

S 12 KA 290/06

Land
Hessen
Sozialgericht
SG Marburg (HES)
Sachgebiet
Vertragsarztangelegenheiten
Abteilung
12
1. Instanz
SG Marburg (HES)
Aktenzeichen
S 12 KA 290/06
Datum
29.11.2006
2. Instanz
Hessisches LSG
Aktenzeichen
-

Datum
-
3. Instanz
Bundessozialgericht
Aktenzeichen
-

Datum
-

Kategorie
Urteil
Leitsätze

1. Eine Bestimmung in einem Honorarverteilungsmaßstab, nach der der Vertragsarzt Korrekturen im Regelfall nur innerhalb von sechs Wochen nach Ende eines Abrechnungsquartals einreichen kann, ist zulässig.
2. Eine Inanspruchnahme eines an der ambulanten ärztlichen Versorgung teilnehmenden Leistungserbringers liegt auch dann vor, wenn lediglich Leistungen nach Nr. 3 EBM '96 erbracht werden. Auch dann hat der Versicherte ein Tätigwerden des Vertragsarztes veranlasst und wird die sog. Praxisgebühr in Höhe von 10 Euro fällig.
1. Die Klage wird abgewiesen.
2. Die Klägerin hat die notwendigen außergerichtlichen Kosten der Beklagten und die Gerichtskosten zu tragen.

Tatbestand:

Die Beteiligten streiten um die Höhe der Anrechnung der sog. Praxisgebühr auf die Honorarfestsatzung noch für die drei Quartale I bis III/04.

Die Klägerin ist eine Gemeinschaftspraxis mit Praxisstz in A-Stadt. Sie besteht aus Frau Dr. A. und Herrn Dr. A ... Beide sind als Ärzte für Neurologie und Psychiatrie zur vertragsärztlichen Versorgung zugelassen.

Gegen die Honorarbescheide für die streitbefangenen Quartale I bis IV/04 legte die Klägerin jeweils Widerspruch ein. Sie trug vor, es seien höhere Beträge für die Praxisgebühr abgezogen worden, als sich aus ihren Unterlagen ergäbe. Wahrscheinlich seien von der Beklagten Selbstüberweisungen für die Ziffern 78 oder 77 als Praxisgebühr verbucht worden. Sie kennzeichnete eine ihr von der Beklagten überlassene Patientenliste. Der Fehlbetrag sei durch Patienten entstanden, die schon in den Vorquartalen in ihre Stammdatei aufgenommen worden seien und einen Termin für das laufende Quartal vereinbart und/oder nur telefonischen Kontakt gehabt hätten. Vereinbarte Termine hätten sie dann nicht wahrgenommen. Wegen des erheblichen Verwaltungsaufwands hätten sie eine Selbstüberweisung ausgestellt und auf Schein geklickt, nachdem einer Helferin telefonisch im März 2004 von der Telefonauskunft der Beklagten mitgeteilt worden sei, dass die Ziffer 3 aus der 10-Euro-Regelung herausgenommen worden sei. Das Softwaresystem und auch das KBV-Prüfmodell hätte das nicht als Fehler angezeigt. Nachdem sie nun wisse, dass diese Regelung gar nicht existiere, sei ihr klar, dass sie diese Patienten vor der Abrechnung wieder löschen müsse. Sie versichere, von den markierten Patienten keine 10 Euro eingenommen zu haben. Für das Quartal III/04 sei der Fehler nach Abgabe, aber vor Bearbeitung durch die Beklagte entdeckt worden. Nach Überprüfung der Liste seien auf ihren Wunsch hin alle Scheine ohne Einnahme einer Praxisgebühr wieder gelöscht worden. Die dennoch vorliegende Differenz resultiere daraus, dass bei 17 Patienten die Ziffern 78, 7120 und 3 zur Abrechnung gekommen seien und keine Praxisgebühr erhoben worden sei. Diese 17 Scheine seien aber nicht auf der ihr von der Beklagten zugefaxten Liste gewesen. Für acht weitere Patienten, für die keine Praxisgebühr angefallen sei, sei diese dennoch abgezogen worden, möglicherweise weil die Befreiungsziffer 8032 (1 x) und 8033 (7 x) gefehlt hätten. Im Quartal IV/04 habe ein Patient trotz Mahnung nicht bezahlt, bei drei Patienten sei die Befreiungsziffer 8033 vergessen worden, bei einem Patienten seien 10 Euro trotz Eingabe der Befreiungsziffer 8032 abgezogen worden, bei einem Patienten habe es weder Leistung noch Schein gegeben.

