

L 4 KA 43/07

Land
Hessen
Sozialgericht
Hessisches LSG
Sachgebiet
Vertragsarztangelegenheiten
Abteilung

4

1. Instanz
SG Marburg (HES)
Aktenzeichen
S 12 KA 1027/06

Datum
23.05.2007

2. Instanz
Hessisches LSG
Aktenzeichen
L 4 KA 43/07

Datum
24.09.2008

3. Instanz
Bundessozialgericht
Aktenzeichen

-

Datum

-

Kategorie
Urteil

Die Berufung des Klägers gegen das Urteil des Sozialgerichts Marburg vom 23. Mai 2007 wird zurückgewiesen.

Die Beteiligten haben einander keine Kosten zu erstatten.

Der Streitwert wird auf 220,- EUR festgesetzt.

Die Revision wird nicht zugelassen.

Tatbestand:

Die Beteiligten streiten darüber, ob bei der Honorarfestsetzung für die Quartale II/04 und III/04 die so genannte Praxisgebühr in zutreffender Höhe angerechnet wurde.

Der Kläger ist als Frauenarzt zur vertragsärztlichen Versorgung mit Praxissitz A-Stadt zugelassen.

Die Beklagte setzte das Nettohonorar des Klägers für das Quartal II/04 auf 33.648,34 EUR und für das Quartal III/04 auf 38.129,53 EUR fest. Gegen die betreffenden Honorarbescheide erhob der Kläger am 20. Dezember 2004 und 20. April 2005 Widerspruch und wandte sich gegen die Höhe der Anrechnung der Praxisgebühr auf das Honorar. Zur Begründung führte er aus, dass häufig der Eintrag der Überweisungen in der Krankenscheinabgabemaske sowie der Zuzahlungsbefreiungen im Praxisgebührfenster von Medistar nicht korrekt durchgeführt worden sei. Dadurch sei es fälschlich zur Anrechnung der Praxisgebühren gekommen. Der Kläger fügte seinem Schreiben eine Auflistung der aus seiner Sicht zu korrigierenden Fälle sowie Überweisungsscheine (Quartal II/04: 12 Fälle und Quartal III/04: 5 Fälle) bzw. Kopien von Zuzahlungsbefreiungen (Quartal II/04: 2 Fälle und Quartal III/04: 3 Fälle) bei.

Mit Widerspruchsbescheid vom 25. Oktober 2006 wies die Beklagte die Widersprüche als unbegründet zurück. Zur Begründung führte sie aus, dass zur Zeit der Einreichung der Abrechnung in verschiedenen Veröffentlichungen sowie Sonderrundschreiben zum Thema "Praxisgebühr" darauf hingewiesen worden sei, dass die Kennzeichnung für einen Überweisungsschein durch die Pseudoziffer 8031 durch die Beklagte nur erfolgen könne, wenn die Scheinart vom Arzt korrekt angelegt worden sei. Ansonsten werde durch die Beklagte die Kennziffer 8030 (Kennzeichnung für zuzahlungspflichtigen Originalschein) verwendet, was zu einer Reduzierung des Honorars um 10,- Euro je Behandlungsausweis führe. Darüber hinaus sei darauf hingewiesen worden, dass die Befreiung von allen Zuzahlungen (und damit auch von der Erhebung der Praxisgebühr) mit der Pseudoziffer 8032 gekennzeichnet werde. Sofern der Arzt die Zuzahlungsbefreiung nicht kennzeichne, verwende die Beklagte die Kennziffer 8030, was wiederum zu einer Reduzierung des Honorars um 10,- EUR je Behandlungsausweis führe. Ein Eingabe- oder Softwarefehler könne nicht zulasten der Beklagten gehen. Eine nachträgliche Abrechnungskorrektur sei daher nicht möglich. Mit Abgabe der Behandlungsausweise (gegebenenfalls eines maschinell verwertbaren Datenträgers) bestätige der Arzt in einer Sammelerklärung/Quartalerklärung, dass die zur Abrechnung eingereichten Leistungen nach den gesetzlichen und vertraglichen Bestimmungen erbracht worden sind, notwendig waren, und die eingereichte Abrechnung sachlich richtig und vollständig ist. Wenn der Arzt bemerke, dass eine Korrektur notwendig ist, könne die Beklagte gemäß § 6 Leitziffer - LZ - 601 Abs. 4 Honorarverteilungsmaßstab - HVM - innerhalb der ersten 6 Wochen nach Ende eines Abrechnungsvierteljahres gestatten, die Abrechnungsunterlagen zu berichtigen. In begründeten Ausnahmefällen könne diese Frist verlängert werden. Allein aus Gleichbehandlungsgründen habe keine Sonderregelung getroffen werden können.

