal 2/2018 i.H.v. 3.835,60 € ausgewiesen. In der Anlage zum Honorarbescheid „Einzelfallbezogene Korrekturübersicht Nachverrechnung“ wurden neben der GOP 13611 auch die einzelnen Kürzungsbeträge für die GOPs 40825, 40826, 40831 und 40832 (jeweils Patient H.G.) aufgelistet.

8

Der Kläger erhob Widerspruch gegen den Bescheid vom 17.05.2021 wie auch gegen den Honorarbescheid vom 17.05.2021 (4/2020).

9

Mit Widerspruchsbescheid vom 03.08.2022 wies die Beklagte den Widerspruch gegen den Bescheid vom 17.05.2021 zurück. Nach den zur GOP 13611 geregelten Abrechnungsausschlüssen könne diese im Behandlungsfall u.a. nicht neben der GOP 13250 berechnet werden. Die Überprüfung der Abrechnungen durch die Krankenkasse habe ergeben, dass durch einen im KfH tätigen Arzt, der zusätzlich auch niedergelassen sei, im Arztfall die GOP 13250 angesetzt worden sei. Damit sei eine zusätzliche Berechnung der GOP 13611 im Arztfall nicht möglich. Die Absetzung der GOP 13611 (44mal) im Fall H.G. wegen fehlender Voraussetzungen auf Antrag der Beigeladenen zu 1. sei somit zu Recht erfolgt.

10

Der Kläger hat am 08.09.2022 Klage zum Sozialgericht München erhoben. Zur Klagebegründung hat er ausgeführt, dass im MVZ der Beigeladenen zu 2. Patienten, die auch Patienten des Klägers seien, nur wegen anderer Erkrankungen, die im Nierenzentrum in den Grenzen dessen Versorgungsauftrags nicht versorgt werden könnten, behandelt würden. Der Kläger bezweifle nicht, dass für die GOP 13611 neben der GOP 13250 ein Abrechnungsausschluss bestehe. Richtigerweise seien für die GOP 13250 Leistungen in der Honorarabrechnung 2/2018 der Beigeladenen zu 2. zu kürzen. Der Kläger sehe die Beklagte nicht berechtigt, willkürlich eine Auswahl treffen zu dürfen, welche der beiden Leistungen zu kürzen seien. Durch die 44malige willkürliche Absetzung der GOP 13611 sei bei dem Kläger eine Honorarkürzung von 346,00 € vorgenommen worden. Darüber hinaus seien auch noch Sachkosten für durchgeführte PD-Dialysen in Höhe von 3.835,60 € gestrichen worden.

11

Der Kläger beantragt,

Der Bescheid vom 17.05.2021 in der Gestalt des Widerspruchsbescheids vom 03.08.2022 wird aufgehoben und die Beklagte verurteilt, dem Kläger 4.181,60 € nachzuvergüten.

12

Die Beklagte beantragt,

die Klage abzuweisen.

13

Die Beklagte verweist darauf, dass die Absetzung der GOP 13611 EBM zu Recht erfolgt sei und damit auch der Abrechnungsgrund für die in diesem Zusammenhang abgerechneten Kostenpauschalen entfallen sei, so dass diese ebenfalls abzusetzen gewesen seien. Die Beigeladene zu 1. habe bei ihrem Antrag nach § 106d Abs. 4 SGB V ein ausschließliches und unmittelbares Korrekturinteresse in Bezug auf die GOP 13611 gehabt, da eine nachträgliche Streichung eine Rückerstattung zu ihren Gunsten bewirke. Die Streichung der

GOP 13250 wäre für die Beigeladene zu 1. hingegen ohne finanzielles Interesse gewesen. Die Beklagte habe den Antrag im Sinne der Beigeladenen zu 1. umgesetzt. Die GOP 13250 EBM sei im Streitquartal 2/2018 mit einem Regelwert in Höhe von 16,73 € (157 Punkte) bewertet gewesen. Die abgesetzte GOP 13611 EBM sei hingegen wesentlich geringer mit 7,88 € (78 Punkten) bewertet gewesen. Da keine Zweifel bestünden, dass sowohl die GOP 13611 als auch die GOP 13250 ordnungsgemäß erbracht worden seien, sei in Bezug auf den leistungserbringenden Arzt S. die geringer bewertete GOP 13611 abgesetzt worden.

14

Die Beigeladene zu 1. stellt keinen Antrag.

