L 7 KA 43/08

Land
Berlin-Brandenburg
Sozialgericht
LSG Berlin-Brandenburg
Sachgebiet
Vertragsarztangelegenheiten
Abteilung
7
1. Instanz
SG Berlin (BRB)
Aktenzeichen
S 83 KA 143/06
Datum
28.05.2008
2. Instanz
LSG Berlin-Brandenburg
Aktenzeichen
L 7 KA 43/08
Datum
22.02.2012
3. Instanz
Bundessozialgericht
Aktenzeichen
-
Datum
-
Kategorie
Urteil
Leitsätze
Wenn eine Kassenärztliche Vereinigung aufgrund von nur versehentlich fehlerhaften Angaben des Vertragsarztes in seiner Honoraranforderung zunächst von einer Zuzahlungspflicht („Praxisgebühr“) im Einzelfall ausgeht und der Vertragsarzt diese Angaben im Widerspruchsverfahren richtig stellt, darf der gemäß § 43b Abs. 2 Satz 2 SGB V vorgenommene Honorarabzug nur dann aufrechterhalten werden, wenn die Regelungen des Honorarverteilungsmaßstabs dies zulassen. Dies war für den in Berlin ab Januar 2004 geltenden Honorarverteilungsmaßstab nicht der Fall.
Die Berufung der Beklagten gegen das Urteil des Sozialgerichts Berlin vom 28. Mai 2008 wird zurückgewiesen. Die Beklagte trägt auch die Kosten des Berufungsverfahrens. Die Revision wird nicht zugelassen.

Tatbestand:

Die Klägerin begehrt von der Beklagten höheres Honorar für das Quartal I/04 in Höhe von insgesamt 5.330.- Euro.

Im Zusammenhang mit der Einführung der so genannten Praxisgebühr nach § 28 Abs. 4 Sozialgesetzbuch Fünftes Buch (SGB V) führte die Beklagte zu Abrechnungszwecken so genannte Pseudoziffern ein, anhand derer sie darüber entschied, in welchen Behandlungsfällen vom Honorarsanspruch des einzelnen Vertragsarztes ein Abzug wegen des Einbehalts der Praxisgebühr vorzunehmen war. Diese Pseudoziffern hatten im Einzelnen u.a. folgende Bedeutung:

8030 Erhebung der Praxisgebühr gemäß § 28 Abs. 4 SGB V 8031 keine Erhebung der Praxisgebühr 8032 keine Erhebung der Praxisgebühr, da die Befreiung von der Zuzahlung nachgewiesen ist 8033 keine Erhebung der Praxisgebühr, da eine Quittung über die bereits gezahlte Praxisgebühr vorgelegt und entwertet wurde 8040 keine Erhebung der Praxisgebühr aus sonstigen Gründen

Die Klägerin nimmt als Fachärztin für HNO in B-S an der vertragsärztlichen Versorgung teil. Im Rahmen der Honorarberechnung für das Quartal I/04 setzte die Beklagte bei der Klägerin wegen des Einbehalts der Praxisgebühr 7.380.- Euro ab und setzte ihr Honorar in Höhe von 32.775,07 Euro fest.

Am 21. September 2004 legte die Klägerin Widerspruch ein und kennzeichnete auf einer am 20. Dezember 2004 bei der Beklagten eingegangenen Liste mit 738 Behandlungsfällen des strittigen Quartals die Patienten, für die die beigefügten Überweisungsscheine nach ihrer Darstellung vorlag. Die Klägerin machte geltend, sie sei von einer Mitarbeiterin der Beklagten (Frau M) nach der Bearbeitung ihrer Honorarabrechnung für das Quartal II/04 telefonisch darauf hingewiesen worden, dass durch die unstrittig fehlerhafte Scheinkennzeichnung in der klägerischen Praxis der Eindruck entstanden sei, alle Behandlungsfälle seien als Originalschein angelegt gewesen. Sie habe umgehend eine korrigierte Abrechnung für das Quartal II/04 eingereicht, welche von der Beklagten berücksichtigt worden sei. Für das streitige Quartal habe ihr Frau M allerdings mitgeteilt, dass eine Korrektur der Abrechnung nicht mehr möglich sei, sie &61485; die Klägerin &61485; möge Widerspruch gegen die Honorarfestsetzung einlegen.