Hiergegen hat der Kläger am 24. November 2006 Klage beim Sozialgericht Marburg (SG) erhoben. Seiner Auffassung nach ist es

unverhältnismäßig und von den gesetzlichen Vorgaben nicht gedeckt, ihm das Risiko von Eingabefehlern aufzuerlegen.

Mit Urteil vom 23. Mai 2007 hat das SG die Klage abgewiesen. In den Entscheidungsgründen hat es ausgeführt, dass nach den Bestimmungen des für alle streitbefangenen Quartale gleich lautenden HVM (Beschluss der Abgeordnetenversammlung vom 11. Juni 2003, veröffentlicht als Anlage zum Rundschreiben 5/6, Bekanntmachung Teil 1 vom 25. Juni 2003) eine nachträgliche Berichtigung der von dem Kläger geltend gemachten Angaben zur Praxisgebühr nicht in Betracht komme. Die Regelung des § 6 LZ 601 Satz 7 HVM, wonach innerhalb der ersten 6 Wochen nach Ende des Abrechnungsvierteljahres die eingereichten Abrechnungsunterlagen vom abrechnenden Arzt berichtigt werden können, und in begründeten Ausnahmefällen die vorgenannte Frist verlängert werden könne, sei rechtmäßig. Der Arzt habe 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 HVM erbracht worden sind, notwendig waren und die eingereichte Abrechnung sachlich richtig und vollständig ist (§ 6 LZ 601 Satz 4 HVM). Es sei eine der grundlegenden Pflichten jedes Vertragsarztes, die erbrachten Leistungen peinlich genau abzurechnen, auch wenn er sich entsprechender Abrechnungsprogramme bediene. Dies entlaste ihn nicht davon, sich vor Weiterleitung der Diskette an die Beklagte wenigstens anhand von Stichproben zu vergewissern, dass die dort enthaltenen Angaben frei von Fehlern sind, unabhängig davon, worauf diese beruhten. Die Kassenärztlichen Vereinigungen (KÄVen) seien auf der Rechtsgrundlage des § 85 Abs. 4 Sätze 1 und 2 Sozialgesetzbuch, Fünftes Buch - SGB V - befugt, in ihrem HVM Regelungen über die Modalitäten der Abrechnung durch die Vertragsärzte zu treffen. [§ 85 Abs. 4 Satz 2 SGB V](#) lasse 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 KÄVen seien gehalten, die ihnen von den Krankenkassen gezahlten Gesamtvergütungen ([§ 85 Abs. 1 SGB V](#)) umgehend an die Vertragsärzte zu verteilen ([§ 85 Abs. 4 SGB V](#)). Es sei sachlich geboten, Vorkehrungen dafür zu treffen, dass alle vertragsärztlichen Leistungen eines Quartals weitgehend aus den für dieses Quartal von den Krankenkassen entrichteten Gesamtvergütungen honoriert werden. Die Ausgestaltung von Abrechnungsfristen als materielle Ausschlussfristen sei zur Erreichung einer möglichst zügigen, zeitgerechten und vollständigen Verteilung der Gesamtvergütung grundsätzlich geeignet. Allerdings könnten von Ausschlussfristen erhebliche Wirkungen für den Vergütungsanspruch des Vertragsarztes ausgehen. Vertragsärzte, die aufgrund 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 KÄV gesetzten Termin vorlegten, liefen Gefahr, keinerlei Vergütung ihrer vertragsärztlichen Leistungen zu erhalten. Solche Auswirkungen einer nicht weiter differenzierten und abgestuften Ausschlussfrist seien durch die Ermächtigungsgrundlage des [§ 85 Abs. 4 SGB V](#) nicht gedeckt und stellten eine unverhältnismäßige Einschränkung des durch [Art. 12 Abs. 1 Satz 2 Grundgesetz - GG](#) - geschützten Rechts der Vertragsärzte auf Honorierung ihrer Leistungen dar. Sachgerechter Weise könne die nachträgliche Korrektur von bereits vorgelegten Abrechnungsscheinen ausgeschlossen sein (vgl. BSG, Urteil vom 22. Juni 2005 - [B 6 KA 19/04 R](#), juris Rdnr. 26).

