

## L 5 KA 16/19

Land

Hamburg

Sozialgericht

LSG Hamburg

Sachgebiet

Vertragsarztangelegenheiten

Abteilung

5

1. Instanz

SG Hamburg (HAM)

Aktenzeichen

S 27 KA 340/16

Datum

26.06.2019

2. Instanz

LSG Hamburg

Aktenzeichen

L 5 KA 16/19

Datum

19.11.2020

3. Instanz

Bundessozialgericht

Aktenzeichen

-

Datum

-

Kategorie

Urteil

1. Die Berufung wird zurückgewiesen. 2. Die Klägerin trägt 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 Kassenärztlichen Vereinigung (KV) gegen die beklagte Krankenkasse aus Vergütungen für vertragsärztliche Leistungen in sog. Altquartalsfällen.

Mit Schreiben vom 7. Juni 2016 übersandte die Klägerin der Beklagten die Honorarforderung für das Quartal IV/2015 in Papierform. Hierin enthalten waren auch Forderungen für Leistungen außerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung (extrabudgetetäre Gesamtvergütung (EGV)) aus den Quartalen IV/2012 bis IV/2013.

Mit Schreiben vom 20. Juni 2016 beanstandete die Beklagte die die Altquartalsfälle betreffenden Forderungen. Dies könne nicht akzeptiert werden, da in § 6 Abs. 2 des Gesamtvertrags der Ersatzkassen geregelt sei, dass der Vergütungsanspruch von vertragsärztlichen Leistungen gegenüber der Krankenkasse zu dem Zeitpunkt verjähre, zu dem der Anspruch des Vertragsarztes auf die Abrechnung von Behandlungsausweisen gegenüber der KV nach dem Honorarverteilungsmaßstab (HVM) verjähre. Zwar enthalte der Verteilungsmaßstab (VM) keine ausdrückliche Regelung zu den Verjährungsfristen mehr. Maßgeblich für die Honorarverteilung und die Ansprüche des Arztes gegenüber der Beklagten seien jedoch auch ihre ergänzenden Abrechnungsbestimmungen. Diese sähen in § 1 Abs. 5 eine klare Verjährungsfrist vor, denn der Anspruch des Arztes auf Abrechnung von Leistungen und/oder Kosten verjähre in einem Jahr. Die Verjährung beginne mit Ablauf des Abrechnungsquartals, in dem die Leistung erbracht worden sei und/oder die Kosten entstanden seien. Folglich sei auch der Anspruch der Klägerin gegenüber den Kranken-kassen verjährt. Die Beklagte überwies die gekürzte Summe an die Klägerin.

Am 28. November 2016 hat die Klägerin beim Sozialgericht (SG) Hamburg Klage auf Zahlung des einbehaltenen Betrags in Höhe von 4.692,92 Euro zuzüglich Zinsen erhoben. Die für die Forderung geltende vierjährige Verjährungsfrist sei noch nicht abgelaufen. Die Beklagte könne sich nicht auf die Regelung des Gesamtvertrags in Verbindung mit den ergänzenden Abrechnungsbestimmungen berufen. Vor November 2004 seien die ergänzenden Abrechnungsbestimmungen zwar Bestandteil des HVM gewesen, aber die Entwicklung habe sich über die Jahre so geändert, dass allein die Klägerin die ergänzenden Abrechnungsbestimmungen erlasse, ohne dass die Beklagte hierauf Einfluss habe. Es gelte deshalb die allgemeine sozialrechtliche Verjährungsfrist. Die Beklagte verkenne im Übrigen, dass es sich bei der Frist nach den ergänzenden Abrechnungsbestimmungen nicht um eine Ausschlussfrist, sondern um eine Ordnungsfrist handele. Diese diene lediglich der Verfahrensbeschleunigung und der effektiven Verfahrensdurchführung. Ein Verstreichen der Frist stelle kein Hindernis für die Verfahrensdurchführung bzw. für eine Sachentscheidung dar. Der einbehaltene Teil der Gesamtvergütung sei nach ständiger 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 erfüllt hätten. Schon daran scheitere der Anspruch. Darüber hinaus seien der Anspruch nach § 6 Abs. 2 des Gesamtvertrags verjährt.

