S 27 KA 340/16

Sozialgerichtsbarkeit Bundesrepublik Deutschland

Land	Hamburg
Sozialgericht	Landessozialgericht Hamburg
Sachgebiet	Vertragsarztangelegenheiten
Abteilung	5
Kategorie	Urteil
Bemerkung	-
Rechtskraft	-
Deskriptoren	-
Leitsätze	-
Normenkette	-

1. Instanz

Aktenzeichen	S 27 KA 340/16
Datum	26.06.2019

2. Instanz

Aktenzeichen	L 5 KA 16/19
Datum	19.11.2020

3. Instanz

Datum	-

1. Die Berufung wird zurÃ¼ckgewiesen. 2. Die KlÃ¤gerin trÃ¤gt auch die Kosten des Berufungsverfahrens. 3. Die Revision wird nicht zugelassen. 4. Der Streitwert wird auf 4.692,92 Euro festgesetzt.

Tatbestand:

Streitig ist ein Zahlungsanspruch der klagenden KassenÃ¤rztlichen Vereinigung (KV) gegen die beklagte Krankenkasse aus VergÃ¼tungen fÃ¼r vertragsÃ¤rztliche Leistungen in sog. AltquartalsfÃ¤llen.

Mit Schreiben vom 7. Juni 2016 Ã¼bersandte die KlÃ¤gerin der Beklagten die Honorarforderung fÃ¼r das Quartal IV/2015 in Papierform. Hierin enthalten waren auch Forderungen fÃ¼r Leistungen auÃerhalb der morbiditÃ¤tsbedingten GesamtvergÃ¼tung (extrabudgetÃ¤re GesamtvergÃ¼tung (EGV)) aus den Quartalen IV/2012 bis IV/2013.

Mit Schreiben vom 20. Juni 2016 beanstandete die Beklagte die die AltquartalsfÃ¤lle betreffenden Forderungen. Dies kÃ¶nne nicht akzeptiert werden, da in Â§ 6 Abs. 2 des Gesamtvertrags der Ersatzkassen geregelt sei, dass der VergÃ¼tungsanspruch

von vertragsÃ¤rztlichen Leistungen gegenÃ¼ber der Krankenkasse zu dem Zeitpunkt verjÃ¤hre, zu dem der Anspruch des Vertragsarztes auf die Abrechnung von Behandlungsausweisen gegenÃ¼ber der KV nach dem HonorarverteilungsmaÃstab (HVM) verjÃ¤hre. Zwar enthalte der VerteilungsmaÃstab (VM) keine ausdrÃ¼ckliche Regelung zu den VerjÃ¤hrungsfristen mehr. MaÃgeblich fÃ¼r die Honorarverteilung und die AnsprÃ¼che des Arztes gegenÃ¼ber der Beklagten seien jedoch auch ihre ergÃ¤nzenden Abrechnungsbestimmungen. Diese sÃ¤hen in Â§ 1 Abs. 5 eine klare VerjÃ¤hrungsfrist vor, denn der Anspruch des Arztes auf Abrechnung von Leistungen und/oder Kosten verjÃ¤hre in einem Jahr. Die VerjÃ¤hrung beginne mit Ablauf des Abrechnungsquartals, in dem die Leistung erbracht worden sei und/oder die Kosten entstanden seien. Folglich sei auch der Anspruch der KlÃ¤gerin gegenÃ¼ber den KrankenÂ¬kassen verjÃ¤hrt. Die Beklagte Ã¼berwies die gekÃ¼rzte Summe an die KlÃ¤gerin.

Am 28. November 2016 hat die KlÃ¤gerin beim Sozialgericht (SG) Hamburg Klage auf Zahlung des einbehaltenen Betrags in HÃ¶he von 4.692,92 Euro zuzÃ¼glich Zinsen erhoben. Die fÃ¼r die Forderung geltende vierjÃ¤hrige VerjÃ¤hrungsfrist sei noch nicht abgelaufen. Die Beklagte kÃ¶nne sich nicht auf die Regelung des Gesamtvertrags in Verbindung mit den ergÃ¤nzenden Abrechnungsbestimmungen berufen. Vor November 2004 seien die ergÃ¤nzenden Abrechnungsbestimmungen zwar Bestandteil des HVM gewesen, aber die Entwicklung habe sich Ã¼ber die Jahre so geÃ¤ndert, dass allein die KlÃ¤gerin die ergÃ¤nzenden Abrechnungs-bestimmungen erlasse, ohne dass die Beklagte hierauf Einfluss habe. Es gelte deshalb die allgemeine sozialrechtliche VerjÃ¤hrungsfrist. Die Beklagte verkenne im Ãbrigen, dass es sich bei der Frist nach den ergÃ¤nzenden Abrechnungsbestimmungen nicht um eine Ausschlussfrist, sondern um eine Ordnungsfrist handele. Diese diene lediglich der Verfahrensbeschleunigung und der effektiven VerfahrensdurchfÃ¼hrung. Ein Verstreichen der Frist stelle kein Hindernis fÃ¼r die VerfahrensdurchfÃ¼hrung bzw. fÃ¼r eine Sachentscheidung dar. Der einbehaltene Teil der GesamtvergÃ¼tung sei nach stÃ¤ndiger Rechtsprechung zu verzinsen.