Ausgehend hiervon sei § 6 LZ 601 Satz 7 HVM nicht zu beanstanden. § 6 HVM sehe ein abgestuftes System für die Fälle verspäteter Abrechnung vor. Der HVM differenziere dabei hinreichend zwischen der Bedeutung einer unrichtigen und dem gänzlichen Fehlen einer Abrechnung. Die Richtigkeit und Vollständigkeit der Abrechnung, die ausschließlich im Verantwortungsbereich des die Abrechnung einreichenden Arztes liege, sei auch von der Verspätung einer Einreichung der gesamten Abrechnung zu unterscheiden. Im Falle des Klägers gehe es nur um die Korrektur bereits abgerechneter Behandlungsfälle. Im Hinblick auf die Möglichkeit der Verlängerung der Korrekturfrist in begründeten Ausnahmefällen könne dahinstehen, ob hierbei ausschließlich Fälle höherer Gewalt zu verstehen seien. Jedenfalls reiche ein schlichtes Versehen, Vergessen oder fehlerhaftes Abrechnen nicht aus. Delegiere der Arzt die Abrechnung, so müsse er sich das Handeln der Mitarbeiter insoweit als eigenes Handeln bzw. eigenes Verschulden zurechnen lassen. Nach der eigenen Einlassung des Klägers sei nicht schlichtes technisches Versagen die Ursache für die fehlerhafte Abrechnung gewesen, ebenso wenig ein Programmfehler, sondern ein Eingabefehler. Die genannten Abrechnungsregelungen würden auch für die Einziehung der Praxisgebühr gelten. § 18 Bundesmantelvertrag-Ärzte - BMV-Ä - / § 21 Bundesmantelvertrag-Ärzte/ Ersatzkassen - EKV-Ä - sähen vor, dass Vertragsärzte eine Zuzahlung in Höhe von 10,- EUR einzubehalten hätten. Die nach [§ 83 SGB V](#) zu entrichtenden Vergütungen würden sich in der Höhe der Summe der von den mit der KÄV und Kassenzahnärztlichen Vereinigung (KZÄV) abrechnenden Leistungserbringern nach Satz 1 einbehaltenen Zahlungen verringern. Die nach [§ 28 Abs. 4 SGB V](#) in Verbindung mit § 18 BMV-Ä/§ 21 EKV-Ä geleisteten Zuzahlungen seien Bestandteil der Gesamtvergütung, die an die KÄV mit befreiender Wirkung gezahlt werde. Damit sei der Vertragsarzt gegenüber der Beklagten verpflichtet, die den Krankenkassen zustehende Leistung einzuziehen bzw. die Behandlungsfälle zu kennzeichnen, in denen die Erhebung der Praxisgebühr entfalle. Besondere Korrekturmöglichkeiten seien nicht vorgesehen, weshalb die allgemeinen Abrechnungsvorschriften gelten würden. Insofern sei die eingezogene Praxisgebühr im Wege der Verrechnung Teil des ärztlichen Honoraranspruchs, der ausschließlich gegenüber der Beklagten bestehe. Ein Rechtsverhältnis zu den Krankenkassen bestehe seitens des Vertragsarztes nicht, weshalb von einer Beiladung der zahlungspflichtigen Krankenkassen habe abgesehen werden können. Das SG hat die Berufung zugelassen.