Den Widerspruch wies die Beklagte mit Widerspruchsbescheid vom 10. November 2005 zurück und führte zur Begründung unter anderem aus: Von der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV) sei für die Umsetzung die Praxisgebühr im Hinblick auf die Quartalsabrechnungen der Vertragsärzte ein Katalog mit Pseudoziffern herausgegeben worden, welcher sowohl von den Kassenärztlichen Vereinigungen als auch von den Vertragsärzten ab dem 1. Januar 2004 zu berücksichtigen sei. Die Beklagte habe diese Pseudoziffern einschließlich der erfolgten Aktualisierung jeweils über Rundschreiben an alle Berliner Vertragsärzte termingerecht bekannt gegeben. Es sei unabdingbar, dass der Leistungserbringer die Behandlungsfälle, in denen Patienten auf Überweisung eines anderen Arztes in seine Praxis kommen, auch

entsprechend als Mit- bzw. Weiterbehandlung kennzeichnen. Durch diese Eintragung ändere sich auf den abzurechnenden Behandlungsscheinen das Scheinkennzeichen von "A" (ambulante kurative Behandlung) in "M" (Mit- und Weiterbehandlung). Während die Pseudoziffern 8030 und 8031 ausschließlich von der Beklagten auf den zur Abrechnung eingereichten Behandlungsscheinen zugesetzt worden sei, seien die Pseudonummern 8032 bis 8046 nur vom Vertragsarzt und nur bei Vorliegen von Befreiungstatbeständen bzw. bei nicht erfolgreichem Einzug der Praxisgebühr sowie dem Entstehen von Portokosten hinsichtlich der Zuzahlungspflicht der Versicherten auf den abzurechnenden Originalschein als Kennzeichnung einzutragen gewesen. Sofern bei der Quartalsabrechnung in keiner Weise Befreiungstatbestände bzw. erfolglose Einziehungsversuche auf den eingereichten Behandlungsscheinen erkennbar seien, müsse die Beklagte davon ausgehen, dass es sich bei denen zur Abrechnung eingereichten Fällen jeweils um Versicherte handele, die ohne Einschränkung die Praxisgebühr zu zahlen und gezahlt hätten. Da die Festsetzung der Honorarhöhe aufgrund der von der Klägerin eingereichten Abrechnungsdaten erfolgen könne und sie auch mit der Angabe der Abrechnungsunterlagen die Richtigkeit der von ihr gemachten Angaben bestätige, sei der Abzug der Praxisgebühr in den von der Klägerin beanstandeten Fällen rechtmäßig. Maßgebliche Ursache für den Abzug der Praxisgebühr in den streitigen Fällen sei, dass die Klägerin es versäumt habe, auf den betreffenden 533 Behandlungsscheinen die entsprechende Kennzeichnung für Mit- und Weiterbehandlung einzutragen. Nach erfolgter Rechnungslegung gegenüber den Krankenkassen komme eine nachträgliche Anerkennung von Befreiungstatbeständen und somit Rückzahlung der Praxisgebühr nicht in Betracht.

Mit ihrer Klage hat die Klägerin behauptet, die Beklagte treffe ein Mitverschulden, weil es auf der Hand liege, dass in einer HNO-Praxis, die üblicherweise schwerpunktmäßig auf Überweisung tätig werde, alle Behandlungsfälle mit dem Scheinkennzeichen "A" abgerechnet würden. Im Übrigen reduziere sich der Vergütungsanspruch nach § 43b Abs. 2 SGB V erst dann, wenn die Zuzahlung tatsächlich einbehalten worden sei.

Die Beklagte hat erwidert, im Falle der Klägerin seien bei einer Rückabwicklung der Praxisgebühr 20 Krankenkassen betroffen. Die kassenseitige Rechnungslegung gegenüber den meisten Krankenkassen sei bereits in der 37. Kalenderwoche erfolgt und habe daher nicht wegen des erst am 21. September 2004 eingelegten, noch nicht begründeten Widerspruchs geändert werden können.

Mit Urteil vom 28. Mai 2008 hat das Sozialgericht unter Änderung der angefochtenen Bescheide die Beklagte verurteilt, an die Klägerin weiteres Honorar in Höhe von insgesamt 5.330.- Euro für das Quartal I/04 zu zahlen. Zur Begründung hat das Sozialgericht unter anderem ausgeführt: Die Verringerung des Honoraranspruchs nach § 43 b Abs. 2 Satz 1 SGB V setzte voraus, dass die Leistungserbringer die Zuteilung tatsächlich einbehalten, d. h. zuvor auch eingezogen/empfangen hätten. Im Übrigen habe die Beklagte den neuen Sachvortrag der Klägerin im Widerspruchsverfahren berücksichtigen müssen, ohne dass es hierfür einer besonderen Rechtsgrundlage zur entsprechenden Korrektur von Honorarabrechnungen bedürfe. Vielmehr bedürfe es einer ausdrücklichen Vorschrift, um diese Korrekturmöglichkeit auszuschließen. §§ 2 Abs. 6 und 7 des in den beiden betroffenen Quartalen geltenden Honorarverteilungsmaßstabs (HVM) enthielten eine diesbezügliche ausdrückliche Regelung nicht. Denn zum einen enthielten sie nur Regelungen für die verspätete Abrechnung von Leistungen, nicht aber für deren nachträgliche Korrektur. Auch seien die Korrekturen innerhalb der in § 2 Abs. 7 Satz 1 HVM genannten Frist vorgenommen worden, so dass die Beklagte allenfalls die Verwaltungsmehrkosten (§ 2 Abs. 6.3 HVM) hätte verlangen können. Die von der Beklagten herangezogenen Garantieerklärungen nach § 2 Abs. 5 HVM erfasse den Einzug der Praxisgebühr nicht, da sie keine ärztliche Leistung darstelle und auch nicht gegenüber der Beklagten in Rechnung gestellt werden könne. Als Körperschaft des öffentlichen Rechts könne sich die Beklagte nicht von der Durchführung eines ordnungsgemäßen, auf den geltenden gesetzlichen Vorschriften berufenden Verwaltungsverfahrens entbinden, seien die damit verbundenen Kosten auch noch so hoch. Schließlich habe sich die Beklagte mit ihrer Rechtsauffassung zum Quartal I/04 in Widerspruch zur Auskunft ihrer Mitarbeiterin und zum eigenen Vorgehen bezüglich des Quartals II/04 gesetzt, für das die Korrektur des Abrechnungsfehlers ohne weiteres möglich gewesen sei.