Im Einzelnen ergeben sich die Daten aus nachfolgender Aufstellung:

I/04 II/04 III/04 IV/04
Honorarbescheid mit Datum vom 05.08.2004 09.10.2004 07.02.2005 18.04.2005
Widerspruch eingelegt am 07.10.2004 10.01.2005 10.05.2005 20.06.2005
Nettohonorar in EUR 51.760,23 46.367,82 44.240,12 53.499,40 Honoraranspruch aus "Praxisgebühr" brutto nach Honorarbescheid in EUR

1.930,00 2.250,00 1.770,00 1.480,00

Nach Angaben der Klägerin eingenommene "Praxisgebühr" in EUR 1.440,00 1.540,00 1.520,00 1.420,00

Fehlbetrag in EUR 490,00 710,00 250,00 60,00

Mit Widerspruchsbescheid vom 01.02.2006, der Klägerin am 07.02.2006 zugestellt, wies die Beklagte die Widersprüche als unbegründet zurück. Sie führte zur Begründung aus, in der Dezemberausgabe von info.doc habe sie über die Zuzahlungspflicht und die Art der Kennzeichnung informiert. Im Februar 2004 sei hierzu ein Sonderheft erschienen. Im Aprilheft seien Fragen aus der Ärzteschaft besprochen worden. Bereits im Dezemberheft sei darauf hingewiesen worden, dass auch bei ausschließlichem telefonischen Kontakt bzw. dem Ansatz der Ziffer 3 die Praxisgebühr gezahlt werden müsse. Die Verwaltungsgebühr nach Ziffer 3 sei bei einer bloßen Terminvergabe nicht abrechenbar. Im Quartal III/04 sei keine Absetzung der Ziffer 3 erfolgt, soweit weitere Leistungen abgerechnet worden seien. Der Inhalt der Pseudoziffern 8032 und 8033 sei bereits im Dezember 2003 bekannt gegeben worden. Bei fehlender Angabe erfolge automatisch die Zusetzung der Pseudoziffer 8030 und komme die Praxisgebühr zum Abzug. Für den Fall der ausbleibenden Zahlung trotz Mahnung sei im Februar 2004 die Pseudoziffer 8044 bzw. 8045 bekannt gegeben worden. Diese Angabe fehle. Entgegen dem Vortrag der Klägerin sei auch in dem einen Fall die Pseudoziffer 8032 nicht angegeben worden. Die Überprüfung bzgl. des nicht eingereichten Scheins im Quartal IV/04 habe ergeben, dass ein Schein aus dem Quartal III/04 eingereicht worden sei. Die Herausnahme der Scheine mit Ziffer 3 bzw. die nachträgliche Berücksichtigung der Pseudoziffern sei nicht möglich. Eine Korrektur sei nur innerhalb von sechs Wochen nach Abgabe möglich. Eine Ausnahme hiervon sei nach dem Vortrag der Klägerin nicht gerechtfertigt.

Hiergegen hat die Klägerin am 06.03.2006 Klage erhoben. Die Klage hat sie auf die Quartale I bis III/04 beschränkt. Sie trägt ergänzend zu ihrem Widerspruchsvorbringen vor, sie sei nicht hinreichend informiert gewesen. Die Beklagte habe noch im Februar weitere Pseudoziffern vergeben. Sie hätten alle Patienten, die einen Termin bekommen hätten, mit der Ziffer 3 markiert. Das sei aber keine Behandlungsmaßnahme gewesen, bei der die Praxisgebühr angefallen sei. Im Call-Center der Beklagten sei ihr dies bestätigt worden. Dies wäre auch unverhältnismäßig gewesen. Die "10-Euro-Regelung" habe sie nicht explizit bei Einreichung der Abrechnung unterschrieben. Die Beklagte hätte ihre Abrechnung auf Plausibilität prüfen müssen. Sie habe keine Kompensation mit der Hausarztzuschale.

Die Klägerin beantragt,

unter Abänderung der Honorarbescheide für die Quartale I bis III/04 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 01.02.2006 die Beklagte zu verurteilen, ihr für das Quartal I/04 einen Minderbetrag von 490,00 EUR, für das Quartal II/04 einen Minderbetrag von 710,00 EUR und für das Quartal III/04 einen Minderbetrag von 250,00 EUR festzusetzen und diese Beträge, insgesamt 1.450,00 EUR auszuführen

Die Beklagte beantragt,
die Klage abzuweisen.

