S 12 KA 100/07

Land
Hessen
Sozialgericht
SG Marburg (HES)
Sachgebiet
Vertragsarztangelegenheiten
Abteilung
12
1. Instanz
SG Marburg (HES)
Aktenzeichen
S 12 KA 100/07
Datum
26.09.2007
2. Instanz
Hessisches LSG
Aktenzeichen
L 4 KA 70/07
Datum
11.03.2009
3. Instanz
Bundessozialgericht
Aktenzeichen
-
Datum
-
Kategorie
Urteil
Leitsätze
Ein Honorarverteilungsvertrag kann vorsehen, dass Einzelheiten der Verfahrensweise bei verspäteter Abrechnungsabgabe bzw. bei nicht ordnungsgemäßer Rechnungslegung die Kassenärztliche Vereinigung in eigener Zuständigkeit regelt.
Eine Regelung, nach der der Vertragsarzt Korrekturen im Regelfall nur innerhalb von 10 Wochen nach Ende eines Abrechnungsvierteljahres einreichen kann, ist zulässig.
Bemerkung
verb. m. L 4 KA 71/07
1. Die Klage wird abgewiesen.

2. Der Kläger hat die notwendigen außergerichtlichen Kosten der Beklagten und die Gerichtskosten zu tragen.

Tatbestand:

Die Beteiligten streiten um die Höhe der Berücksichtigung der Einnahmen durch die sog. Praxisgebühr im Quartal III/05.

Der Kläger ist als Arzt für Allgemeinmedizin zur vertragsärztlichen Versorgung mit Praxissitz in A-Stadt zugelassen.

Mit Honorarbescheid vom 12.08.2006 für das streitbefangene Quartal III/05 setzte die Beklagte das Nettohonorar auf 37.812,24 Euro und den Honoraranspruch aus Zuzahlung gemäß § 28 Abs. 4 SGB V "Praxisgebühr" auf brutto 6.680,00 Euro fest.

Hiergegen legte der Kläger am 20.10.2006 Widerspruch ein. Er führte aus, durch fehlenden Eintrag der Ziffern 80032 und 80040 seien die gebührenfreien Patienten nicht als befreit berechnet und angenommen worden, dass er von ihnen eine Praxisgebühr erhalten habe. Er reichte eine Patientenliste ein und bat um Nachberechnung.

Mit Widerspruchsbescheid vom 21.02.2007, dem Kläger am 23.02.2007 zugestellt, wies die Beklagte den Widerspruch als unbegründet zurück. Zur Begründung führte sie aus, nach den gesetzlichen Bestimmungen bringe sie die Praxisgebühr vom Honoraranspruch in Abzug, sofern kein Tatbestand vorliege, der den Versicherten von der Zuzahlungspflicht befreie. Auf dem Behandlungsschein sei für eine Befreiung eine entsprechende "Pseudoziffer" anzugeben. Die Modalitäten seien in der Dezemberausgabe 2003 des info.doc, welches allen Vertragsärzten zur Verfügung gestellt werde, bekanntgegeben worden. Die Problematik sei erneut im Sonderheft Praxisgebühr vom Februar 2004 thematisiert worden. Die Pseudoziffer 8032 – keine Erhebung der Praxisgebühr, da die Befreiung von allen Zuzahlungen nachgewiesen ist – sei Bestandteil der Bekanntgabe gewesen. Soweit keine Kennzeichnung vorgenommen werde, erfolge automatisch seitens der KV die Zusetzung der Kennziffer 8030 – Kennzeichnung für zuzahlungspflichtigen Originalschein -, wodurch es zur Reduzierung des Honorars um 10,00 Euro je Behandlungsausweis komme. Einen Ausnahmetatbestand müsse der Arzt mit der Pseudoziffer 80040 nachweisen. Ansonsten werde automatisch die Kennziffer 80030 zugesetzt, wodurch es zu einer Reduzierung des Honorars um 10,00 Euro je Behandlungsausweis komme. Eine nachträgliche Eintragung der Pseudoziffern sei nicht möglich. Mit der Sammelerklärung/Quartalserklärung bestätige der Arzt die Richtigkeit und Vollständigkeit. Eine Korrektur sei innerhalb von sechs Wochen möglich. In Ausnahmefällen könne diese Frist verlängert werden. Aufgrund der ausreichenden Information könne eine Ausnahme nicht gemacht werden.

Hiergegen hat der Kläger am 23.03.2007 Klage erhoben. Er trägt ergänzend vor, die Begründung der Beklagten reduziere sich auf die Aussage, aus Gleichbehandlungsgründen gebe es keine Ausnahme, ohne darzulegen, wem gegenüber eine Gleichbehandlung erforderlich sei. Die Beklagte entscheide nach Gusto. Für die Quartale I und II/06 habe sie die nachträgliche Korrektur zugelassen.