Die Beklagte ist dem entgegengetreten und hat darauf hingewiesen, dass die Abrechnungsunterlagen unzureichend gewesen seien und insbesondere die Anforderungen des Formblatts 3 nicht erfÃ¼llt hÃ¤tten. Schon daran scheitere der Anspruch. DarÃ¼ber hinaus seien der Anspruch nach Â§ 6 Abs. 2 des Gesamtvertrags verjÃ¤hrt.

Die KlÃ¤gerin hat erwidert, es sei ihr zum Zeitpunkt der Ãbermittlung der Papierunterlagen technisch nicht mÃ¶glich gewesen, die elektronischen DatensÃ¤tze zu erstellen und diese elektronisch zu Ã¼bermitteln. Deshalb sei auf die Papierform zurÃ¼ckgegriffen worden. Damit sei zunÃ¤chst die fristwahrende Ãbermittlung der Einzelfallnachweise zusammen mit sonst ebenfalls Ã¼blichen Papierdokumenten z.B. von rechnerischen Berichtigungen oder Nachforderungen von KostentrÃ¤gererklÃ¤rungen erfolgt. Bei der nunmehr vorgenommenen Ãbermittlung in elektronischer Form handele es sich nicht um ein Nachholen, sondern um eine originÃ¤re Ãbermittlung der Einzelfallnachweise. Ihr, der

KlÃ¤gerin, sei dies innerhalb der allgemeinen sozialrechtlichen VerjÃ¤hrungsvorschriften noch mÃ¶glich.

Das SG hat Ã¼ber die Klage am 26. Juni 2019 mÃ¼ndlich verhandelt und sie mit Urteil vom selben Tag als unbegrÃ¼ndet abgewiesen. Die Kammer habe in der Besetzung mit einem ehrenamtlichen Richter aus dem Kreis der Krankenkassen und einer ehrenamtlichen Richterin aus dem Kreis der VertragsÃ¤rzte und Psychotherapeuten entschieden, da es sich hier um eine Angelegenheit des VertragsÂ¬arztrechts (Â§ 12 Abs. 3 Satz 1 des Sozialgerichtsgesetzes (SGG)) handele. Den Beteiligten sei darin zuzustimmen, dass die Forderung auf VergÃ¼tung der gegenÃ¼ber den VertragsÃ¤rzten fÃ¼r die Quartale IV/2012 bis IV/2013 bereits abgerechneten und vergÃ¼teten Leistung aus dem EGV-Bereich als Teil der morbiditÃ¤tsbezogenen Gesamt-vergÃ¼tung (MGV) grundsÃ¤tzlich einer vierjÃ¤hrigen VerjÃ¤hrungsfrist unterliege, denn in entsprechender Anwendung der Â§Â§ 45 des Sozialgesetzbuchs Erstes Buch (SGB I) und 113 Abs. 1 des Sozialgesetzbuchs Zehntes Buch (SGB X) bestehe auch fÃ¼r einbehaltene BetrÃ¤ge der GesamtvergÃ¼tung eine vierjÃ¤hrige VerjÃ¤hrungsfrist (Hinweis auf Bundessozialgericht (BSG), Urteil vom 15. Juni 2016 â B 6 KA 22/15 R, juris-Rn. 38 m.w.N.). Diese VerjÃ¤hrungsfrist sei durch die am 28. November 2016 erhobene Klage fÃ¼r die hier streitigen Quartale wirksam gehemmt (Â§ 45 Abs. 1 SGB I in Verbindung mit Â§ 204 Abs. 1 Nr. 1 des BÃ¼rgerlichen Gesetzbuchs (BGB) entsprechend). Gleichwohl habe die Klage keinen Erfolg, weil andere, vertragliche Fristen der GeltendÂ¬machung der Forderung fÃ¼r die hier streitigen Quartale entgegenstÃ¼nden. Der KlÃ¤gerin sei zwar darin zuzustimmen, dass sich die Beklagte nicht erfolgreich auf die VerjÃ¤hrungsfrist des Â§ 1 Abs. 5 der ErgÃ¤nzenden Abrechnungsbestimmungen der KV Hamburg vom 12. Juni 2008 in der Fassung vom 19. November 2009 (im Folgenden: ErgÃ¤nzende Abrechnungsbestimmungen) berufen kÃ¶nne (dazu unter 1). Die Beklagte kÃ¶nne sich jedoch erfolgreich auf die vertragliche Frist aus Â§ 1 Abs. 5 DTA in Verbindung mit Â§ 13 Abs. 3 des Gesamtvertrags zwischen der KV Hamburg und dem Verband der Angestellten-Krankenkassen sowie dem AEV-Arbeiter-Ersatzkassen-Verband vom 11. April 1996 (im Folgenden: GesamtÂ¬vertrag) und dem BMV-Ã (dazu unter 2.) berufen.