15

Sie hat auf die Anlage 1 zu den Richtlinien zum Inhalt und zur Durchführung der Prüfungen gemäß § 106d Abs. 6 SGB V verwiesen und darauf, dass die Festlegungen mit „V“ bzw. „R“ allein der technischen Umsetzung dienen und keine rechtliche Bewertung dazu seien, welche Leistung korrekt abgerechnet worden sei und welche nicht. Ergebe die Prüfung der KV, dass die mit „V“ gekennzeichnete Leistung korrekt abgerechnet worden sei, aber eine mit „R“ gekennzeichnete Leistung zu korrigieren sei, korrigiere sie diese ohne erneuten Antrag. Der Beigeladenen zu 1. sei nicht bekannt, ob die Beklagte die Richtigstellung aufgrund der zeitlichen Abfolge der Leistungserbringung in dieser Form durchgeführt habe oder ob andere Gründe vorgelegen hätten.

16

Die Beigeladene zu 2. beantragt,

Der Bescheid vom 17.05.2021 in der Gestalt des Widerspruchsbescheids vom 03.08.2022 wird aufgehoben und die Beklagte verurteilt, dem Kläger 4.181,60 € nachzuvergüten.

17

Im Übrigen wird zur Ergänzung des Tatbestandes auf den Inhalt der Gerichtsakte und der beigezogenen Verwaltungsakte der Beklagten Bezug genommen.

Entscheidungsgründe

18

Die Klage ist zulässig, aber unbegründet. Der Bescheid vom 17.05.2021 in der Gestalt des Widerspruchsbescheids vom 03.08.2022 ist rechtmäßig und verletzt den Kläger nicht in seinen Rechten. Der Kläger hat keinen Anspruch auf eine Nachvergütung i.H.v. 4.181,60 €.

19

Die Zulässigkeitsvoraussetzungen der fristgemäß eingelegten Klage sind erfüllt.

20

Die Klage ist jedoch nicht begründet.

21

Streitgegenstand ist lediglich der Richtigstellungsbescheid vom 17.05.2021 in der Gestalt des Widerspruchsbescheids vom 03.08.2022 und die 44malige Absetzung der GOP 13611 EBM. Die Richtigstellung der Dialysesachkosten im Wert von 3.835,60 € (GOP 40825, 40826, 40831, 40832) ist nicht Gegenstand des Richtigstellungsbescheids vom 17.05.2021. Die Absetzung erfolgte im Rahmen des Honorarbescheids vom 17.05.2021 (Quartal 4/2020); über den klägerischen Widerspruch gegen den Honorarbescheid wurde im Rahmen des Widerspruchsbescheids vom 03.08.2022 nicht entschieden.

22

Der Bescheid vom 17.05.2021 in der Gestalt des Widerspruchsbescheids vom 03.08.2022 ist formell rechtmäßig, insbesondere ist eine Anhörung des Klägers vor Erlass des Bescheids erfolgt (§ 24 Abs. 1 SGB X).

23

Auf eine etwaig im Gesamtvertrag geregelte Frist zur Beantragung einer sachlich-rechnerischen Korrektur durch die Beigeladene zu 1. (vgl. BSG, Urteil vom 11.02.2015, Az. B 6 KA 15/14 R, Rn. 18) kommt es vorliegend nicht an, da sich der Kläger auf die Einhaltung dieser nicht berufen kann.

24

Der Bescheid vom 17.05.2021 in der Gestalt des Widerspruchsbescheids vom 03.08.2022 ist auch in materiellrechtlicher Hinsicht nicht zu beanstanden.

25

Rechtliche Grundlage für die auf den Antrag der Beigeladenen zu 1. zurückgehende sachlich-rechnerische Richtigstellung ist § 106d Abs. 4 i.V.m. Abs. 2 Satz 1 SGB V (in der Fassung vom 16.07.2015; in Folge „a.F.“).

26

Gem. § 106d Abs. 4 Satz 1 SGB V a.F. können die Krankenkassen oder ihre Verbände, sofern dazu Veranlassung besteht, gezielte Prüfungen durch die Kassenärztliche Vereinigung nach Absatz 2 beantragen. Nach § 106d Abs. 2 Satz 1 SGB V a.F. stellt die Kassenärztliche Vereinigung die sachliche und rechnerische Richtigkeit der Abrechnungen der an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Ärzte und Einrichtungen fest; dazu gehört auch die arztbezogene Prüfung der Abrechnungen auf Plausibilität sowie die Prüfung der abgerechneten Sachkosten.