Der Kläger beantragt,
unter Abänderung des Honorarbescheides vom 12.08.2006 für das Quartal III/05 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 21.02.2007 die Beklagte zu verurteilen, den Honoraranspruch aus Zuzahlung gemäß § 28 Abs. 4 SGB V "Praxisgebühr" für das Quartal III/05 auf brutto 5.430,00 Euro festzusetzen und die Differenz zu den bisherigen Festsetzungen in Höhe von 1.250,00 Euro nach Abzug der Verwaltungskosten auszuzahlen.

Die Beklagte beantragt,
die Klage abzuweisen.

Sie verweist auf den angefochtenen Widerspruchsbescheid und trägt ergänzend vor, Korrekturen könnten grundsätzlich nicht rückwirkend berücksichtigt werden. Die Fristen, die der Vorstand in Fortführung der bisherigen Regelung beschlossen habe, seien abgelaufen gewesen. Sie habe in ihren Publikationen die Abrechnungsweise ausführlich erläutert. Es obliege dem Kläger, vor Abgabe der Abrechnung zu überprüfen, ob die zur Abrechnung eingereichten Leistungen richtig und vollständig angegeben worden seien. Ihre Begründung reduziere sich nicht auf das Argument der Gleichbehandlung. Der Vorstandsbeschluss für eine Ausnahme setzte den Eingang der Korrektur der Abrechnung vor Zugang der Honorarunterlagen voraus. Die Honorarunterlagen seien am 12.10.2006 zugegangen, der Widerspruch sei aber erst am 20.10.2006 eingegangen.

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 verhandelt und entschieden, weil es sich um eine Angelegenheit der Vertragsärzte und Psychotherapeuten handelt (§ 12 Abs. 3 Satz 2 Sozialgerichtsgesetz – SGG -).

Die Klage ist zulässig. Sie ist aber unbegründet. Der Honorarbescheid vom 12.08.2006 für das Quartal III/05 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 21.02.2007 ist, jedenfalls soweit er angefochten wurde, rechtmäßig und war daher nicht abzuändern. Der Kläger hat keinen Anspruch darauf, dass sein Honoraranspruch aus Zuzahlung gemäß § 28 Abs. 4 SGB V "Praxisgebühr" für das Quartal III/05 auf brutto 5.430,00 festgesetzt wird und die Differenz zu den bisherigen Festsetzungen in Höhe von 1.250,00 Euro nach Abzug der Verwaltungskosten an ihn auszuzahlen ist. Die Klage war daher abzuweisen.

Nach der Vereinbarung zwischen der Kassenärztlichen Vereinigung Hessen und den Verbänden der Krankenkassen zur Honorarverteilung für die Quartale 2/2005 bis 4/2005, veröffentlicht als Anlage 2 zum Landesrundschreiben/Bekanntmachung der Beklagten vom 10.11.2005 (im Folgenden: HVV), sind die Abrechnungsunterlagen für jedes abgelaufene Abrechnungsquartal bis zu dem von der KV Hessen festgesetzten Termin bei der zuständigen Bezirksstelle der KV Hessen einzureichen (§ 8, Abschnitt 8.1 Abs. 1 HVV). Mit der Abgabe der Behandlungsausweise und gegebenenfalls eines maschinell verwertbaren Datenträgers bestätigen der Arzt bzw. Psychotherapeut oder bei einer Gemeinschaftspraxis die Ärzte bzw. Psychotherapeuten in einer Sammelerklärung/Quartalserklärung, dass die zur Abrechnung eingereichten Leistungen nach den gesetzlichen und vertraglichen Bestimmungen sowie nach den Vorgaben dieses Honorarverteilungsvertrages erbracht worden sind, notwendig waren und die eingereichte Abrechnung sachlich richtig und vollständig ist (§ 8, Abschnitt 8.1 Abs. 3 Satz 1 HVV). Einzelheiten der Verfahrensweise bei verspäteter Abrechnungsabgabe bzw. bei nicht ordnungsgemäßer Rechnungslegung regelt die KV Hessen in eigener Zuständigkeit (§ 8, Abschnitt 8.2 HVV). Entsprechend hat der Vorstand der Beklagten am 29.08.2005 beschlossen, die ehemalige LZ 601 HVM im Sinne einer Übergangsregelung fortzuführen; allerdings mit der Maßgabe, dass der Zeitraum von sechs Wochen auf zehn Wochen verlängert wird. Mit weiterem Beschluss vom 09.01.2006 hat er die Frist für das Quartal IV/05 auf acht Wochen reduziert. Damit wurde Abs. 5 der LZ 601 HVM des zuvor geltenden Honorarverteilungsmaßstabs übernommen; bei den Abs. 1 bis 4 handelte sich um Regelungen, die bereits durch § 8, Abschnitt 8.1 HVV übernommen worden waren. Abs. 5 der LZ 601 HVM lautete: "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."