1. Nach Â§ 6 Abs. 2 Gesamtvertrag verjÃ¤hre der VergÃ¼tungsanspruch von vertragsÃ¤rztlichen Leistungen gegenÃ¼ber den Krankenkassen zu dem Zeitpunkt, zu dem der Anspruch des Vertragsarztes auf Abrechnung von Behandlungsausweisen gegenÃ¼ber der KV Hamburg nach dem HVM verjÃ¤hre. Diese Regelung des Gesamtvertrags gehe ins Leere, denn es fehle seit November 2004 an einer entsprechenden Regelung im HVM bzw. VM der KlÃ¤gerin. Vielmehr regele die KlÃ¤gerin gegenÃ¼ber ihren VertragsÃ¤rzten durch eigene Rechtssetzung in den ergÃ¤nzenden AbrechnungsÂ¬bestimmungen, wie lange diese einen Anspruch auf Abrechnung von Leistungen und/oder Kosten hÃ¤tten. Der Anspruch hierauf verjÃ¤hre demnach in einem Jahr (Â§ 1 Abs. 5 Satz 1 ErgÃ¤nzende Abrechnungsbestimmungen). Die VerjÃ¤hrung beginne mit dem Ablauf des Abrechnungsquartals, in dem die Leistungen erbracht worden und/oder die Kosten entstanden seien (Â§ 1 Abs. 5 Satz 2 ErgÃ¤nzende Abrechnungsbestimmungen). Die entstandene LÃ¼cke im Gesamtvertrag in Bezug auf die VerjÃ¤hrung der

VergÃ¼tung von Leistungen im VerhÃ¤ltnis zwischen der KlÃ¤gerin und der Beklagten kÃ¶nne nicht durch die entsprechende Heranziehung der zwischen den Ãrzten und der KlÃ¤gerin geltenden ErgÃ¤nzenden Abrechnungsbestimmungen geschlossen werden. Eine solche entsprechende Anwendung verkenne, dass der Gesamtvertrag zwischen der KlÃ¤gerin und der Beklagten ausgehandelt werde (vgl. Â§ 82 Abs. 2 des Sozialgesetzbuchs FÃ¼nftes Buch (SGB V)). Die VertragsÂ¬parteien stÃ¼nden in einem GleichordnungsverhÃ¤ltnis zueinander und nicht in einem Ãber-/UnterordnungsverhÃ¤ltnis wie die VertragsÃ¤rzte. Nur dort sei die KlÃ¤gerin berechtigt, durch Entscheidung des Vorstandes bzw. der Vertreterversammlung der Selbstverwaltungs-kÃ¶rperschaft eine fÃ¼r die Mitglieder verbindliche Regelung zu schaffen. Mit der Beklagten mÃ¼sse die KlÃ¤gerin innerhalb des gesetzlichen Rahmens Regelungen aushandeln. So sei z.B. in einem Rechtsstreit eines Vertragsarztes mit der KlÃ¤gerin Ã¼ber seinen HonorarÂ¬anspruch eine inzidente PrÃ¼fung einer GesamtvergÃ¼tungsvereinbarung ausgeschlossen, weil es sich bei der Vereinbarung und Anpassung der GesamtvergÃ¼tung nicht um einen normativen, sondern um einen obligatorischen Bestandteil des Gesamtvertrags handele, der â abgesehen von einer Erstreckung auf die einzelnen Krankenkassen â lediglich Rechte und Pflichten zwischen den Vertragspartnern begrÃ¼nde und sich ansonsten fÃ¼r Dritte â also auch fÃ¼r VertragsÃ¤rzte â allenfalls mittelbar bzw. faktisch auswirke (Hinweis auf Engelhardt in Hauck/Noftz, SGB, Â§ 85 SGB V Rn. 43b m.w.N.). Da diese Trennung der Rechtsbeziehungen auch die FunktionsfÃ¤higkeit des vertragsÃ¤rztlichen VergÃ¼tungssystems sichern solle (Hinweis auf Engelhardt, a.a.O.), sei es im Umkehrschluss auch den Krankenkassen verwehrt, sich auf Regelungen zu berufen, die nicht Bestandteil des Gesamtvertrags seien. Den Vertragsparteien des Gesamtvertrags stehe ein Gestaltungsspielraum zu, der von den Gerichten zu respektieren sei. Liefen Regelungen ins Leere, so kÃ¶nne das Gericht diese nicht im Wege der Auslegung den verÃ¤nderten Bedingungen anpassen. Es sei vielmehr Aufgabe der Vertragsparteien, die vertraglichen Regelungen zu Ã¼berprÃ¼fen und gegebenenfalls den verÃ¤nderten VerhÃ¤ltnissen anzupassen. Im Rahmen einer vertrauensvollen Zusammenarbeit wÃ¤re es hier sicherlich Aufgabe der KlÃ¤gerin gewesen, auf die Ãnderungen im HVM aufmerksam zu machen und in entsprechende Verhandlungen einzutreten, gegebenenfalls mit der MÃ¶glichkeit der Beteiligung des Schiedsamtes (Â§ 89 SGB V), wenn eine vertragliche Regelung insoweit nicht zu Stande komme. Eine solche Einigung kÃ¶nne nicht durch entsprechende Anwendung anderer Regelungen durch die Gerichte ersetzt werden. Eine solche Regelung zwischen den Vertragspartnern sei aber auch nicht mehr notwendig, denn die Beteiligten hÃ¤tten bereits auf der Ebene des Gesamtvertrags eine Regelung getroffen, die hier zu beachten sei.