27

Im Fall des § 106d Abs. 4 SGB V ist die Kassenärztliche Vereinigung die Herrin des Verfahrens. Die Kompetenz der Krankenkasse beschränkt sich darauf, dass sie die Prüfung beantragen und dadurch initiieren kann (Clemens in: Schlegel/Voelzke, jurisPK-SGB V, 4. Aufl. (Stand: 21.11.2023), § 106d Rn. 62).

28

Die vierjährige Ausschlussfrist wurde eingehalten; die zum 11.05.2019 in Kraft getretene zweijährige Ausschlussfrist (§ 106d Abs. 5 Satz 3 SGB V) galt noch nicht, da sich die sachlich-rechnerische Richtigstellung auf den Honorarbescheid für das Quartal 2/2018 bezieht, der einen früheren Zeitraum vor Inkrafttreten des TSVG betrifft (vgl. Clemens, ebenda, Rn. 105 m.w.N.).

29

Zwischen den Beteiligten ist unstrittig, dass dem Grunde nach die Voraussetzungen für eine sachlich-rechnerische Richtigstellung wegen Abrechnungsausschluss vorlagen.

30

In den beiden Leistungslegenden der Ziffern GOP 13250 (Zusatzpauschale fachinternistische Behandlung) und 13611 (Zusatzpauschale ärztliche Betreuung bei Peritonealdialyse) ist wechselseitig ein Abrechnungsausschluss im Behandlungsfall geregelt. Vorliegend lag zwar, da der Versicherte H.G. sowohl im Nierenzentrum des Klägers als auch im MVZ der Beigeladenen zu 2. von S. behandelt wurde, kein Behandlungsfall i.S.d. § 21 Abs. 1 Satz 1 BMV-Ä vor. Es handelte sich jedoch um denselben Arztfall; gem. § 21 Abs. 1b Satz 1 BMV-Ä werden als Arztfall alle Leistungen bei einem Versicherten bezeichnet, welche durch denselben Arzt unabhängig vom vertragsarztrechtlichen Status in der vertragsärztlichen Versorgung in demselben Kalendervierteljahr und unabhängig von der Betriebsstätte/Nebenbetriebsstätte zu Lasten derselben Krankenkasse erbracht werden. Da nach den Allgemeinen Bestimmungen in I.4.3.4 EBM sämtliche auf den Behandlungsfall bezogenen Abrechnungsbestimmungen und Berechnungsausschlüsse bei Erbringung von Gebührenordnungspositionen in arztpraxisübergreifender Tätigkeit bezogen auf den Arztfall gelten, greift der von der Beigeladenen zu 1. und der Beklagten geltend gemachte Abrechnungsausschluss.

31

Da einzige tatbestandliche Voraussetzung für eine Richtigstellung die Rechtswidrigkeit der Honorarabrechnung ist (BSG, Urteil vom 24.10.2018, Az. B 6 KA 34/17 R, Rn. 25), liegen die Voraussetzungen des § 106d Abs. 2 Satz 1 SGB V a.F. vor.

32

Der Kläger beanstandet jedoch, dass die Richtigstellung willkürlich bei ihm vorgenommen wurde anstatt dass die Beklagte den Ansatz der GOP 13250 beim MVZ der Beigeladenen zu 2. – die im Übrigen auch zum Kläger gehört – berichtet hat.

33

In wirtschaftlicher Hinsicht wäre die Richtigstellung für die Beigeladene zu 2. deutlich weniger belastend als für den Kläger gewesen, da die nur einmal im Behandlungsfall abrechenbare GOP 13250 EBM mit 16,73 € (157 Punkte) bewertet war, während die je Dialysetag abrechenbare GOP 13611 EBM, die mit 7,88 € (78

Punkte) bewertet war, vom Kläger im Quartal 2/2018 im Fall des Patienten H.G. insgesamt 44mal angesetzt worden war (346,90 €).

34

Hinzu kommt, dass die Beklagte beim Kläger aufgrund der streitgegenständlichen Richtigstellung auch die angefallenen Dialysesachkosten i.H.v. 3.835,60 € gekürzt hat, wenngleich diese Entscheidung aufgrund des noch offenen Widerspruchs gegen den Honorarbescheid vom 17.05.2021 nicht bestandskräftig ist.

35

Auch wenn das klägerische Anliegen im Hinblick auf die deutlich höhere Belastung (im Vergleich zu einer Richtigstellung des einmaligen Ansatzes der GOP 13250 zu Lasten des MVZ der Beigeladenen zu 2.) nachvollziehbar ist, ist die von der Beklagten beim Kläger vorgenommene sachlich-rechnerische Richtigstellung nicht zu beanstanden.