Gegen dieses ihr am 6. Juni 2008 zugestellte Urteil richtet sich die Berufung der Beklagten vom 12. Juni 2008 zu deren Begründung sie vorbringt: Bezüglich der hier streitigen Rechtsfragen habe es im Jahr 2004 957 Widersprüche, in 2005 466 Widersprüche, in 2006 168 Widersprüche und in 2007 85 Widersprüche gegeben. Von den 800 Widerspruchsführern seien 384 in mehreren Quartalen betroffen gewesen. Nach geltendem Recht gebe es mehrere Gründe, aus denen die Krankenkasse die Gesamtvergütung kürzen könnten oder müssten, z. B. § 140d Abs. 1 oder § 106 Abs. 5c Abs. 2 SGB V. Auch könnten die vereinbarten Zahlungen aus anderen Gründen, etwa wegen Streitigkeiten über die Höhe der geschuldeten Gesamtvergütung, geringer ausfallen als angenommen. In all diesen Fällen sei die Beklagte nicht verpflichtet, mehr an Gesamtvergütung zu verteilen, als sie tatsächlich von den Krankenkassen erhalten habe. Diese sei nicht verpflichtet, die von den Krankenkassen einbehaltenen Beträge vorzufinanzieren. Bejahe man einen Anspruch der Klägerin, dann nur mit der Maßgabe, dass die Krankenkassen ihrerseits den Anspruch auf Korrektur des seinerzeitigen Abrechungsfehlers anerkannten. Das Sozialgericht habe verkannt, dass es hier nicht nur um die bilaterale Abrechnungsbeziehung zwischen dem Vertragsarzt und der Beklagten gehe, und es gehe fälschlicher Weise davon aus, dass jeder Vertragsarzt bis zur Bestandskraft des Honorarfestsetzungsbescheides seine Abrechnung korrigieren könne. Träfe dies zu, könnte sich jeder Vertragsarzt der Verantwortung für die Richtigkeit seiner Abrechnung dadurch entziehen, dass er fristwahrend gegen den Honorarfestsetzungsbescheid Widerspruch einlege, um ggf. seine Abrechnung korrigieren zu können. Dies widerspreche ersichtlich dem Sinn und Zweck der Garantieerklärung. Wenn bei 500 Mio. vertragsärztlichen Behandlungsfällen bundesweit nur die Hälfte der Behandlungsfälle zuzahlungspflichtige Behandlungsfälle seien, würde selbst eine Fehlerquote von nur 10 % das Abrechnungsgeschäft zum Erliegen bringen, falls es dem Vertragsarzt gestattet wäre, diesbezügliche Fehler ohne weiteres zu korrigieren. Im Vergleich zu ihrem Vorgehen bezüglich des Quartals II/04 bestehe kein Widerspruch, da dort der Fehler vor Abschluss der kassenseitigen Abrechnung und der Kürzung der Gesamtvergütung nach § 43b Abs. 2 Satz 2 SGB V bemerkt und auf dem Kulanzwege korrigiert worden sei.

Die Beklagte beantragt,

das Urteil des Sozialgerichts Berlin vom 28. Mai 2008 aufzuheben und die Klage abzuweisen.

Die Klägerin beantragt,

die Berufung zurückzuweisen.

Sie verteidigt die angefochtene Entscheidung.

Wegen des Sach- und Streitstandes im Einzelnen sowie wegen des weiteren Vorbringens der Beteiligten wird auf die Gerichtsakte sowie die beigezogene Verwaltungsakte, die Gegenstand der mündlichen Verhandlung war, verwiesen.

Entscheidungsgründe:

Die Berufung ist zulässig, aber nicht begründet. Zu Recht hat das Sozialgericht die angefochtenen Bescheide geändert und die Beklagte zur Zahlung von 5.330.- Euro verurteilt. Deren Weigerung, die nachträglich von der Klägerin korrigierten Angaben zur Zuzahlungspflicht in 533 Behandlungsfällen zu berücksichtigen, war rechtswidrig.