Sie verweist auf den angefochtenen Widerspruchsbescheid und trägt darüber hinaus vor, sie habe ausreichend und rechtzeitig informiert. Aufgrund der Garantiefunktion der Quartals-/Sammelerklärung habe sie von der Richtigkeit der Abrechnung ausgehen können.

Die Kammer hat mit den Beteiligten am 08.11.2006 einen Erörterungstermin abgehalten. Hierzu wird auf die Niederschrift verwiesen.

Wegen der weiteren Einzelheiten wird auf den übrigen Inhalt der Gerichts- und beigezogenen Verwaltungsakte, der Gegenstand der Beratungen gewesen ist, Bezug genommen.

Entscheidungsgründe:

Die Kammer hat in der Besetzung mit zwei ehrenamtlichen Richtern aus den Kreisen der Vertragsärzte und Psychotherapeuten entschieden, weil es sich um eine Angelegenheit der Vertragsärzte und Psychotherapeuten handelt ([§ 12 Abs. 3 Satz 2 Sozialgerichtsgesetz – SGG](#) -). Sie konnte dies ohne mündliche Verhandlung tun, weil sich die Beteiligten hiermit einverstanden erklärt haben ([§ 124 Abs. 2 SGG](#)).

Die Klage ist zulässig. Sie ist aber unbegründet. Die Honorarbescheide für die Quartale I bis III/04 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 01.02.2006 sind, soweit sie angefochten worden sind, rechtmäßig und waren daher nicht aufzuheben. Die Klägerin hat keinen Anspruch darauf, dass die Anrechnung der Praxisgebühr mit den von ihr geltend gemachten Minderbeträgen neu festgesetzt wird.

Der insoweit für alle streitbefangenen Quartale gleichlautende Honorarverteilungsmaßstab der Beklagten (Grundsätze der Honorarverteilung, Beschluss der Abgeordnetenversammlung vom 11.06.2003, veröffentlicht als Anlage zum Rundschreiben 5/6, Bekanntmachung Teil 1 v. 25.06.2003) bestimmt Folgendes:

§ 6 Einreichung der Abrechnung, Sonderbestimmungen

(601) Abrechnungsunterlagen, Termine und Quartalerklärung

Die Abrechnungsunterlagen sind für jedes Kalendervierteljahr bis zu dem von der Bezirksstelle festgesetzten Termin bei der zuständigen Bezirksstelle einzureichen.

Soweit maschinell verwertbare Datenträger verwendet werden, bedarf dies der vorherigen Genehmigung durch die KV Hessen. Die diesbezüglichen Bestimmungen der Bundesmantelverträge und deren Anlagen finden Anwendung.

Mit der Abgabe der Behandlungsausweise und ggf. eines maschinell verwertbaren Datenträgers bestätigen der Arzt bzw. Psychotherapeuten oder bei einer Gemeinschaftspraxis die Ärzte bzw. Psychotherapeuten in einer Sammelerklärung/Quartalerklärung, dass die zur Abrechnung eingereichten Leistungen nach den gesetzlichen und vertraglichen Bestimmungen sowie nach den Vorgaben dieser Honorarverteilung erbracht worden sind, notwendig waren und die eingereichte Abrechnung sachlich richtig und vollständig ist.

Wird die Abrechnung eines ermächtigten Krankenhausarztes vom Krankenhausträger gemäß [§ 120 Abs. 1 SGB V](#) erstellt, so haben Krankenhausträger und ermächtigter Krankenhausarzt die vorgenannte Erklärung abzugeben. Für die Abrechnung ärztlich geleiteter

Einrichtungen bzw. Psychologischer Ausbildungsinstitute haben der Träger und der (ärztliche) Leiter dieser Einrichtung die im Satz 1 genannte Erklärung abzugeben.

Die Bezirksstelle kann gestatten, dass ein Arzt bzw. Psychotherapeut innerhalb der ersten 6 Wochen nach Ende eines Abrechnungsvierteljahres seine bereits eingereichten Abrechnungsunterlagen in den Geschäftsräumen der Bezirksstelle in Anwesenheit eines Bevollmächtigten der Bezirksstelle berichtigt. In begründeten Ausnahmefällen kann diese Frist verlängert werden.

(602) Verspätete Abrechnungsabgabe

Geht die Abrechnung einer Praxis ohne eine hinreichende Begründung nicht fristgemäß oder unvollständig ein, können die laufenden Vorauszahlungen gesperrt und die Abrechnung bis zum nächsten Abrechnungstermin zurückgestellt werden.