Gegen das ihm am 2. Juni 2007 zugestellte Urteil hat der Kläger 25. Juni 2007 Berufung eingelegt und zur Begründung ausgeführt, dass es zwar zutreffend sei, dass es bei der Einreichung der Abrechnung bezogen auf die Quartale II/04 und III/04 zu Eingabefehlern gekommen sei. Er habe jedoch die Fristen des § 6 HVM nicht versäumt. Er habe erst im Nachhinein die Eingabefehler festgestellt. Die Beklagte habe für das Folgejahr mit den Ärzten, die vergleichbare Eingabefehler gemacht hätten, gütliche Einigungen gefunden und Honorarverluste ausgeglichen. Es überzeuge nicht, dass man im Jahr 2005 den Vertragsärzten eine nachträgliche Korrektur gestattet habe, die man im Jahr 2004, als der Umgang mit der Praxisgebühr in den Praxen noch Schwierigkeiten bereitet habe, verweigert habe. Die HVM-Regelung, die die Frist für nachträgliche Korrekturen auf 6 Wochen begrenze, sei nicht auf die Praxisgebühr ausgerichtet, nachdem der HVM schon im Jahre 2003 verabschiedet worden sei. Schließlich habe das BSG in seiner Rechtsprechung klargestellt, dass im HVM festgelegte Fristen nicht absolut gelten könnten, sondern im Einzelfall durch die KÄV Ausnahmen zu gewähren seien. Dies gelte insbesondere dann, wenn neues Recht Anwendung finde, und die Handhabung in der Praxis noch nicht eingespielt sei. Nach der Rechtsprechung des BSG dürfe die Ausschlussfrist keinen unverhältnismäßigen Eingriff bewirken (BSG vom 29. August 2007 - [B 6 KA 29/06 R](#)).

Der Kläger beantragt,
das Urteil des Sozialgerichts Marburg vom 23. Mai 2007 aufzuheben sowie die Honorarbescheide der Beklagten für die Quartale II/04 und III/04 in Gestalt des Widerspruchsbescheids vom 25. Oktober 2006 abzuändern und die Beklagte zu verurteilen, für das Quartal II/04 einen Mehrbetrag von 140,- EUR und für das Quartal III/04 einen Mehrbetrag von 80,- EUR festzusetzen und ihm diese Beträge, insgesamt 220,- EUR, auszusahlen.

Die Beklagte beantragt,

die Berufung zurückzuweisen.

Sie hält das erstinstanzliche Urteil und die angefochtenen Bescheide für rechtmäßig. Die Quartale des Jahres 2004 und ab II/05 seien hinsichtlich der Korrekturfrist keinem Vergleich zugänglich, weil der für die Quartale II/04 und III/04 gültige HVM eine ausdrückliche Regelung zu den Korrekturfristen vorgebe. Im Unterschied dazu werde durch den ab dem Quartal II/05 gültigen Honorarverteilungsvertrag (HVV) die Möglichkeit einer Regelung durch Vorstandsbeschluss eröffnet. Damit sei die "Ungleichbehandlung" in Bezug auf die Korrekturfrist in den Quartalen des Jahres 2004 und ab Quartal II/05 sachlich gerechtfertigt. Gerade der Umstand, dass der HVM hinsichtlich der Frist für Korrekturen keine Differenzierungen vornehme, mache deutlich, dass Anträge auf Korrektur unabhängig von deren Gegenstand nur berücksichtigt werden könnten, wenn die Frist eingehalten worden sei. Nach § 6 LZ 601 Satz 7 HVM sei auch nicht von einem begründeten Ausnahmefall auszugehen. Davon seien nur Fälle erfasst, in denen der Arzt unverschuldet daran gehindert ist, den Korrekturwunsch innerhalb von 6 Wochen anzumelden. Nicht erfasst seien Fälle, in denen es dem Arzt entgeht, dass der Abrechnung ein Fehler zugrunde liege. Es sei gerade Sinn und Zweck der Korrekturfrist, die Korrektur solcher Fehler auszuschließen, die der Arzt wegen fehlender Kontrolle und Überwachung nicht bemerkt habe. Bei der Verwendung eines Softwareprogramms gehöre es zu seinem Pflichtenkreis, den Eingabevorgang peinlich genau zu überwachen. Selbst bei Umsetzung der durch Vorstandsbeschluss für die ab Quartal II/05 festgelegten Vorgehensweise könnte der Kläger sein Ziel nicht erreichen. Der Vorstandsbeschluss sehe vor, dass einem Antrag auf Korrektur der Abrechnung für die Quartale ab II/05 entsprochen werden könne, wenn Gegenstand die Praxisgebühr ist und der Antrag gestellt wurde, bevor der entsprechende Honorarbescheid zugegangen ist. Dies wäre im Falle des Klägers nicht mehr möglich, da der Honorarbescheid für das Quartal II/04 am 18. Dezember 2004 als zugestellt gelte, der Widerspruch aber erst am 20. Dezember 2004 eingegangen sei. Der Honorarbescheid für das Quartal III/04 gelte am 15. April 2005 als zugestellt, der Widerspruch sei erst am 21. April 2005 eingegangen.