2. Auf der Ebene des Gesamtvertrags in Verbindung mit hÃ¶herrangigem Recht lÃ¤gen Regelungen vor, die abweichend von der allgemeinen sozialrechtlichen VerjÃ¤hrungsfrist dazu fÃ¼hrten, dass die KlÃ¤gerin ihren Zahlungsanspruch nicht mehr geltend machen kÃ¶nne. Â§ 13 Abs. 3 Gesamtvertrag regele, welche Abrechnungsunterlagen gemÃ¤Ã Â§ 37 BMV-Ã in Verbindung mit Â§ 1 DTA von der KlÃ¤gerin der Beklagten vorÂ¬zulegen seien. Dies nehme Bezug auf die Regelung des Â§ 295 Abs. 2 SGB V, der festlege, welche Daten fÃ¼r jedes Quartal fÃ¼r jeden Behandlungsfall im Wege der elektronischen DatenÃ¼bertragung oder

maschinell verwertbar auf DatentrÃ¤gern von der KlÃ¤gerin der Beklagten zu Ã¼bermitteln seien. Nach Â§ 295 Abs. 2 Satz 1 SGB V seien die KassenÃ¤rztlichen Vereinigungen verpflichtet, den Krankenkassen "fÃ¼r die Abrechnung der VergÃ¼tung" im Wege der elektronischen DatenÃ¼bertragung oder maschinell verwertbar auf DatentrÃ¤gern fÃ¼r jedes Quartal fÃ¼r jeden Behandlungsfall die in Nr. 1 bis 8 nÃ¤her aufgefÃ¼hrten Daten zu Ã¼bermitteln. Das NÃ¤here Ã¼ber die ErfÃ¼llung der Pflichten der KassenÃ¤rztlichen Vereinigungen nach Â§ 295 Abs. 2 SGB V insbesondere auch Form, Frist und Umfang der Weiterleitung der Abrechnungsunterlagen an die Krankenkassen oder deren VerbÃ¤nde vereinbarten gemÃ¤Ã Â§ 295 Abs. 3 Nr. 4 SGB V die Vertragsparteien der BundesmantelvertrÃ¤ge als Bestandteil dieser VertrÃ¤ge (Hinweis auf BSG, Urteil vom 27. Juni 2018 â B 6 KA 27/17 R, juris-Rn. 29 f.), also im DTA. Die mit Schreiben vom 7. Juni 2016 in Papierform der Beklagten Ã¼bermittelte Abrechnung fÃ¼r das Quartal IV/2015, in der auch die hier streitigen AltquartalsfÃ¤lle enthalten gewesen seien, habe nicht den gesetzlichen bzw. vertraglichen Anforderungen entsprochen. Das rÃ¤ume auch die KlÃ¤gerin ein, indem sie erklÃ¤re, zum Zeitpunkt der Ãbermittlung sei es ihr technisch nicht mÃ¶glich gewesen, die elektronischen DatensÃ¤tze zu erstellen und diese elektronisch zu Ã¼bermitteln. Erst im September 2017 sei die KlÃ¤gerin wieder in der Lage gewesen, die erforderlichen Daten (Einzelfallnachweise) in elektronischer und nicht mehr in