In diesen Fällen hat der Arzt, der Psychotherapeut, der Krankenhausträger bzw. das Psychologische Ausbildungsinstitut höchstens Anspruch auf die Auszahlungsquote, die für das Abrechnungsvierteljahr gezahlt wurde, in dem die verspätet abgerechneten Leistungen ausgeführt wurden. Diese Bestimmung gilt nicht für einzelne Nachzüglerfälle.

(603) Abgeltung des Verwaltungsaufwandes bei Fristversäumnis

Für jeden Tag, um den der Termin für die Einreichung der vollständigen Abrechnung überschritten wird, kann der Geschäftsausschuss zur Deckung des hierdurch entstehenden Mehraufwandes an Verwaltungskosten einen Honorarabzug von 51,13 EUR pro Arzt, Psychotherapeut, Krankenhausträger bzw. Psychologischem Ausbildungsinstitut, höchstens 10 % des gesamten Nett honorars, jedoch insgesamt maximal 2.556,46 EUR, beschließen.

(604) Verlust des Abrechnungsanspruches

Werden die Abrechnungsunterlagen nicht innerhalb von 12 Monaten nach dem vorgeschriebenen Einreichungstermin bei der Bezirksstelle vorgelegt, so sind die Honorarforderungen verwirkt. In begründeten Ausnahmefällen kann der Geschäftsausschuss eine verspätete Abrechnung zulassen.

Ein Honoraranspruch besteht auch dann nicht, wenn die Abrechnung nicht den allgemeinen Grundsätzen einer ordnungsgemäßen Rechnungslegung (z. B. Lesbarkeit der Leistungseintragungen) entspricht oder die gemäß LZ 601 zu bestätigende Einhaltung gesetzlicher und vertraglicher Bestimmungen sowie der Vorgaben dieser Honorarverteilung offensichtlich und erkennbar verletzt wurden.

Nach diesen Bestimmungen kommt eine nachträgliche Berichtigung der von der Klägerin geltend gemachten Angaben zur Praxisgebühr nicht in Betracht.

LZ 601 Satz 7 HVM ist rechtmäßig und war von der Kammer nicht zu beanstanden.

Es ist eine der grundlegenden Pflichten jedes Vertragsarztes, die erbrachten Leistungen peinlich genau abzurechnen, weil die korrekte Abrechnung von der KV angesichts der Vielzahl der von ihr in jedem Quartal zu bewältigenden Datenmengen nur in eingeschränktem Umfang überprüft werden kann (vgl. BSG, Urt. v. 24.11.1993 - [6 RKa 70/91](#) - [BSGE 73, 234](#) = [SozR 3-2500 § 95 Nr. 4](#) (juris Rdnr. 22); BSG, Urt. v. 25.10.1989 - [6 RKa 28/88](#) - [BSGE 66, 6](#), 8 = [SozR SozR 2200 § 368a Nr 24](#) (juris Rdnr. 15); BSG, Urt. v. 08.07.1981 - [6 RKa 17/80](#) - [USK 81172](#) (juris Rdnr. 31)). Der Grundsatz der peinlich genauen Abrechnung gilt unabhängig davon, ob die Abrechnung auf manuellem Wege oder mittels elektronischer Datenträger erfolgt. Auch wenn sich der Vertragsarzt im zweiten Fall entsprechender Abrechnungsprogramme bedient, entlastet ihn dies nicht davon, sich vor Weiterleitung der Diskette an die Kassenärztliche Vereinigung wenigstens anhand von Stichproben zu vergewissern, dass die dort enthaltenen Angaben frei von Fehlern sind, unabhängig davon, ob diese auf eigenen Falscheingaben oder auf Mängeln der benutzten Software beruhen (vgl. LSG Niedersachsen, Beschl. v. 17.02.2005 - [L 3 KA 218/04 ER](#) -; LSG Nordrhein-Westfalen, Urt. v. 15.01.1997 - [L 11 Ka 74/96](#) - [NZS 1997, 384](#), 386).

Der Arzt hat daher mit Abgabe der Abrechnung in einer Sammelerklärung/Quartalerklärung zu bestätigen, dass die zur Abrechnung eingereichten Leistungen nach den gesetzlichen und vertraglichen Bestimmungen sowie nach den Vorgaben des Honorarverteilungsmaßstabs erbracht worden sind, notwendig waren und die eingereichte Abrechnung sachlich richtig und vollständig ist (LZ 601 Satz 4 HVM).