Wenn die Kammer auch grundsätzlich der Auffassung ist, dass Fragen der verspäteten Abrechnungsabgabe, der Abgeltung des Verwaltungsaufwandes bei Fristversäumnis und des Verlusts des Abrechnungsanspruches in ihren Grundzügen auch inhaltlich im HVV nach § 85 Abs. 4 Satz 2 SGB V zu regeln sind (vgl. BSG, Urt. v. 21.10.1998 - B 6 KA 71/97 R - SozR 3-2500 § 85 Nr. 28 = BSGE 83, 52 = NZS 1999, 362, zitiert nach juris, Rdnr. 28; BSG, Urt. v. 26.06.2002 - B 6 KA 28/01 R - SozR 3-2500 § 85 Nr. 47 = NZS 2003, 494), so kann aufgrund der grundsätzlichen Ermächtigungsnorm in § 8, Abschnitt 8.2 HVV die Statuierung einer Regelung durch Übernahme einer Vorgängerregelung hingenommen werden. Der Inhalt des Abs. 5 der LZ 601 HVM ist aber ebf. rechtlich nicht zu beanstanden. Die Kammer hält insofern an ihrer bisherigen Rechtsprechung fest (vgl. Urt. v. 23.05.2007 – S 12 KA 876/06 - www.sozialgerichtsbarkeit.de).

Es ist eine der grundlegenden Pflichten jedes Vertragsarztes, die erbrachten Leistungen peinlich genau abzurechnen, weil die korrekte Abrechnung von der Kassenärztlichen Vereinigungen 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/Quartalserklärung 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 (vgl. § 8, Abschnitt 8.1 Abs. 3 Satz 1 HVV).

Die Kassenärztlichen Vereinigungen bzw. jetzt die Vertragspartner des Honorarverteilungsvertrages sind auf der Rechtsgrundlage des § 85 Abs. 4 Satz 1 und 2 SGB V befugt, in ihrem HVM/HVV 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/HVV 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 KV nach Abschluss des jeweiligen Quartals die Abrechnung vorzunehmen und den Vertragsärzten ein Honorarbescheid zu erteilen hat, ist bundesrechtlich zwar nicht vorgegeben. Die KVen 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 KVen 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 billigenswerte 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 die Übernahme des § 6 LZ 601 Abs. 5 der vorhergehenden Honorarverteilungsregelung nicht zu beanstanden, wie die Kammer bereits entschieden hat (vgl. SG Marburg, Urt. v. 29.11.2006, - S 12 KA 290/06 -; www.sozialgerichtsbarkeit.de; SG Marburg, Urt. v. 29.11.2006 - S 12 KA 888/06 - www.sozialgerichtsbarkeit.de; s. a. SG Marburg, Urt. v. 09.11.2005 – S 12 KA 28/05 – www.sozialgerichtsbarkeit.de).

Die Abrechnungsregelungen sehen ein abgestuftes System für die Fälle verspäteter Abrechnung vor. Zunächst wird von der Beklagten ein Termin zur Abrechnung festgelegt (§ 8, Abschnitt 8.1 Abs. 1 HVV), der in der Regel etwa 10 Tage beträgt. Korrekturen können noch innerhalb von zehn Wochen nach Ende eines Abrechnungsvierteljahres eingereicht werden, also etwa innerhalb von über zwei Monaten nach Ende der Einreichungsfrist. In begründeten Ausnahmefällen kann diese Frist verlängert werden.

Soweit es jedenfalls wie hier nicht um das gänzliche Fehlen einer Abrechnung, sondern lediglich um die Korrektur bereits abgerechneter Behandlungsfälle geht, ist dieses abgestufte System nicht zu beanstanden. Eine teilweise Unrichtigkeit der Abrechnung ist gegenüber dem Fehlen oder dem Ausschluss der gesamten Abrechnung 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 HVV auch die Nachreichung fehlender Teile einer Abrechnung, also bisher nicht eingereichter Behandlungsfälle zulässt, und innerhalb welcher Fristen, kann hier dahinstehen, da es für die klägerische Praxis nur um die Korrektur bereits abgerechneter Behandlungsfälle geht.