Papierform zu Ã¼bermitteln. Diese Ãbermittlung sei jedoch zu spÃ¤t geschehen und verstoÃe gegen die Bestimmungen des Gesamtvertrags in Verbindung mit Â§ 1 Abs. 5 DTA, denn die Lieferung der DatentrÃ¤ger nach Â§ 1 Abs. 2, 3a und 4 DTA erfolge spÃ¤testens bis zum Ende des fÃ¼nften auf das Abrechnungsquartal folgenden Monats. Dies wÃ¤re fÃ¼r das Quartal IV/2013 eine Lieferung der Daten bis zum 31. Mai 2014 gewesen. Selbst wenn man der KlÃ¤gerin einrÃ¤umte, dass sie wegen besonderer Schwierigkeiten nicht in der Lage gewesen sei, die erforderlichen DatentrÃ¤ger bis zum 31. Mai 2014 zu liefern und deshalb berechtigt gewesen sei, auf eine Lieferung in Papierform zurÃ¼ckzugreifen, hÃ¤tte diese innerÂ¬halb der FÃ¼nf-Monats-Frist erfolgen mÃ¼ssen. Die Frist aus Â§ 1 Abs. 5 DTA sei eine Ausschlussfrist. Dies werde schon durch die Verwendung des Begriffs "spÃ¤testens" in Â§ 1 Abs. 5 DTA deutlich. Anders als Antragsfristen z.B. bei der WirtschaftlichkeitsprÃ¼fung oder der sachlich-rechnerischen Richtigstellung, die der PrÃ¼fung der Abrechnung der Ã¤rztlichen Leistungen auf ihre RechtmÃ¤Ãigkeit dienten, solle mit der FÃ¼nf-Monats-Frist erreicht werden, dass zeitnah Klarheit Ã¼ber die HÃ¶he der von der Krankenkasse im Rahmen der MGV zu zahlenden VergÃ¼tungen fÃ¼r das jeweilige Quartal entstehe, damit die Krankenkasse in die Lage versetzt werde, ihre eigenen PrÃ¼fungen vorzunehmen und fÃ¼r die Verhandlungen Ã¼ber die MGV des Folgejahres mÃ¶glichst zÃ¼gig die HÃ¶he der Ausgaben im jeweiligen BezugsÂ¬quartal zu kennen. ErgÃ¤nzend sei zu bedenken, dass selbst im VerhÃ¤ltnis zwischen den VertragsÃ¤rzten und der KlÃ¤gerin die Bestimmung von Abrechnungsfristen wie auch die Ausgestaltung als Ausschlussfristen bzw. die Sanktionierung durch HonorarabzÃ¼ge (grundsÃ¤tzlich) rechtmÃ¤Ãig sei (Hinweis auf Engelhard, a.a.O., Â§ 87b SGB V, Rn. 21 m.w.N.), denn die Honorierung der in einem Quartal erbrachten Leistungen solle mÃ¶glichst aus dem fÃ¼r dieses Quartal zur VerfÃ¼gung stehenden GesamtvergÃ¼tungsvolumen erfolgen, so dass nachtrÃ¤gÂ¬liche Honorierungen dem Ziel der zÃ¼gigen und zeitgerechten Honorierung zuwiderliefen und