Die Kassenärztlichen Vereinigungen sind auf der Rechtsgrundlage des [§ 85 Abs. 4 Satz 1](#) und 2 SGB V befugt, in ihrem HVM Regelungen über die Modalitäten der Abrechnung durch die Vertragsärzte zu treffen. Sie dürfen in diesem Zusammenhang auch Abrechnungsfristen vorgeben und diese als Ausschlussfristen ausgestalten. Im HVM können insbesondere nicht nur die Fristen geregelt werden, die die Vertragsärzte bei der Abrechnung einhalten müssen, sondern auch die Folgen, die sich aus einem Fristversäumnis für die Abrechnungen ergeben. [§ 85 Abs. 4 Satz 2 SGB V](#) lässt daher auch eine Regelung im HVM zu, nach der Abrechnungsscheine von der Vergütung ausgeschlossen sind, die nicht innerhalb des festgesetzten Einsendetermins zur Abrechnung eingereicht werden. Die Ausgestaltung einer Abrechnungsfrist als Ausschlussfrist stellt für sich genommen keinen derart schwerwiegenden Eingriff in die Berufsausübung dar, dass für ihn eine ausdrückliche gesetzliche Ermächtigung erforderlich wäre. Zweck der Honorarverteilung ist, dass nach jedem Quartal möglichst schnell und möglichst umfassend die für die Honorarverteilung zur Verfügung stehenden Beträge ausgekehrt werden. Dies entspricht vor allem dem Interesse der Vertragsärzte. Denn diese sind - insbesondere wegen der zu bestreitenden Praxiskosten - auf eine möglichst kurze Zeitspanne zwischen Leistungserbringung und Leistungshonorierung angewiesen. Auch widerspräche die Zahlung lediglich von Abschlägen auf das voraussichtliche Honorar über einen längeren Zeitraum hinweg dem berechtigten Interesse der Ärzte an der Kalkulierbarkeit ihrer Einnahmen. Der Zeitpunkt, zu dem die KÄV nach Abschluss des jeweiligen Quartals die Abrechnung vorzunehmen und den Vertragsärzten ein Honorarbescheid zu erteilen hat, ist bundesrechtlich zwar nicht vorgegeben. Die KÄVen sind jedoch gehalten, die ihnen von den Krankenkassen gezahlte Gesamtvergütung ([§ 85 Abs. 1 SGB V](#)) umgehend an die Vertragsärzte zu verteilen ([§ 85 Abs. 4 SGB V](#)). Demgemäß sind die KÄVen verpflichtet, den Vertragsärzten alsbald nach Quartalsabschluss Honorarbescheide zu erteilen. Zahlreiche Bestimmungen sowohl der Bundesmantelverträge als auch des Einheitlichen Bewertungsmaßstabs für vertragsärztliche Leistungen legen fest bzw. setzen voraus, dass die vertragsärztlichen Leistungen in einem Kalendervierteljahr zusammengefasst vom Vertragsarzt abgerechnet und von der Kassenärztlichen Vereinigung vergütet werden. Der Eigengesetzlichkeit eines auf das einzelne Quartal ausgerichteten Gesamtvergütungssystems entspricht es, Zahlungen möglichst aus der für das jeweilige Quartal zur Verfügung stehenden Gesamtvergütung