I. Rechtsgrundlage für Honorarverteilungsbestimmungen ist § 85 Abs. 4 SGB V in der in den streitigen Quartalen geltenden Fassung. Danach verteilt die Kassenärztliche Vereinigung die Gesamtvergütungen an die Vertragsärzte; in der vertragsärztlichen Versorgung verteilt sie die Gesamtvergütung getrennt für die Bereiche der hausärztlichen und der fachärztlichen Versorgung (§ 73 SGB V). Sie wendet dabei den im Benehmen mit den Verbänden der Krankenkassen festgesetzten Verteilungsmaßstab an. Bei der Verteilung der Gesamtvergütung sind Art und Umfang der Leistungen der Vertragsärzte zu Grunde zu legen (§ 85 Abs. 4 Sätze 1 bis 3 SGB V). Bei der Ausformung des HVM haben die Kassenärztlichen Vereinigungen einen Gestaltungsspielraum, weil die Honorarverteilung eine in der Rechtsform einer Norm, nämlich einer Satzung, ergehende Maßnahme der Selbstverwaltung ist. Zu beachten sind dabei allerdings insbesondere das in § 85 Abs. 4 Satz 3 SGB V angesprochene Gebot leistungsproportionaler Verteilung des Honorars sowie der aus Art. 12 Abs. 1 i.V.m. Art. 3 Abs. 1 Grundgesetz (GG) herzuleitende Grundsatz der Honorarverteilungsgerechtigkeit.

1) Seit dem 1. Januar 2004 mindert sich der Honoraranspruch des Vertragsarztes (auch) aufgrund seiner Pflicht zur Einziehung der Praxisgebühr.

a) Mit dem Gesetz zur Modernisierung der gesetzlichen Krankenversicherung vom 14. November 2003 (GKV-Modernisierungsgesetz – GMG, BGBl. I S. 2190) wurde mit Wirkung vom 1. Januar 2004 für die Versicherten der gesetzlichen Krankenversicherung eine Pflicht zur Zuzahlung in Höhe von 10 Euro pro Quartal ("Praxisgebühr") bei der Inanspruchnahme ambulanter vertrags(zahn)ärztlicher Leistungen eingeführt (vgl. zur Verfassungs¬mäßigkeit der Regelung: Bundessozialgericht - BSG -, Urteil vom 25. Juni 2009, B 3 KR 3/08 R, veröffentlicht in Juris). § 28 Abs. 4 Sätze 1 und 2 SGB V i.d.F. des GMG lautet:

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 § 30 Abs. 2 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.

Regelungen zur Befreiung von der Zuzahlungspflicht enthält § 61 SGB V (in der hier maßgeblichen, seit dem 1. Januar 2004 geltenden Fassung): (Abs. 1 Sätze 1 und 2) Versicherte haben während jedes Kalenderjahres nur Zuzahlungen bis zur Belastungsgrenze zu leisten; wird die Belastungsgrenze bereits innerhalb eines Kalenderjahres erreicht, hat die Krankenkasse eine Bescheinigung darüber zu erteilen, dass für den Rest des Kalenderjahres keine Zuzahlungen mehr zu leisten sind. Die Belastungsgrenze beträgt 2 vom Hundert der jährlichen Bruttoeinnahmen zum Lebensunterhalt; für chronisch Kranke, die wegen derselben schwerwiegenden Krankheit in Dauerbehandlung sind, beträgt sie 1 vom Hundert der jährlichen Bruttoeinnahmen zum Lebensunterhalt.

(Abs. 3) Die Krankenkasse stellt dem Versicherten eine Bescheinigung über die Befreiung nach Absatz 1 aus. Diese darf keine Angaben über das Einkommen des Versicherten oder anderer zu berücksichtigender Personen enthalten.

Den Zahlungsweg für die Zuzahlung regelt § 43b Abs. 1 und 2 SGB V. Die Vorschrift lautete i.d.F. des GMG: (1) Leistungserbringer haben Zahlungen, die Versicherte zu entrichten haben, einzuziehen und mit ihrem Vergütungsanspruch gegenüber der Krankenkasse zu verrechnen. Zahlt der Versicherte trotz einer gesonderten schriftlichen Aufforderung durch den Leistungserbringer nicht, hat die Krankenkasse die Zahlung einzuziehen.

(2) 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.