Nach den genannten Abrechnungsregelungen ist die Korrekturfrist nur in "begründeten Ausnahmefällen" zu verlängern. Es kann hier dahinstehen, ob hierbei ausschließlich Fälle höherer Gewalt zu verstehen sind. Jedenfalls reicht ein schlichtes Versehen, Vergessen oder fehlerhaftes Abrechnen nicht aus. Der Vertragsarzt kann sich dabei wegen des Gebots der peinlich genauen Abrechnung auch nicht darauf

berufen, bei dem eingesetzten Personal handele es sich um ein bisher stets zuverlässig gewesenes Personal und er sei seinen Überwachungspflichten wenigstens durch stichprobenartige Kontrollen nachgekommen. Delegiert er die Abrechnung, so muss er sich das Handeln der Mitarbeiter insoweit als eigenes Handeln bzw. eigenes Verschulden zurechnen lassen. Erst wenn ein "begründeter Ausnahmefall" vorliegt, ist Raum für weitere Ermessenserwägungen der Beklagten.

Nach den Einlassungen des Klägers ist nicht schlichtes technisches Versagen im Sinne einer höheren Gewalt für die fehlerhafte Abrechnung Ursache. Der Kläger hat selbst dargelegt, dass Ursache eine fehlerhafte Eingabe ist.

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).

Die genannten Abrechnungsregelungen gelten auch für die Einziehung der Praxisgebühr. Auch insofern hält die Kammer an ihrer bisherigen Rechtsprechung fest (vgl. Urt. v. 23.05.2007 – S 12 KA 1027/06 - www.sozialgerichtsbarkeit.de).

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 SGB V ergebenden Betrag an den Leistungserbringer. Satz 1 gilt nicht für Inanspruchnahmen nach § 23 Abs. 9, § 25 SGB V, zahnärztliche Untersuchungen nach § 55 Abs. 1 Satz 4 und 5 SGB V 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 B-Stadt, 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). Zuzahlungen, die Versicherte nach § 28 Abs. 4 zu entrichten haben, hat der Leistungserbringer einzubehalten; sein Vergütungsanspruch gegenüber der Krankenkasse, der Kassenärztlichen oder Kassenzahnärztlichen Vereinigung verringert sich entsprechend. Die nach § 83 zu entrichtenden Vergütungen verringern sich in Höhe der Summe der von den mit der Kassenärztlichen oder Kassenzahnärztlichen Vereinigung abrechnenden Leistungserbringern nach Satz 1 einbehaltenen Zuzahlungen. Absatz 1 Satz 2 gilt nicht im Falle der Leistungserbringung und Abrechnung im Rahmen von Gesamtverträgen nach den §§ 82 und 83. Das Nähere zum Verfahren nach den Sätzen 1 und 2 ist in den Bundesmantelverträgen zu vereinbaren (§ 43b Abs. 2 SGB V in der bis 31.12.2006 geltenden Fassung). Die nach § 28 Absatz 4 SGB V i.V.m. § 18 BMV-Ä/§ 21 EKV-Ä geleisteten Zuzahlungen sind Bestandteil der Gesamtvergütung, die an die Kassenärztliche Vereinigung mit befreiender Wirkung gezahlt wird (§ 54 BMV-Ä/§ 53 EKV-Ä).

Damit ist der Vertragsarzt gegenüber der Beklagten verpflichtet, die den Krankenkassen zustehende Leistung einzuziehen bzw. die Behandlungsfälle zu kennzeichnen, in denen die Erhebung der Praxisgebühr entfällt. Besondere Korrekturmöglichkeiten werden nicht vorgesehen. Vielmehr gelten für den Vertragsarzt die allgemeinen Abrechnungsvorschriften. Insofern ist die eingezogene Praxisgebühr im Wege der Verrechnung Teil des ärztlichen Honoraranspruchs, der ausschließlich gegenüber der Beklagten besteht. Ein Rechtsverhältnis zu den Krankenkassen besteht seitens des Vertragsarztes zu den Krankenkassen nicht.

Soweit die Beklagte für die Quartale I und II/06 eine nachträgliche Korrektur zugelassen hat, obliegt dies ihrem Verwaltungsermessen, ohne dass hieraus ein Anspruch für vorangegangene Quartale erwachsen würde. Im Übrigen lagen in diesen Quartalen die Voraussetzungen eines weiteren Vorstandsbeschlusses vor, wonach eine Korrektur der Abrechnung vor Zugang der Honorarunterlagen noch möglich ist. Für das hier streitbefangene Quartal erfolgte die Berichtigung aber erst nach Zugang des Honorarbescheides.

Nach allem war der angefochtene Bescheid 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
2016-03-11