vorzunehmen und Rückstellungen oder Nachvergütungen weitestgehend zu vermeiden. Die Bildung von Rückstellungen, d. h. der Einbehalt von Teilen der für ein Quartal entrichteten Gesamtvergütung, kann unerwünschte Auswirkungen auf die Finanzierbarkeit vertragsärztlicher Praxen und damit letztlich auf die Versorgung der Versicherten haben. Auch die berechtigten Belange der Krankenkassen können tangiert sein, wenn diese die Gesamtvergütung in gesetzeskonformer Höhe an die Kassenärztliche Vereinigung entrichten, die Vertragsärzte davon aber nur Teile erhalten, die eine angemessene Vergütung der von ihnen erbrachten Leistungen möglicherweise nicht gewährleisten. Schließlich sind zahlreiche mengenbegrenzende Regelungen in Honorarverteilungsmaßstäben, wie etwa Fallzahlzuwachsbeschränkungen oder Individualbudgets, auf das einzelne Quartal bezogen. Die Kassenärztliche Vereinigung muss deshalb gewährleisten können, dass prinzipiell alle Leistungen eines Quartals rechtzeitig abgerechnet und von derartigen Steuerungsinstrumenten erfasst werden. Hierfür müssen Anreize zur Verlagerung von Abrechnungen in Folgequartale, etwa wenn die elektronische Erfassung der Abrechnungswerte einer Praxis einen starken und partiell unerwünschten Fallzahlzuwachs anzeigt, vermieden werden. Vor diesem Hintergrund ist es nicht nur gestattet, sondern sachlich geboten, Vorkehrungen dafür zu treffen, dass alle vertragsärztlichen Leistungen eines Quartals weitestgehend aus den für dieses Quartal von den Krankenkassen entrichteten Gesamtvergütungen honoriert werden. Die Ausgestaltung von Abrechnungsfristen als materielle Ausschlussfristen ist zur Erreichung einer möglichst zügigen, zeitgerechten und vollständigen Verteilung der Gesamtvergütung grundsätzlich geeignet. Fristen für die Abrechnung vertragsärztlicher Leistungen dienen umso mehr einer schnellen und umfassenden Honorarverteilung, je weniger Ausnahmen sie zulassen. Auf der anderen Seite können von Ausschlussfristen erhebliche Wirkungen für den Vergütungsanspruch des Vertragsarztes ausgehen. Vertragsärzte, die auf Grund eines Versehens oder einer möglicherweise nicht sofort erkennbaren Störung im elektronischen Übermittlungssystem oder in der praxiseigenen Software einen größeren Teil ihrer Abrechnungen nicht zu dem von der Kassenärztlichen Vereinigung gesetzten Termin vorlegen, laufen Gefahr, keinerlei Vergütung ihrer vertragsärztlichen Leistungen zu erhalten. Solche Auswirkungen einer nicht weiter differenzierten und abgestuften Ausschlussfrist sind durch die Ermächtigungsgrundlage des [§ 85 Abs. 4 SGB V](#) nicht gedeckt und stellen zugleich eine unverhältnismäßige Einschränkung des durch [Art 12 Abs. 1 Satz 2 GG](#) geschützten Rechts der Vertragsärzte auf eine Honorierung ihrer Leistungen dar. Das billigerweise Ziel möglichst frühzeitiger, zu einem einheitlichen Zeitpunkt abgeschlossener Abrechnungen der vertragsärztlichen Leistungen rechtfertigt und fordert eine rigide und vor allem kurze Ausschlussfrist nicht (vgl. BSG, Urt. v. 22.06.2005 - [B 6 KA 19/04 R - SozR 4-2500 § 85 Nr. 19](#) = [SGB 2006, 370](#), juris Rdnr. 21 - 25). Sachgerechterweise kann die nachträgliche Korrektur von bereits vorgelegten Abrechnungsscheinen ausgeschlossen sein (vgl. BSG, Urt. v. 22.06.2005 - [B 6 KA 19/04 R](#) - aaO., Rdnr. 26).

Ausgehend hiervon ist § 6 LZ 601 Satz 7 HVM nicht zu beanstanden (vgl. bereits Urteil der Kammer vom 09.11.2005 - [S 12 KA 28/05](#) - [www.sozialgerichtsbarkeit.de](#)).

§ 6 HVM sieht ein abgestuftes System für die Fälle verspäteter Abrechnung vor. Zunächst wird von der Beklagten ein Termin zur Abrechnung festgelegt (LZ 601 Satz 1 HVM), der in der Regel etwa 10 Tage beträgt. Korrekturen können noch innerhalb von sechs Wochen nach Ende eines Abrechnungsvierteljahres eingereicht werden (LZ 601 Satz 7 HVM), also etwa innerhalb eines Monats nach Ende der Einreichungsfrist. In begründeten Ausnahmefällen kann diese Frist verlängert werden (LZ 601 Satz 8 HVM).

Wird innerhalb der Abrechnungsfrist überhaupt keine Abrechnung eingereicht, so kann dennoch die Abrechnung nach Ablauf der Frist eingereicht werden. Für diesen Fall sieht der HVM eine Verwaltungskostenpauschale wegen des Mehraufwands vor. Die Verwaltungskostenpauschale ist so bemessen, dass ihr Höchstbetrag bei einer Verspätung von über 50 Tagen erreicht wird (vgl. LZ 603 HVM). Eine Verwirkung tritt erst innerhalb von 12 Monaten nach dem vorgeschriebenen Einreichungstermin ein (LZ 604 Satz 1 HVM). In begründeten Ausnahmefällen kann aber der Geschäftsausschuss eine darüber hinaus verspätete Abrechnung zulassen (LZ 601 Satz 2 HVM).