Die Krankenkasse ist nach diesem Regelungssystem Gläubigerin des Anspruchs auf Zuzahlung nach § 28 Abs. 4 SGB V. Der Vertragsarzt fungiert lediglich als Einzugs- bzw. Inkassostelle. Zahlt ein Versicherter die Praxisgebühr anlässlich einer vertragsärztlichen Behandlung nicht, hat der Vertragsarzt ihn lediglich schriftlich zur Nachzahlung aufzufordern. Bleibt diese Mahnung erfolglos, hat die Kassen(zahn)ärztliche Vereinigung im Auftrag der Krankenkasse die Einziehung der Zuzahlung zu übernehmen, soweit in den Bundesmantelverträgen nichts Abweichendes bestimmt ist. Der Vertragsarzt hat hiernach also nur eine Inkassofunktion auszuüben, ist aber nicht selbst Gläubiger der Praxisgebühr (vgl. BSG a.a.O., Rdnr. 16 f.; Senat, Urteil vom 17. November 2010, Az.: L 7 KA 56/09). Sein Vergütungsanspruch gegenüber der Kassen(zahn)ärztlichen Vereinigung verringert sich in Höhe der einbehaltenen Praxisgebühren. Gleichzeitig verringert sich die von der einzelnen Krankenkasse an die Kassen(zahn)ärztliche Vereinigung zu zahlende Gesamtvergütung in Höhe der einbehaltenen Praxisgebühren (Entwurf eines Gesetzes zur Modernisierung der gesetzlichen Krankenversicherung, BT-Drs. 15/1525, S. 91). Die eingezogenen Praxisgebühren haben für den Vertragsarzt im Verhältnis zu seiner Kassen(zahn)ärztlichen Vereinigung daher die Wirkung einer Abschlagszahlung.

b) Unstreitig hat die Beklagte in den beiden streitigen Quartalen zu hohe Abzüge wegen vermeintlich von der Klägerin einbehaltener Praxisgebühren vorgenommen. Denn in den von der Klägerin zunächst fehlerhaft gekennzeichneten 533 Behandlungsfällen war wegen

vorliegender Überweisungsscheine keine Praxisgebühr zu erheben, sodass der Honoraranspruch der Klägerin nicht in entsprechender Höhe gemindert werden durfte.

2) Der infolgedessen bestehende Nachvergütungsanspruch der Klägerin wird nicht durch Regelungen des Verfahrensrechts oder des HVM der Beklagten ausgeschlossen.

a) Für alle Bereiche des Sozialrechts – und somit auch für das von der Beklagten im Rahmen der Honorarverteilung durchzuführende Verwaltungsverfahren – regelt § 20 Sozialgesetzbuch Zehntes Buch (SGB X) die Geltung des Untersuchungsgrundsatzes. Danach ermittelt die Behörde den Sachverhalt von Amts wegen. Sie bestimmt Art und Umfang der Ermittlungen; an das Vorbringen und an die Beweisanträge der Beteiligten ist sie nicht gebunden (§ 20 Abs. 1 SGB X). Sie hat alle für den Einzelfall bedeutsamen, auch die für die Beteiligten günstigen Umstände zu berücksichtigen und darf die Entgegennahme von Erklärungen oder Anträgen, die in ihren Zuständigkeitsbereich fallen, nicht deshalb verweigern, weil sie die Erklärung oder den Antrag in der Sache für unzulässig oder unbegründet hält (§ 20 Absätze 2 und 3 SGB X). Diese gesetzlichen Vorgaben bewirken, dass die Behörde grundsätzlich alle ihr bis zum Abschluss des Vorverfahrens bekannt gewordenen Tatsachen zu berücksichtigen hat und sich nicht auf eine Präklusion, d.h. einen Ausschluss von Tatsachen wegen zu späten Vorbringens im Verwaltungsverfahren, berufen darf. Auch im Rahmen der Honorarberechnung dürfen daher Vertragsärzte generell Tatsachen nachträglich, also nach Abgabe der Honorarabrechnung bzw. nach Erlass des Honorarbescheides, ihrer Kassenärztlichen Vereinigung mitteilen, ohne einen Rechtsverlust befürchten zu müssen.

b) Abweichend hiervon sind allerdings im System der vertragsärztlichen Honorarverteilung Abrechnungsfristen und die Sanktionierung von Fristüberschreitungen durch Honorarabzüge grundsätzlich rechtmäßig. Die Aufnahme solcher Bestimmungen in den HVM ist von der Rechtsgrundlage des § 85 Abs. 4 Satz 2 SGB V gedeckt. 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. Aus diesen Gründen ist der mit dem Abrechnungsausschluss verbundene Eingriff grundsätzlich verhältnismäßig und stellt eine rechtmäßige Berufsausübungsregelung im Sinne des Art. 12 Abs. 1 Satz 2 GG dar (BSG, Urteil vom 29. August 2007, Az.: B 6 KA 29/06 R, veröffentlicht in Juris, m.w.N.). Dementsprechend hat das BSG wiederholt im HVM einer Kassen(zahn)ärztlichen Vereinigung enthaltene Regelungen gebilligt, wonach nachträgliche Berichtigungen und/oder Ergänzungen bei den bereits eingereichten Behandlungsfällen ausgeschlossen wurden (BSG a.a.O.).