Die Klägerin hat erwidert, es sei ihr zum Zeitpunkt der Übermittlung der Papierunterlagen technisch nicht möglich gewesen, die elektronischen Datensätze zu erstellen und diese elektronisch zu übermitteln. Deshalb sei auf die Papierform zurückgegriffen worden. Damit sei zunächst die fristwahrende Übermittlung der Einzelfallnachweise zusammen mit sonst ebenfalls üblichen Papierdokumenten z.B. von rechnerischen Berichtigungen oder Nachforderungen von Kostenträgererklärungen erfolgt. Bei der nunmehr vorgenommenen Übermittlung

in elektronischer Form handle es sich nicht um ein Nachholen, sondern um eine originäre Übermittlung der Einzelfallnachweise. Ihr, der Klägerin, sei dies innerhalb der allgemeinen sozialrechtlichen Verjährungsvorschriften noch möglich.

Das SG hat über die Klage am 26. Juni 2019 mündlich verhandelt und sie mit Urteil vom selben Tag als unbegründet abgewiesen. Die Kammer habe in der Besetzung mit einem ehrenamtlichen Richter aus dem Kreis der Krankenkassen und einer ehrenamtlichen Richterin aus dem Kreis der Vertragsärzte und Psychotherapeuten entschieden, da es sich hier um eine Angelegenheit des Vertrags–arztrechts ([§ 12 Abs. 3 Satz 1](#) des Sozialgerichtsgesetzes (SGG)) handle. Den Beteiligten sei darin zuzustimmen, dass die Forderung auf Vergütung der gegenüber den Vertragsärzten für die Quartale IV/2012 bis IV/2013 bereits abgerechneten und vergüteten Leistung aus dem EGV-Bereich als Teil der morbiditätsbezogenen Gesamtvergütung (MGV) grundsätzlich einer vierjährigen Verjährungsfrist unterliege, denn in entsprechender Anwendung der [§§ 45](#) des Sozialgesetzbuchs Erstes Buch (SGB I) und 113 Abs. 1 des Sozialgesetzbuchs Zehntes Buch (SGB X) bestehe auch für einbehaltene Beträge der Gesamtvergütung eine vierjährige Verjährungsfrist (Hinweis auf Bundessozialgericht (BSG), Urteil vom 15. Juni 2016 – [B 6 KA 22/15 R](#), juris-Rn. 38 m.w.N.). Diese Verjährungsfrist sei durch die am 28. November 2016 erhobene Klage für die hier streitigen Quartale wirksam gehemmt ([§ 45 Abs. 1 SGB I](#) in Verbindung mit [§ 204 Abs. 1 Nr. 1](#) des Bürgerlichen Gesetzbuchs (BGB) entsprechend). Gleichwohl habe die Klage keinen Erfolg, weil andere, vertragliche Fristen der Geltend–machung der Forderung für die hier streitigen Quartale entgegenstünden. Der Klägerin sei zwar darin zuzustimmen, dass sich die Beklagte nicht erfolgreich auf die Verjährungsfrist des [§ 1 Abs. 5](#) der Ergänzenden Abrechnungsbestimmungen der KV Hamburg vom 12. Juni 2008 in der Fassung vom 19. November 2009 (im Folgenden: Ergänzende Abrechnungsbestimmungen) berufen könne (dazu unter 1). Die Beklagte könne sich jedoch erfolgreich auf die vertragliche Frist aus [§ 1 Abs. 5 DTA](#) in Verbindung mit [§ 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: Gesamt–vertrag) und dem BMV-Ä (dazu unter 2.) berufen.