Der HVM der Beklagten differenziert damit hinreichend zwischen der Bedeutung einer unrichtigen und dem gänzlichen Fehlen einer Abrechnung. Für das gänzliche Fehlen einer Abrechnung lässt er weitergehende Korrekturen zu beziehungsweise lässt es zu, dass die Abrechnung bis zu einem Jahr verspätet eingereicht wird, in Ausnahmefällen sogar noch später. Eine Nichtberücksichtigung der gesamten Abrechnung würde auch zwangsläufig zum Verlust des gesamten Honorars führen. Demgegenüber ist eine teilweise Unrichtigkeit nur von geringerem Gewicht. Die Richtigkeit und Vollständigkeit der Abrechnung, die ausschließlich im Verantwortungsbereich des die Abrechnung einreichenden Arztes liegt, ist auch von der Verspätung einer Einreichung der gesamten Abrechnung zu unterscheiden. Ob der HVM der Beklagten auch die Nachreichung fehlender Teile einer Abrechnung, also bisher nicht eingereichter Behandlungsfälle zulässt, und innerhalb welcher Fristen, kann hier dahinstehen, da es für die Klägerin nur um die Korrektur bereits abgerechneter Behandlungsfälle geht.

Nach den Einlassungen der Klägerin ist nicht schlichtes technisches Versagen im Sinne einer höheren Gewalt für die fehlerhafte Abrechnung Ursache. Die Klägerin hat selbst dargelegt, dass Ursache nicht ein Programmfehler ist. Soweit es sich um Patienten handelt, bei denen allein die Nr. 3 EBM mit oder ohne weitere Leistungen abgerechnet wurde, fiel die Praxisgebühr an.

Versicherte, die das 18. Lebensjahr vollendet haben, leisten je Kalendervierteljahr für jede erste Inanspruchnahme eines an der ambulanten ärztlichen, zahnärztlichen oder psychotherapeutischen Versorgung teilnehmenden Leistungserbringers, die nicht auf Überweisung aus demselben Kalendervierteljahr erfolgt, als Zuzahlung den sich nach § 61 Satz 2 ergebenden Betrag an den Leistungserbringer. Satz 1 gilt nicht für Inanspruchnahmen nach § 23 Abs. 9, § 25, zahnärztliche Untersuchungen nach § 55 Abs. 1 Satz 4 und 5 sowie Maßnahmen zur Schwangerenvorsorge nach § 196 Abs. 1 der Reichsversicherungsordnung und § 23 Abs. 1 des Gesetzes über die Krankenversicherung der Landwirte ([§ 28 Abs. 4 Satz 1](#) und 2 SGB V in der ab 01.01.2004 geltenden Fassung). § 18 BMV-Ä/§ 21 EKV-Ä sieht dementsprechend vor, dass Vertragsärzte eine Zuzahlung in Höhe von 10,- EUR einzubehalten haben. Der Vertragsarzt ist nicht berechtigt, auf die Zuzahlung zu verzichten oder einen anderen Betrag als 10 EURO zu erheben (§ 18 Abs. 1 S. 2 BMV-Ä/§ 21 Abs. 1 S. 2 EKV-Ä); soweit die Zuzahlung nicht vor der Behandlung entrichtet wurde, hat der Vertragsarzt diesen Betrag nachträglich einzuziehen, indem er den Versicherten schriftlich zur Zahlung auffordert (§ 18 Abs. 4 BMV-Ä/§ 21 Abs. 4 EKV-Ä).

Ein Verstoß dieser Verpflichtung gegen höherrangiges Recht ist der Kammer nicht ersichtlich und wird von der Rechtsprechung verneint (vgl. LSG Brandenburg, Urteil vom 25. Januar 2005, Az: [L 24 KR 47/04](#); SG Köln, Urteil vom 10. März 2004, Az.: [S 19 KA 5/04](#); SG Marburg, Urteil vom 15.03.2005 - [S 12 KA 25/05](#) -; vgl. auch BVerfG, Nichtannahmebeschluss vom 27. Juli 2004, Az: [1 BvR 787/04](#)).

Eine Inanspruchnahme eines an der ambulanten ärztlichen Versorgung teilnehmenden Leistungserbringers liegt auch dann vor, wenn lediglich Leistungen nach Nr. 3 EBM '96 erbracht werden. Auch dann hat der Versicherte ein Tätigwerden des Vertragsarztes veranlasst und wird die sog. Praxisgebühr in Höhe von 10 Euro fällig. Von daher war der Auffassung der Klägerin nicht zu folgen. Es kann dabei letztlich