Auf der anderen Seite können von Ausschlussfristen erhebliche Wirkungen für den Vergütungsanspruch des Vertragsarztes ausgehen. Vertragsärzte, die z.B. 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 K(Z)V gesetzten Termin vorlegen, laufen Gefahr, entweder keine oder eine reduzierte Vergütung ihrer vertragsärztlichen Leistungen, ggf. zu einem erheblich späteren Zeitpunkt, zu erhalten. Nicht weiter differenzierte und abgestufte Abrechnungsregelungen, die zu einem völligen oder gravierenden Honorarverlust führen, 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 (BSG, Urteil vom 22. Juni 2005, Az.: B 6 KA 19/04 R, veröffentlicht in Juris). Diese Grundsätze gelten auch für die Verrechnung einbehaltener oder einzubehaltender Praxisgebühren.

c) Im vorliegenden Fall war die generelle Weigerung der Beklagten, nach der Rechnungslegung gegenüber den Krankenkassen korrigierte Angaben des Vertragsarztes zur Zuzahlungspflicht in bestimmten Behandlungsfällen nicht mehr zu berücksichtigen, rechtswidrig. Die Beklagte durfte die Klägerin nicht an ihren fehlerhaften Erklärungen im Zusammenhang mit den Honorarabrechnungen der Quartale I/04 festhalten.

aa) Die Rechtsgrundlagen für die Korrektur von Honorarbescheiden aufgrund nachträglicher Angaben eines Vertragsarztes finden sich in § 2 ("Rechnungslegung") des ab dem 1. Juli 2003 geltenden HVM der Beklagten in der Fassung vom 1. Oktober 2004. Die insoweit maßgeblichen Absätze 4 bis 8 lauten:

(Abs. 4) Honoraranforderungen an die Kassenärztliche Vereinigung Berlin könne nur mit ordnungsgemäß ausgestellten Behandlungsausweisen oder zu Abrechnungszwecken erstellten Datenträgern gestellt werden.

(Abs. 5) Mit den Abrechnungsunterlagen ist eine Erklärung folgenden Inhalts abzugeben:

"Ich versichere, das, die in Rechnung gestellten Leistungen den tatsächlich ausgeführten Verrichtungen entsprechen und von mir persönlich oder unter meiner Aufsicht ausgeführt wurden und den gesetzlichen oder vertraglichen Bestimmungen sowie der Satzung der KV Berlin entsprechen."

(Abs. 6) Für den Fall, dass Abrechnungsunterlagen – ohne vorherige Genehmigung durch den Vorstand &61485; verspätet abgegeben werden, wird folgendes bestimmt: 6.1 Wird die vierteljährliche Abrechnung nebst Unterlagen erst nach Fristablauf eingereicht, besteht kein Anspruch auf Teilnahme an der Verteilung der Gesamtvergütung dieses Quartals oder auf Abschlagszahlungen. 6.2 Wird die vierteljährliche Abrechnung nebst Unterlagen erst nach Fristablauf eingereicht, wird die Abrechnung grundsätzlich bis zum nächsten Kalendervierteljahr zurückgestellt. 6.3 Bei nicht fristgemäßer Abgabe der Abrechnungsunterlagen werden dem Abrechnenden die Kosten für Verwaltungsmehrarbeit auferlegt. Diese betragen bis zu einer Behandlungsfallzahl von insgesamt 500 = EUR 150,00 und über 500 Behandlungsfälle = EUR 250,00. 6.4 Der Vorstand kann von dieser Regelung im begründeten Einzelfall abweichen.

(Abs. 7) Bei von dem Abrechnenden verursachten Fehlern im Zusammenhang mit der Abrechnung der Zuzahlungen gemäß § 28 Abs. 4 SGB V in der Abrechnung, die zu erheblicher Verwaltungsmehrarbeit führen, kann die Kassenärztliche Vereinigung Berlin dem Abrechnenden Kosten für die Verwaltungsmehrarbeit von bis zu 4,00 EUR je fehlerhaftem Behandlungsfall auferlegen.

(Abs. 8) Die Abrechnung von Leistungen ist nach Ablauf eines Jahres &61485; vom Ende des Kalendervierteljahres an gerechnet, in dem sie erbracht worden sind &61485; ausgeschlossen. Verspätet eingereichte und zur Abrechnung gelangende Leistungen werden grundsätzlich

mit den Punktwerten vergütet, die in dem Quartal zur Auszahlung gelangen, in dem sie zur Abrechnung eingereicht werden.