1. Nach [§ 6 Abs. 2](#) Gesamtvertrag verjähre der Vergütungsanspruch von vertragsärztlichen Leistungen gegenüber den Krankenkassen zu dem Zeitpunkt, zu dem der Anspruch des Vertragsarztes auf Abrechnung von Behandlungsausweisen gegenüber der KV Hamburg nach dem HVM verjähre. Diese Regelung des Gesamtvertrags gehe ins Leere, denn es fehle seit November 2004 an einer entsprechenden Regelung im HVM bzw. VM der Klägerin. Vielmehr regele die Klägerin gegenüber ihren Vertragsärzten durch eigene Rechtssetzung in den ergänzenden Abrechnungs–bestimmungen, wie lange diese einen Anspruch auf Abrechnung von Leistungen und/oder Kosten hätten. Der Anspruch hierauf verjähre demnach in einem Jahr ([§ 1 Abs. 5 Satz 1](#) Ergänzende Abrechnungsbestimmungen). Die Verjährung beginne mit dem Ablauf des Abrechnungsquartals, in dem die Leistungen erbracht worden und/oder die Kosten entstanden seien ([§ 1 Abs. 5 Satz 2](#) Ergänzende Abrechnungsbestimmungen). Die entstandene Lücke im Gesamtvertrag in Bezug auf die Verjährung der Vergütung von Leistungen im Verhältnis zwischen der Klägerin und der Beklagten könne nicht durch die entsprechende Heranziehung der zwischen den Ärzten und der Klägerin geltenden Ergänzenden Abrechnungsbestimmungen geschlossen werden. Eine solche entsprechende Anwendung verkenne, dass der Gesamtvertrag zwischen der Klägerin und der Beklagten ausgehandelt werde (vgl. [§ 82 Abs. 2](#) des Sozialgesetzbuchs Fünftes Buch (SGB V)). Die Vertrags–parteien stünden in einem Gleichordnungsverhältnis zueinander und nicht in einem Über–/Unterordnungsverhältnis wie die Vertragsärzte. Nur dort sei die Klägerin berechtigt, durch Entscheidung des Vorstandes bzw. der Vertreterversammlung der Selbstverwaltungs–körperschaft eine für die Mitglieder verbindliche Regelung zu schaffen. Mit der Beklagten müsse die Klägerin innerhalb des gesetzlichen Rahmens Regelungen aushandeln. So sei z.B. in einem Rechtsstreit eines Vertragsarztes mit der Klägerin über seinen Honorar–anspruch eine inzidente Prüfung einer Gesamtvergütungsvereinbarung ausgeschlossen, weil es sich bei der Vereinbarung und Anpassung der Gesamtvergütung nicht um einen normativen, sondern um einen obligatorischen Bestandteil des Gesamtvertrags handle, der – abgesehen von einer Erstreckung auf die einzelnen Krankenkassen – lediglich Rechte und Pflichten zwischen den Vertragspartnern begründe und sich ansonsten für Dritte – also auch für Vertragsärzte – allenfalls mittelbar bzw. faktisch auswirke (Hinweis auf Engelhardt in Hauck/Noftz, SGB, [§ 85 SGB V](#) Rn. 43b m.w.N.). Da diese Trennung der Rechtsbeziehungen auch die Funktionsfähigkeit des vertragsärztlichen Vergütungssystems 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 könne das Gericht diese nicht im Wege der Auslegung den veränderten Bedingungen anpassen. Es sei vielmehr Aufgabe der Vertragsparteien, die vertraglichen Regelungen zu überprüfen und gegebenenfalls den veränderten Verhältnissen anzupassen. Im Rahmen einer vertrauensvollen Zusammenarbeit wäre es hier sicherlich Aufgabe der Klägerin gewesen, auf die Änderungen im HVM aufmerksam zu machen und in entsprechende Verhandlungen einzutreten, gegebenenfalls mit der Möglichkeit der Beteiligung des Schiedsamtes ([§ 89 SGB V](#)), wenn eine vertragliche Regelung insoweit nicht zu Stande komme. Eine solche Einigung könne 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 hätten bereits auf der Ebene des Gesamtvertrags eine Regelung getroffen, die hier zu beachten sei.