dahingestellt bleiben, ob die Klägerin überhaupt berechtigt war, die Nr. 3 EBM '96 in den Fällen abzurechnen, in denen der Versicherte lediglich einen Termin gewünscht hat und diesen dann wegen der sog. Praxisgebühr abgesagt hat. Nach der insofern eindeutigen Leistungslegende ist der Leistungsinhalt der Nr. 3 EBM '96 jedenfalls nicht erfüllt und fällt die Nr. 3 EBM '96 nicht schon dann an, wenn überhaupt ein Kontakt des Versicherten mit der Praxis besteht. Es handelt sich bei der Nr. 3 EBM '96 insoweit nicht um eine allgemeine Verwaltungsgebühr. Entscheidend ist aber, dass die Klägerin diese Leistung nach Nr. 3 EBM '96 nach ihren Angaben für alle strittigen Behandlungsfälle angegeben hat. Die Beklagte hat insofern auch zutreffend in ihrem Publikationsorgan info.doc Nr. 8 vom Dezember 2003, Seite 37 ausgeführt, dass die 10 Euro auch dann bezahlt werden müssten, "wenn es zu ausschließlich telefonischer Kontaktaufnahme zwischen Vertragsarzt und Patient kommt, d. h. wenn lediglich die Leistungen nach den Nummern 2, 3 oder 170 EBM zur Abrechnung kommen". Diese Aussage war auch eindeutig. Von daher konnte die Klägerin nicht geltend machen, die von der Beklagten dort zuvor auf S. 36 gemachte Aussage, die "Praxisgebühr" falle bei allen "Behandlungsmaßnahmen" an, sei so zu verstehen, dass diese nur bei einer eigentlichen ärztlichen Behandlung zu erheben sei. Diese Auffassung der Klägerin ist nur insoweit zutreffend, als bei den meisten der strittigen Fälle nach der Einlassung der Klägerin auch keinerlei Leistung, auch nicht die Nr. 3 angefallen war. Insofern muss sich der Kläger aber an seiner Abrechnungsweise festhalten lassen. Die sog. Praxisgebühr fällt dabei auch dann an, wenn die konkrete Leistung, die die Inanspruchnahme des Arztes auslöst, einen geringeren Wert hat als diese selbst. Es handelt sich bei der sog. Praxisgebühr nicht um eine Zuzahlung zu einzelnen Leistungen, sondern um einen vom Versicherten an die Krankenkasse zu leistenden Beitragsanteil, der lediglich über den Vertragsarzt erhoben wird und an die Behandlungsaufnahme geknüpft ist.

Soweit sich die Klägerin auf einen Anruf im Call-Center beruft, ist ihr Vortrag nur allgemein gehalten. Soweit sie dort eine andere Auskunft erhalten haben will, wäre diese, wenn sie vor Versand der Information der Beklagten erfolgt ist, überholt gewesen. Jedenfalls hätte die Klägerin bei widersprüchlichen Aussagen Veranlassung gehabt, die Richtigkeit der Aussage zu überprüfen, wenn sie nicht der offiziellen Verlautbarung im Informationsschreiben Vorrang einräumen wollte.

Die Richtigkeit der Eingaben gehört aber insbesondere zum Verantwortungsbereich der Klägerin. Ein Vertragsarzt hat sich mit neuen Abrechnungsbestimmungen zu befassen. Die Klägerin ist ihrer Verantwortung nicht in vollem Maße nachgekommen, was sie sich nunmehr zurechnen lassen muss. Von daher hat die Beklagte auch zu Recht keine Ausführungen zu LZ 601 Satz 8 HVM gemacht, wonach in begründeten Ausnahmefällen die Korrekturfrist verlängert werden kann.

Es liegt auch keine Ungleichbehandlung im Verhältnis zur Beklagten vor, die grundsätzlich berechtigt ist, im Rahmen der sachlich-rechnerischen Berichtigung einen Honorarbescheid innerhalb von vier Jahren zu korrigieren. Hierfür liegen entsprechende Ermächtigungsgrundlagen in den Bundesmantelverträgen vor und ist die Beklagte gesetzlich verpflichtet, die Erfüllung der den Vertragsärzten obliegenden Pflichten zu überwachen ([§ 75 Abs. 2 Satz 2 SGB V](#)), auch hat sie den Vertrauensschutz des Arztes zu beachten (vgl. BSG, Urt. v. 30.06.2004 - [B 6 KA 34/03 R](#) - [BSGE 93, 69](#) = [SozR 4-2500 § 85 Nr. 11](#) = [GesR 2004, 522](#) = [MedR 2005, 52](#)).

Nach allem waren die angefochtenen Bescheide rechtmäßig und die Klage daher abzuweisen.

Die Kostenentscheidung beruht auf [§ 197a SGG](#) i. V. m. [§ 154 Abs. 1 VwGO](#). Der unterliegende Teil trägt die Kosten des Verfahrens.

Rechtskraft

Aus

Login

HES

Saved

2007-10-12