Wegen weiterer Einzelheiten des Streitstandes und des Vorbringens der Beteiligten im Übrigen wird auf den Inhalt der Gerichts- und Verwaltungsakten Bezug genommen, der Gegenstand der mündlichen Verhandlung gewesen ist.

Entscheidungsgründe:

Die zulässige Berufung ist unbegründet.

Das Urteil des Sozialgerichts Marburg vom 23. Mai 2007 sowie die Honorarbescheide der Beklagten für die Quartale II/04 und III/04 in Gestalt des Widerspruchsbescheids vom 25. Oktober 2006 sind rechtmäßig und verletzen den Kläger nicht in seinen Rechten. Der Kläger hat keinen Anspruch auf Festsetzung und Auszahlung eines Betrags von 140,- EUR für das Quartal II/04 und von 80,- EUR für das Quartal III/04 auf der Grundlage der von ihm nachträglich eingereichten Abrechnungskorrekturen.

Von einer Beiladung der Krankenkassen konnte abgesehen werden. Ein Fall der notwendigen Beiladung nach [§ 75 Abs. 2 Sozialgerichtsgesetz - SGG](#) - liegt jedenfalls nicht vor, da zwischen den Vertragsärzten und den Krankenkassen in Bezug auf den Einzug der Praxisgebühr keine unmittelbaren Rechtsbeziehungen bestehen. Gemäß [§ 43 b Abs. 2 Satz 1 2. Halbsatz SGB V](#) verringert sich durch die Einbehaltung der Praxisgebühr der Vergütungsanspruch des Vertragsarztes, den er gegenüber der Beklagten abzurechnen hat, wie bereits das SG zu Recht ausgeführt hat. Gemäß [§ 43 b Abs. 2 Satz 3 SGB V](#) ist die Inkassoregelung des [§ 43 b Abs. 1 Satz 2 SGB V](#) (Einzug der Zuzahlung durch die Krankenkasse bei Nichtzahlung durch den Versicherten) ausgeschlossen, soweit die Leistung im Rahmen von Gesamtverträgen nach den [§§ 82, 83 SGB V](#) erbracht wird.

Auf die vom Kläger geltend gemachten Abrechnungskorrekturen ist, wie vom SG zutreffend festgestellt, der von der Abgeordnetenversammlung am 11. Juni 2003 beschlossene und als Anlage zum Rundschreiben 5/6, Bekanntmachung Teil 1 vom 25. Juni 2003 veröffentlichte HVM anzuwenden, der in den streitgegenständlichen Quartalen gültig war (vgl. auch Vereinbarung zwischen der KV Hessen und den Verbänden der Krankenkassen zum Honorarverteilungsmaßstab für die Quartale 3/2004 und 4/2004, veröffentlicht als Anlage 2 zum Landesrundschreiben/Bekanntmachung vom 24. Februar 2005). Ob eine Anwendung des Vorstandsbeschlusses der Beklagten, der auf der Rechtsgrundlage des ab dem Quartal II/05 gültigen Honorarverteilungsvertrages ergangen ist, hier zu einer anderen Beurteilung führen würde, kann daher dahingestellt bleiben.