36

Nach der Rechtsprechung des BSG ist die bereichsspezifische Sonderregelung zur Korrektur vertragsärztlicher Honorarbescheide in § 106d Abs. 2 Satz 1 SGB V geregelt und sieht keine Verpflichtung zur Ermessensausübung vor, sondern enthält eine gebundene Entscheidung (BSG, ebenda, Rn. 31). Das BSG verneint somit die Frage des Vorliegens eines sog. Entschließungsermessens, also ob die Kassenärztliche Vereinigung überhaupt tätig werden muss oder auch untätig bleiben darf; vielmehr hat die Kassenärztliche Vereinigung die Pflicht, die sachlich-rechnerische Richtigstellung durchzuführen (Clemens, ebenda, § 106d Rn. 92).

37

Vorliegend musste die Beklagte demnach tätig werden und sachlich-rechnerisch richtigstellen. Nach Auffassung der Kammer besaß die Beklagte kein Auswahlermessen dahingehend, bei welchem der beiden vertragsärztlichen Leistungserbringer die Richtigstellung vorzunehmen war. Ein derartiges Ermessen ist dem Wortlaut der Regelung des § 106d Abs. 2 Satz 1 SGB V a.F. nicht zu entnehmen. Auch aus dem Sinn und Zweck der Vorschrift ergeben sich keine Anhaltspunkte dahingehend, dass für die Beklagte ein Ermessensspielraum bezüglich der Handlungsmodalitäten eröffnet ist. § 106d Abs. 2 Satz 1 SGB V a.F. dient der Feststellung des rechtmäßigen Honorars und der Aufrechterhaltung der Funktionsfähigkeit und der Leistungsfähigkeit des Systems der GKV (Engelhard in: Hauck/Noftz SGB V, 2. EL 2024, § 106d Rn. 9). Diese Ziele werden regelmäßig unabhängig von einer etwaigen Auswahlermessensentscheidung erreicht.

38

Aus diesem Grund kommt die Kammer zu dem Ergebnis, dass der Beklagten in diesem besonders gelagerten Fall kein Auswahlermessen eingeräumt war. Die Frage des Vorliegens etwaiger Ermessensfehler stellt sich daher nicht.

39

Die streitgegenständliche sachlich-rechnerische Richtigstellung widerspricht schließlich auch nicht höherrangigem Recht. Insbesondere verletzt sie den Kläger nicht in seinen Rechten nach Art. 12 Abs. 1, Art. 3 Abs. 1 GG. Die Entscheidung der Beklagten, die Ansätze der Ziffer 13611 beim Kläger und nicht den Ansatz der GOP 13250 beim MVZ der Beigeladenen zu 2. richtigzustellen, ist entgegen der Auffassung des Klägers nicht willkürlich. Der beim Kläger vorgenommenen Richtigstellung liegen keine sachfremden Erwägungen zugrunde. Die sachlich-rechnerische Richtigstellung ging auf einen Antrag der Beigeladenen zu 1. gem. § 106d Abs. 4 Satz 1 SGB V a.F. zurück. Die Beklagte blieb zwar Herrin des Verfahrens (s. oben) und war auch nicht an den mit „V“ gekennzeichneten Vorschlag der Beigeladenen zu 1. zur Korrektur gebunden. Dass sie jedoch im Hinblick auf das „Antragsinteresse“ der Beigeladenen zu 1. die streitgegenständliche Richtigstellung entsprechend dem (finanziellen) Interesse der Beigeladenen zu 1. vorgenommen hat, da die GOP 13611 – anders als die GOP 13250 – als Einzelleistung außerhalb der Gesamtvergütung von den Krankenkassen vergütet wird (und somit nur die Richtigstellung der GOP 13611 einen Rückerstattungsanspruch der Beigeladenen zu 1. bewirkt), ist sachlich nachvollziehbar und begegnet keinen rechtlichen Bedenken.

40

Abschließend weist die Kammer darauf hin, dass in Konstellationen wie der vorliegenden dem in unterschiedlichen Betriebsstätten tätigen (und behandelnden) Arzt im Rahmen der Abrechnung eine besondere Rolle zukommt, da häufig nur er etwaig einschlägige Abrechnungsausschlüsse erkennen kann.

41

Die Klage war nach alledem abzuweisen.

42

Die Kostenentscheidung basiert auf § 197a Abs. 1 Satz 1 SGG i.V.m. § 154 Abs. 1, 3 VwGO.