bb) Diese Regelungen sind nach den oben dargestellten Prämissen grundsätzlich nicht zu beanstanden. Sie geben zu erkennen, dass Ausnahmen von der Einhaltung der Abrechnungsfrist zugelassen werden müssen und offenbar auch ohne gravierende Störung des vertragsärztlichen Vergütungssystems zugelassen werden können. Dafür spricht, dass der HVM die Möglichkeit, entweder die gesamte Quartalsabrechnung oder auch nur einzelne Leistungen auch nach den jeweiligen Abrechnungsfristen geltend zu machen, nicht grundsätzlich ausschließt (§ 2 Abs. 6 und Abs. 8). Dies ist auch sachgerecht, da zumindest geringfügige Fehler der Ärzte, ihrer Mitarbeiter oder ihres EDV-Systems nie vollständig vermeidbar sein werden. Im Übrigen wäre eine K(Z)V berechtigt, hinsichtlich der Reaktion auf eine Versäumung des Einsendetermins danach zu differenzieren, ob ein Arzt einmalig, etwa infolge einer technischen Panne, verspätet abrechnet, oder regelmäßig den Termin schuldhaft versäumt. Letztgenanntes Verhalten stellt eine nicht ordnungsgemäße Erfüllung vertragsärztlicher Pflichten im Sinne des § 81 Abs. 5 Satz 1 SGB V dar, das die KÄV darüber hinaus disziplinarisch ahnden kann (BSG a.a.O.).

Ohne Belang bleibt in diesem Zusammenhang allerdings, zu welchem Zeitpunkt die Beklagte aufgrund gesamtvertraglicher Regelungen zur Abrechnung gegenüber den einzelnen Krankenkassen verpflichtet ist. Abgesehen davon, dass die Beklagte in keiner Weise dargelegt hat, welche konkreten vertraglichen Verpflichtungen insoweit bestehen, sondern nur auf ein bundeseinheitlich "übliches" Prozedere verwiesen hat, fehlen in den für die Vertragsärzte bestehenden Abrechnungsregelungen jegliche Hinweise auf die Bedeutung solcher (möglichen) Fristen für die Berücksichtigung verspätet eingereichter Abrechnungsunterlagen (anders in dem vom BSG, a.a.O, entschiedenen Sachverhalt).

cc) Die o.g. HVM-Regelungen bilden jedoch keine taugliche Rechtsgrundlage für Konstellationen der vorliegenden Art, in denen die Kassenärztliche Vereinigung aufgrund von nur versehentlich fehlerhaften Angaben des Vertragsarztes in seiner Honoraranforderung zunächst von einer Zuzahlungspflicht im Einzelfall ausgeht und der Vertragsarzt diese Angaben im Widerspruchsverfahren richtig stellt. Denn Abrechnungsregelungen können nur dann einen vollständigen oder teilweisen Ausschluss nachträglicher Angaben zur Honorarabrechnung wirksam nach sich ziehen, wenn ihr Wortlaut den jeweils zu prüfenden Sachverhalt erfasst. Hieran fehlt es im vorliegenden Fall.

Zutreffend und überzeugend hat das Sozialgericht ausgeführt, dass die Einziehung der Praxisgebühr durch Vertragsärzte keine von ihnen in Rechnung gestellte oder abgerechnete Leistung i.S.v. § 2 Abs. 5 und 8 HVM darstellt. Auf die diesbezüglichen Ausführungen im angefochtenen Urteil verweist der Senat gemäß § 153 Abs. 2 SGG. Im Übrigen ist die von der Beklagten im vorliegenden Fall angewandte Rechtsfolge, nach der Rechnungslegung gegenüber den Krankenkassen korrigierte Angaben des Vertragsarztes zur Zuzahlungspflicht generell nicht mehr zu berücksichtigen, in § 2 Abs. 6 und 8 HVM nicht vorgesehen.

Auf § 2 Abs. 4 HVM hat sich die Beklagte zu Recht nicht berufen, da die dort allgemein formulierte Verpflichtung der Vertragsärzte, nur ordnungsgemäß ausgestellte Behandlungsausweise oder zu Abrechnungszwecken erstellte Datenträger einzureichen, keine über die in den folgenden Absätzen des § 2 HVM genannten Sanktionen hinausgehende Beschränkung des Honoraranspruchs gestattet.

Darüber hinaus belegt § 2 Abs. 7 HVM, dass die Beklagte durchaus Sanktionen für den Fall von durch den Vertragsarzt verursachten Fehlern im Zusammenhang mit der "Abrechnung" der Praxisgebühr vorgesehen hat. Diese spezielle Regelung schließt es zugleich aus, § 2 Abs. 6 und 8 Abs. 2 HVM auf den Fall nachträglich korrigierter Angaben zur Zuzahlungspflicht analog anzuwenden. Denn es fehlt insoweit an einer planwidrigen, d.h. vom Normgeber nicht gesehenen Regelungslücke. Ob bezüglich der streitigen Quartale die Auferlegung von Mehrkosten nach § 2 Abs. 7 HVM zwischenzeitlich ausgeschlossen oder eine mögliche Verjährungsfrist durch das hiesige Verfahren gehemmt ist, muss der Senat an dieser Stelle nicht entscheiden.