zusÃ¤tzlichen Verwaltungsaufwand erforderten (Hinweis auf Engelhard, a.a.O., Â§ 87b SGB V, Rn. 21 m.w.N.). Derartige Regelungen dÃ¼rften nur gegenÃ¼ber dem Vertragsarzt keinen Eingriff bewirken, der so schwer wiege, dass er auÃer VerhÃ¤ltnis zu dem der Regelung innewohnenden Zweck stehe (Hinweis auf Engelhard, a.a.O., Â§ 87b SGB V, Rn. 22 m. w. N). Dies sei dann der Fall, wenn die eingereichte Abrechnung von vornherein erkennbar objektiv unzutreffend gewesen sei â etwa weil die Abrechnungssumme nur ein Viertel der bisherigen Quartalsvolumina betragen und die Abrechnung offensichtliche Ungereimtheiten aufgewiesen habe â und sich unter diesen UmstÃ¤nden schon fÃ¼r die KV die Fehlerhaftigkeit der Abrechnung hÃ¤tte aufdrÃ¤ngen mÃ¼ssen, sodass die Abrechnung insoweit einer Nicht-Abrechnung nahe gekommen sei (Hinweis auf BSG, Urteil vom 29. August 2007 â B 6 KA 29/06 R , juris-Rn. 14). Dass dies in Bezug auf die Abrechnungen fÃ¼r die hier streitigen Quartale IV/2012 bis IV/2013 der Fall gewesen sei, habe die KlÃ¤gerin nicht geltend gemacht und sei auch angesichts des Abrechnungsvolumens der KlÃ¤gerin gegenÃ¼ber der Beklagten in den jeweiligen Quartalen nicht ersichtlich. In Bezug auf die hier streitige Summe fÃ¼r die Quartale IV/2012 bis IV/2013 sei der Ausschluss der VergÃ¼tung fÃ¼r Leistungen des EGV-Bereichs durch die FÃ¼nf-Monats-Frist des Â§ 1 Abs. 5 DTA auch nicht unverhÃ¤ltnismÃ¤Ãig, selbst wenn man bedenke, dass die VertragsÃ¤rzte die VergÃ¼tung fÃ¼r den EGV-Bereich erhalten hÃ¤tten. Die KlÃ¤gerin habe die fehlende Abrechnung der Leistungen aus dem EGV-Bereich nicht bzw. nicht ausreichend entschuldigt. Sie habe lediglich angegeben, dass es ihr technisch nicht mÃ¶glich gewesen sei, die Abrechnungen im Juni 2016 fÃ¼r das Quartal IV/2015 anders als in PapierÂ¬form zu erbringen. Eine ErklÃ¤rung, warum die Leistungen aus dem EGV-Bereich der Quartale IV/2012 bis IV/2013 nicht in der jeweiligen FÃ¼nf-Monats-Frist abgerechnet worden seien, habe sie zu keinem Zeitpunkt geliefert. Die Nachlieferung der Abrechnung fÃ¼r die Quartale IV/2012 bis IV/2013 in EDV-Form im September 2016 sei auch nicht mit einer entsprechenden ErklÃ¤rung versehen gewesen, lediglich mit dem Hinweis, dass sie â die KlÃ¤gerin â berechtigt sei, die Daten fÃ¼r die Abrechnung der Leistungen aus dem EGV-Bereich noch zu liefern. Dies sei aber keine ErklÃ¤rung, die geeignet sei, im Einzelfall auf die UnverhÃ¤ltnismÃ¤Ãigkeit des Ausschlusses der Abrechnung von Leistungen fÃ¼r die Quartale IV/2012 bis IV/2013 zu schlieÃen. Im Hinblick auf die vertragspartnerschaftlichen Beziehungen habe die Beklagte in der mÃ¼ndlichen Verhandlung trotz allem die Bereitschaft signalisiert, zumindest einen Teil (1/3) der Forderung der KlÃ¤gerin zu zahlen. Auf dieses Angebot sei die KlÃ¤gerin bedauerlicherÂ¬weise nicht eingegangen. Nach Ãberzeugung der gesamten Kammer sollte auch die KlÃ¤gerin in einer langandauernden Vertragspartnerschaft bemÃ¼ht sein, Fehler in ihrer Verwaltung nicht durch Gerichtsentscheidungen, die letztlich zu Lasten aller ihrer Mitglieder der SelbstverwaltungskÃ¶rperschaft gingen, lÃ¶sen zu lassen, sondern in Verhandlungen mit dem Vertragspartner.

Gegen dieses ihr am 17. Juli 2019 zugestellte Urteil richtet sich die am 26. Juli 2019 eingelegte Berufung der KlÃ¤gerin. Sie wiederholt und vertieft ihr erstinstanzliches Vorbringen und bleibt insbesondere bei der Auffassung, dass es sich bei der in Â§ 1 Abs. 5 DTA genannten FÃ¼nfmonatsfrist um eine reine Ordnungsfrist im Sinne der Rechtsprechung des BSG (Hinweis auf Urteile zu Antragsfristen in PrÃ¼fverfahren vom 29. Juni 2011 â B 6 KA 16/10 R â und 23. MÃ¤rz 2016 â B 6 KA 14/15 R