Nach § 6 LZ 601 Sätze 7 und 8 HVM können innerhalb der ersten 6 Wochen nach Ende des Abrechnungsvierteljahres die eingereichten Abrechnungsunterlagen vom abrechnenden Arzt berichtigt werden. In begründeten Ausnahmefällen kann die vorgenannte Frist verlängert werden. Unter Zugrundelegung der Rechtsprechung des BSG ist weder die Ausgestaltung der Vorschrift des § 6 LZ 601 Satz 7 HVM rechtlich zu beanstanden noch die konkrete Anwendung dieser Vorschrift noch der Ausnahmeregelung durch die Beklagte im vorliegenden Einzelfall. Etwas anderes ergibt sich auch nicht unter Berücksichtigung des vom Kläger zur Stützung seines Vorbringens zitierten neueren BSG-Urteils vom 29. August 2007 – [B 6 KA 29/06 R](#). Zum einen hat das BSG dort seine bisherige Rechtsprechung bestätigt, wonach Abrechnungsfristen und die Sanktionierung von Fristüberschreitungen durch Honorarabzüge rechtmäßig sind und die Aufnahme solcher Bestimmungen in den HVM von der Rechtsgrundlage des [§ 85 Abs. 4 Satz 2 SGB V](#) gedeckt sind. Solche Regelungen sind deshalb gerechtfertigt, weil die Honorierung der in einem Quartal erbrachten Leistungen möglichst aus dem für dieses Quartal zur Verfügung stehenden Gesamtvergütungsvolumen zu erfolgen hat, nachträgliche Honorierungen dem Ziel zügiger und zeitgerechter Honorierung zuwiderlaufen sowie zusätzlichen Verwaltungsaufwand erfordern. Durch diese Ziele ist der mit dem Abrechnungsausschluss verbundene Eingriff grundsätzlich verhältnismäßig und stellt eine rechtmäßige Berufsausübungsregelung im Sinne des [Artikel 12 Abs. 1 Satz 2 GG](#) dar (BSG, a.a.O. juris Rdnr.11). Zum anderen hat das BSG nochmals ausdrücklich bestätigt, dass eine Regelung, in der nachträgliche Berichtigungen und/oder Ergänzungen bei den bereits eingereichten Behandlungsfällen ausgeschlossen werden, grundsätzlich nicht zu beanstanden ist (BSG, a.a.O., juris Rdnr. 12; BSG, Urteil vom 22. Juni 2005 – [B 6 KA 19/04 R](#)). Allerdings darf die Art und Weise der Anwendung einer solchen Regelung keinen Eingriff bewirken, der so schwer wiegt, dass er außer Verhältnis zu dem der Regelung innewohnenden Zwecke steht (vgl. BSG, Urteil vom 29. August 2007, [a.a.O.](#) juris Rdnr. 13). Ein solcher Eingriff wurde vom BSG in der vorgenannten Entscheidung bei einer Fallgestaltung angenommen, bei der die eingereichte Abrechnung von vornherein erkennbar objektiv unzutreffend war. Der Umfang der Abrechnungssumme hatte bei ungefähr gleicher Patientenzahl wie in den vorangegangenen Quartalen nur ca. ein Viertel der bisherigen Honorarvolumina betragen, zudem hatte die Abrechnung offensichtliche Ungereimtheiten aufgewiesen. Ursächlich dafür war eine technische, nicht aufklärbare und nicht vermeidbare EDV-Panne. Das BSG ging davon aus, dass sich unter den vorgenannten Umständen für die KÄV die Fehlerhaftigkeit der Abrechnung hätte aufdrängen müssen, sodass die Abrechnung insoweit einer Nicht-Abrechnung nahe kam.