Im Ergebnis rekurriert die Beklagte im vorliegenden Fall unzulässigerweise auf einen ungeschriebenen Ausschlusstatbestand.

dd) Zugunsten der Klägerin ist im vorliegenden Fall (wie auch vom BSG in seinem Urteil vom 29. August 2007, Az.: B 6 KA 29/06 R, veröffentlicht in Juris) ferner zu berücksichtigen, dass die Beklagte bereits vor Erlass des Honorarbescheides für das streitige Quartal I/04 erkannte, dass die Angaben der Klägerin zur Zuzahlungspflicht fehlerhaft sein müssen.

ee) Auch das komplizierte Gefüge von Gesamtvergütungen und Honorarverteilung steht der nachträglichen Berücksichtigung von korrigierten Angaben zur Zuzahlungspflicht nicht entgegen. Die im Hinblick auf Gesamtvergütung und Honorarverteilung genannten Gründe, die zur grundsätzlichen Zulässigkeit von Abrechnungsfristen führen, greifen bei korrigierten Angaben zur Praxisgebühr nicht. Zwar verringert sich die von einer Krankenkasse an eine Kassen(zahn)ärztliche Vereinigung zu zahlende Gesamtvergütung durch die Einziehung von Praxisgebühren. Die sich aus der Zuzahlungspflicht ergebenden Beträge sind jedoch – was die Beklagte möglicherweise verkennt – nicht Bestandteil der Gesamtvergütung, sondern lediglich ein durchlaufender Posten. Insbesondere ändert sich durch die Höhe der abzusetzenden Zuzahlungen nichts daran, dass die zwischen den Gesamtvertragsparteien vereinbarte Gesamtvergütung mit befreiender Wirkung entrichtet wird (§ 85 Abs. 1 SGB V). Die Krankenkassen könnten daher einem Rückzahlungs- oder Erstattungsbegehren einer Kassen(zahn)ärztlichen Vereinigung nicht entgegenhalten, dieses entspreche einer von Gesetzes wegen im Grundsatz ausgeschlossenen Nachschusspflicht im Bereicht der Gesamtvergütung.

ff) Durch dieses Ergebnis ist die Beklagte nicht unzumutbar belastet. Zutreffend hat sie darauf hingewiesen, dass in Fällen der vorliegenden Art nicht sie, sondern die jeweiligen Krankenkassen ungerechtfertigt bereichert sind. Zum Ausgleich solcher Vermögensverschiebungen dient der (vertraglich nicht grundsätzlich abdingbare) öffentlich-rechtliche Erstattungsanspruch. Umstände, die seiner Geltendmachung im Einzelfall aus rechtlicher Sicht entgegenstehen könnten, hat die Beklagte nicht dargelegt. Eine u.U. zwischenzeitlich abgelaufene Verjährungsfrist hätte die Beklagte durch rechtzeitige Anzeige eines Erstattungsanspruchs hemmen können und vorsorglich auch müssen. Dass die Geltendmachung einer Vielzahl von öffentlich-rechtlichen Erstattungsansprüchen wegen ggf. geringfügiger Beträge für die Beklagte mit einem nicht unerheblichen Verwaltungsaufwand verbunden ist, lässt sich kaum bestreiten. Ob die Angaben der Beklagten zur Höhe der Mehrkosten zutreffen, vermag der Senat nicht zu beurteilen. § 2 Abs. 7 HVM belegt jedoch, dass die Beklagte bereits frühzeitig Berechnungen zur Höhe möglicher Mehrkosten angestellt hat. Im Übrigen ist dem Senat aus zahlreichen Verfahren bekannt, dass die Beklagte aufgrund einer hochspezialisierten EDV-Ausstattung im Hard- und Softwarebereich in der Lage ist, nahezu unbegrenzt statistische Auswertungen zum Behandlungs- und Verordnungsverhalten der Berliner Vertragsärzteschaft sowie den sich daraus ergebenden finanziellen

Konsequenzen zu erstellen. Auch die von der Beklagten ins Feld geführte kassenseitige Abrechnung dürfte zumindest insoweit ausschließlich auf elektronischem Weg erfolgen, als es um die Zusammenführung der von den einzelnen Vertragsärzten in einem Quartal von den Versicherten einer Krankenkasse eingezogenen Praxisgebühren geht. Welche besonderen technischen Schwierigkeiten mit der Rückforderung zu Unrecht bei der Gesamtvergütung in Abzug gebrachter Zuzahlungen verbunden sein sollen, leuchtet daher nicht ein, zumal die Beklagte – wie der hier angegriffene Widerspruchsbescheid belegt – über Listen verfügt, die neben den Namen der Patienten auch die Nummern der betroffenen Krankenkassen enthält, sodass eine Sortierung nach den einzelnen Krankenkassen schnell und einfach durchgeführt werden kann.

II) Die Kostenentscheidung beruht auf § 197a Abs. 1 SGG i.V.m. §§ 154 Abs. 1 und 2 Verwaltungsgerichtsordnung.

Gründe für die Zulassung der Revision nach § 160 Abs. 2 SGG liegen nicht vor.
Rechtskraft
Aus
Login
BRB
Saved
2012-07-16