â□□ sowie auf Entscheidungen des SG MÃ¼nchen vom 2. Oktober 2018 â□□ S 38 KA 301/16 â□□ sowie vom 12. April 2018 â□□ S 38 KA 2033/14) und nicht um eine Ausschlussfrist handele. Sie diene ausschlieÃ□lich dem Interesse an der Verfahrensbeschleunigung und stelle kein Hindernis fÃ¼r die VerfahrensdurchfÃ¼hrung bzw. fÃ¼r eine Sachentscheidung dar. Die Regelung schlieÃ□e schon nach ihrem Wortlaut keine ZahlungsansprÃ¼che zwischen einer KV und einer Krankenkasse nach Ablauf der Frist aus; eine derartige Rechtsfolge werde dort nicht genannt. DarÃ¼ber hinaus sei zu berÃ¼cksichtigen, dass der von der Regelung betroffene Einzelfallnachweis keine zahlungsbegrÃ¼ndende Unterlage fÃ¼r die Zahlung der EGV-Leistungen darstelle. ZahlungsbegrÃ¼ndende Unterlage hierfÃ¼r sei vielmehr das Formblatt 3 nach Â§ 1 Abs. 3 DTA, nach dessen S. 2 rechnungsverÃ¤ndernde Korrekturen im Formblatt 3 zeitnah zu berÃ¼cksichtigen seien und nach dessen S. 3 den Partnern der GesamtvertrÃ¤ge eine Konkretisierung der Frist vorbehalten bleibe. Hierdurch werde deutlich, dass die Bundesmantelvertragspartner das Formblatt 3 und nicht etwa den Einzelfallnachweis als Ã□quivalent zu einer Rechnung ansÃ¤hen und dass zudem eine Frist fÃ¼r die Ã□bermittlung des Formblatts 3 auf Bundesebene nicht vorgesehen werde. Die VerkÃ¼rzung der VerjÃ¤hrungsfrist auf Bundesebene wÃ¤re im Ã□brigen unzulÃ¤ssig, was insbesondere vor dem Hintergrund gelte, dass auch ZahlungsansprÃ¼che einer Krankenkasse gegenÃ¼ber einer KV nicht vertraglich beschrÃ¤nkt werden dÃ¼rften (Hinweis auf BSG, Urteil vom 21. April 2015 â□□ B 1 KR 11/15 R). SchlieÃ□lich zeige die Regelung in Â§ 14 Abs. 2 (gemeint: Abs. 1 S. 2) des Gesamtvertrags, wonach die KV in begrÃ¼ndeten FÃ¤llen Abrechnungen gemÃ¤Ã□ Â§ 7 des Vertrages und Abrechnungen einzelner an der vertragsÃ¤rztlichen Versorgung teilnehmender Ã□rzte zu einem spÃ¤teren Zeitpunkt nachreichen kÃ¶nne, dass es sich bei der FÃ¼nfmonatsfrist in Â§ 1 Abs. 5 DTA nicht um eine Ausschlussfrist handeln kÃ¶nne. Des Weiteren Ã¤uÃ□ert die KlÃ¤gerin die Auffassung, dass es nicht sein kÃ¶nne, dass die technischen Vorgaben der DatenÃ¼bermittlung der allgemeinen VerjÃ¤hrungsfrist vorgingen. SchlieÃ□lich trÃ¤gt sie vor, dass die nach den zutreffenden AusfÃ¼hrungen des SG nach AblÃ¶sung des HVM durch den VM leerlaufende Regelung in Â§ 6 Abs. 2 Gesamtvertrag dazu fÃ¼hre, dass die gesetzliche VerjÃ¤hrungsfrist von 4 Jahren gelte, worauf die KlÃ¤gerin ihre Vertragspartner auch mehrfach hingewiesen und dabei den Versuch unternommen habe, eine neue Regelung auszuhandeln. Ihre Vertragspartner hÃ¤tten dies jedoch nur zur Kenntnis genommen und keine neue Regelung schaffen wollen. Damit hÃ¤tten diese explizit die Geltung der gesetzlichen VerjÃ¤hrungsfrist gebilligt. Es handele sich um eine Rechtssache von grundsÃ¤tzlicher Bedeutung.

Die KlÃ¤gerin beantragt sinngemÃ¤Ã□,

das Urteil des Sozialgerichts Hamburg vom 26. Juni 2019 aufzuheben und die Beklagte zu verurteilen, an sie â□□ die KlÃ¤gerin â□□ 4.692,92 Euro zuzÃ¼glich Zinsen in HÃ¶he von 5 Prozentpunkten Ã¼ber dem Basiszinssatz ab FÃ¤lligkeit zu zahlen, hilfsweise, die Revision zuzulassen.

Die Beklagte beantragt,

die Berufung zurÃ¼ckzuweisen.