Im vorliegenden Fall ist der Eingriff allerdings verhältnismäßig. Zum einen war die vom Kläger eingereichte Abrechnung nicht von vornherein erkennbar objektiv unzutreffend. Die Abrechnung kann somit in Bezug auf die Folgen einer verspäteten Einreichung nicht einer Nicht-Abrechnung gleichgestellt werden. Vielmehr war die Unrichtigkeit für die Beklagte gerade nicht erkennbar, weil die vom Kläger im Rahmen der Abrechnungskorrektur geltend gemachten Behandlungsfälle aufgrund von Eingabefehlern nicht als Überweisungen kenntlich gemacht worden waren bzw. die Kennzeichnung von Zuzahlungsbefreiungen fehlte. Zum anderen handelte es sich im Falle des Klägers im Unterschied zu der vom BSG entschiedenen Fallgestaltung nicht um unvermeidbare technische Fehler, sondern um Eingabefehler. Der Kläger hätte diese Fehler dadurch vermeiden können, dass er - innerhalb der Fristen - einen Abgleich vornahm, ob seine tatsächlichen Einnahmen durch die Praxisgebühr mit den EDV-Daten übereinstimmen. Dem SG und der Beklagten ist darin zuzustimmen, dass der Arzt mit der Abgabe der Behandlungsausweise, ggf. eines maschinell verwertbaren Datenträgers, bestätigt, dass die zur Abrechnung eingereichten Leistungen nach den gesetzlichen und vertraglichen Bestimmungen erbracht worden sind, notwendig waren und die eingereichte Abrechnung sachlich richtig und vollständig ist. Der Abrechnungsfehler fällt somit in den Verantwortungsbereich des Klägers, weshalb auch nicht zu beanstanden ist, dass die Beklagte im Rahmen ihres Ermessens nicht von einem begründeten Ausnahmefall ausgegangen ist. Im Hinblick auf die geringe Anzahl der geltend gemachten Fälle nachträglicher Abrechnungskorrekturen ist auch ersichtlich, dass von der Ausschlussfrist keine erheblichen Wirkungen für den Vergütungsanspruch des Vertragsarztes ausgehen. Es handelt sich hier auch nicht um einen Sachverhalt, der mit der vom BSG beurteilten Fallgestaltung vergleichbar ist, bei der der Vertragsarzt aufgrund eines Versehens oder einer möglicherweise nicht sofort erkennbaren Störung im elektronischen Übermittlungssystem oder in der praxiseigenen Software einen größeren Teil seiner Abrechnungen nicht zu dem von KÄV gesetzten Termin bzw. Einreichungsfrist vorlegen konnte und damit Gefahr läuft, keinerlei Vergütung seiner vertragsärztlichen Leistungen zu erhalten (vgl. BSG, Urteil vom 22. Juni 2005, [a.a.O.](#) juris Rdnr. 25). Vielmehr handelte es sich um vereinzelt vorgekommene Eingabefehler, die nicht zu einem größeren Honorarverlust hätten führen können.

Auch unter Berücksichtigung des Umstands, dass die Praxisgebühr erst nach Veröffentlichung des HVM eingeführt wurde, ergibt sich keine abweichende Beurteilung für die Anwendung des § 6 LZ 601 Satz 7 HVM auf die nachträglich eingereichten Abrechnungskorrekturen des Klägers. Dem Vortrag der Beklagten, wonach sie zur Zeit der Einreichung der Abrechnungen in verschiedenen Veröffentlichungen zum Thema "Praxisgebühr" auf die Besonderheiten der Abrechnung hingewiesen hatte und diese daher dem Kläger hätten bekannt sein müssen, ist der Kläger nicht entgegengetreten. Daher ist auch nicht ersichtlich, weshalb im vorliegenden Fall die Anwendung neuen Rechts zwingend zu einer Ausnahmeregelung für den Kläger führen sollte, zumal die nicht korrekte Abrechnung im Verantwortungsbereich des Klägers lag.

Die Kostenentscheidung beruht auf [§ 197a Abs. 1 SGG](#) i.V.m. [§ 154 Abs. 2](#) Verwaltungsgerichtsordnung (VwGO), die endgültige Streitwertfestsetzung auf [§ 197 a Abs. 1 SGG](#) i.V.m. [§§ 63 Abs. 2 Satz 1, 47, 52 Abs. 1](#) Gerichtskostengesetz (GKG) sowie die Nichtzulassung der Revision auf [§ 160 Abs. 2 SGG](#).

Rechtskraft

Aus

Login

HES

Saved

2009-01-23