Sie hÃ¤lt das angefochtene Urteil fÃ¼r zutreffend und fÃ¼hrt in AnknÃ¼pfung zum erstinstanzlichen Vortrag aus, dass schon die Entstehung des Anspruchs betroffen sei. Bei Â§ 1 Abs. 5 DTA handele es sich nicht um eine Ordnungsvorschrift, sondern es werde eine Ausschlussfrist statuiert. Die Ãbermittlung der EFN-Daten mÃ¼sse kurzfristig vollstÃ¤ndig erfolgen, weil damit die Beklagte fÃ¼r Honorarverhandlungen im Folgejahr die HÃ¶he der Ausgaben kenne und auch zeitgerecht Meldungen fÃ¼r den morbiditÃ¤tsorientierten Risikostrukturausgleich vorgenommen werden kÃ¶nnten. Bei unvollstÃ¤ndiger DatenÃ¼bermittlung kÃ¶nnten der Beklagten Einnahmeverluste aus dem Ausgleichsfond entstehen. Es handele sich daher um zwingend einzuhaltende Regelungen. Â§ 1 Abs. 3 DTA kÃ¶nne nur so verstanden werden, dass nur solche Situationen erfasst seien, in denen kein neuer Fall erzeugt wÃ¼rde, sondern die KlÃ¤gerin versehentlich das falsche Konto oder die falsche Kasse o.Ã¤. bezeichnet habe.

Wegen der weiteren Einzelheiten des Sach- und Streitstands wird auf die vorbereitenden SchriftsÃ¤tze der Beteiligten sowie den weiteren Inhalt der Prozessakte sowie der beigezogenen Verwaltungsakte der Beklagten Bezug genommen.

EntscheidungsgrÃ¼nde:

Der Senat entscheidet durch Urteil ohne mÃ¼ndliche Verhandlung, nachdem beide Beteiligte dieser Verfahrensweise zugestimmt haben (Â§ 124 Abs. 2 SGG) und zwar ebenso wie das SG aus den von diesem genannten GrÃ¼nden in sogenannter paritÃ¤tischer Besetzung.

Die statthafte (Â§Â§ 143, 144 SGG) und auch im Ãbrigen zulÃ¤ssige, insbesondere form- und fristgerecht eingelegte (Â§ 151 SGG) Berufung ist unbegrÃ¼ndet. Das SG hat die zulÃ¤ssige Leistungsklage zu Recht und mit zutreffender BegrÃ¼ndung abgewiesen. Die KlÃ¤gerin hat gegen die Beklagte keinen Anspruch auf Zahlung von 47.832,58 Euro nebst Zinsen aus den mit Schreiben vom 7. Juni 2016 geltend gemachten VergÃ¼tungen fÃ¼r vertragsÃ¤rztliche Leistungen in sogenannten AltquartalsfÃ¤llen.

Der Senat nimmt zunÃ¤chst Bezug auf die EntscheidungsgrÃ¼nde des angefochtenen Urteils (Â§ 153 Abs. 2 SGG) sowie die des Urteils im Parallelverfahren vom heutigen Tag (L 5 KA 26/17) und stellt lediglich klar, dass es sich bei den streitgegenstÃ¤ndlichen EGV-Leistungen gerade nicht um Teile der MGV, sondern um andere Teile der GesamtvergÃ¼tung handelt. Hierdurch wird die Richtigkeit der AusfÃ¼hrungen des SG im Ãbrigen jedoch nicht infrage gestellt.

Der Vortrag der KlÃ¤gerin im Berufungsverfahren gibt keinen Anlass zu einer abweichenden rechtlichen Bewertung. Der streitgegenstÃ¤ndliche Anspruch der KlÃ¤gerin ist zwar nicht verjÃ¤hrt, kann von dieser aber dennoch nicht mit Erfolg geltend gemacht werden, weil die Beklagte fÃ¼r die betreffenden Altquartale mit befreiender Wirkung die GesamtvergÃ¼tung zahlte (Â§Â§ 85 Abs. 1 SGB V, 14 Abs.

1 S. 1 Gesamtvertrag) und die KlÃ¤gerin nach dem einschlÃ¤gigen Gesamtvertrag (Â§ 14 Abs. 1 S. 2 und 3) nicht zur Nachberechnung berechtigt ist. Selbst wenn eine solche Berechtigung bestanden hÃ¤tte, wÃ¤re die nach Â§Â§ 295 Abs. 2 und 3 SGB V, 55 BMV-Ã, 1 DTA sowie 11 und 13 Gesamtvertrag erfolgte Nachberechnung mittels Ãbermittlung der Einzelfallnachweise in der vorgeschriebenen elektronischen Form verspÃ¤tet im Sinne der materiellen Ausschlussfrist des Â§ 1 Abs. 5 DTA.

Die Kostenentscheidung beruht auf Â§ 197a Abs. 1 S. 1 SGG i.V.m. Â§ 154 Abs. 2 der Verwaltungsgerichtsordnung.

GrÃ¼nde fÃ¼r die Zulassung der Revision nach Â§ 160 Abs. 2 Nr. 1 oder 2 SGG liegen nicht vor.

Erstellt am: 26.01.2021

Zuletzt verändert am: 23.12.2024