2. Auf der Ebene des Gesamtvertrags in Verbindung mit höherrangigem Recht lägen Regelungen vor, die abweichend von der allgemeinen sozialrechtlichen Verjährungsfrist dazu führten, dass die Klägerin ihren Zahlungsanspruch nicht mehr geltend machen könne. [§ 13 Abs. 3](#) Gesamtvertrag regele, welche Abrechnungsunterlagen gemäß [§ 37 BMV-Ä](#) in Verbindung mit [§ 1 DTA](#) von der Klägerin der Beklagten vor–zulegen seien. Dies nehme Bezug auf die Regelung des [§ 295 Abs. 2 SGB V](#), der festlege, welche Daten für jedes Quartal für jeden Behandlungsfall im Wege der elektronischen Datenübertragung oder maschinell verwertbar auf Datenträgern von der Klägerin der Beklagten zu übermitteln seien. Nach [§ 295 Abs. 2 Satz 1 SGB V](#) seien die Kassenärztlichen Vereinigungen verpflichtet, den Krankenkassen "für die Abrechnung der Vergütung" im Wege der elektronischen Datenübertragung oder maschinell verwertbar auf Datenträgern für jedes Quartal für jeden Behandlungsfall die in Nr. 1 bis 8 näher aufgeführten Daten zu übermitteln. Das Nähere über die Erfüllung der Pflichten der Kassenärztlichen Vereinigungen nach [§ 295 Abs. 2 SGB V](#) insbesondere auch Form, Frist und Umfang der Weiterleitung der Abrechnungsunterlagen an die Krankenkassen oder deren Verbände vereinbarten gemäß [§ 295 Abs. 3 Nr. 4 SGB V](#) die Vertragsparteien der Bundesmantelverträge als Bestandteil dieser Verträge (Hinweis auf BSG, Urteil vom 27. Juni 2018 – [B 6 KA 27/17 R](#), juris-Rn. 29 f.), also im DTA. Die mit Schreiben vom 7. Juni 2016 in Papierform der Beklagten übermittelte Abrechnung für das Quartal IV/2015, in der auch die hier streitigen Altquartalsfälle enthalten gewesen seien, habe nicht den gesetzlichen bzw. vertraglichen Anforderungen entsprochen. Das räume auch die Klägerin ein, indem sie erkläre, zum Zeitpunkt der Übermittlung sei es ihr technisch nicht möglich gewesen, die elektronischen Datensätze zu erstellen und diese elektronisch zu übermitteln. Erst im September 2017 sei die Klägerin wieder in der Lage gewesen, die erforderlichen Daten (Einzelfallnachweise) in elektronischer und nicht mehr in Papierform zu übermitteln. Diese Übermittlung sei jedoch zu spät geschehen und verstoße gegen die Bestimmungen des Gesamtvertrags in Verbindung mit [§ 1 Abs. 5 DTA](#), denn die Lieferung der Datenträger nach [§ 1 Abs. 2, 3a](#) und 4 DTA erfolge spätestens bis zum Ende des fünften auf das Abrechnungsquartal folgenden Monats. Dies wäre für das Quartal IV/2013 eine Lieferung der Daten bis zum 31. Mai 2014 gewesen. Selbst wenn man der Klägerin einräumte, dass sie

wegen besonderer Schwierigkeiten nicht in der Lage gewesen sei, die erforderlichen Datenträger bis zum 31. Mai 2014 zu liefern und deshalb berechtigt gewesen sei, auf eine Lieferung in Papierform zurückzugreifen, hätte diese innerhalb der Fünf-Monats-Frist erfolgen müssen. Die Frist aus § 1 Abs. 5 DTA sei eine Ausschlussfrist. Dies werde schon durch die Verwendung des Begriffs "spätestens" in § 1 Abs. 5 DTA deutlich. Anders als Antragsfristen z.B. bei der Wirtschaftlichkeitsprüfung oder der sachlich-rechnerischen Richtigstellung, die der Prüfung der Abrechnung der ärztlichen Leistungen auf ihre Rechtmäßigkeit dienen, solle mit der Fünf-Monats-Frist erreicht werden, dass zeitnah Klarheit über die Höhe der von der Krankenkasse im Rahmen der MGV zu zahlenden Vergütungen für das jeweilige Quartal entstehe, damit die Krankenkasse in die Lage versetzt werde, ihre eigenen Prüfungen vorzunehmen und für die Verhandlungen über die MGV des Folgejahres möglichst zügig die Höhe der Ausgaben im jeweiligen Bezugs-Quartal zu kennen. Ergänzend sei zu bedenken, dass selbst im Verhältnis zwischen den Vertragsärzten und der Klägerin die Bestimmung von Abrechnungsfristen wie auch die Ausgestaltung als Ausschlussfristen bzw. die Sanktionierung durch Honorarabzüge (grundsätzlich) rechtmäßig sei (Hinweis auf Engelhard, a.a.O., § 87b SGB V, Rn. 21 m.w.N.), denn die Honorierung der in einem Quartal erbrachten Leistungen solle möglichst aus dem für dieses Quartal zur Verfügung stehenden Gesamtvergütungsvolumen erfolgen, so dass nachträgliche Honorierungen dem Ziel der zügigen und zeitgerechten Honorierung zuwiderliefen und zusätzlichen Verwaltungsaufwand erforderten (Hinweis auf Engelhard, a.a.O., § 87b SGB V, Rn. 21 m.w.N.). Derartige Regelungen dürften nur gegenüber dem Vertragsarzt keinen Eingriff bewirken, der so schwer wiege, dass er außer Verhältnis zu dem der Regelung innewohnenden Zweck stehe (Hinweis auf Engelhard, a.a.O., § 87b SGB V, Rn. 22 m. w. N). Dies sei dann der Fall, wenn die eingereichte Abrechnung von vornherein erkennbar objektiv unzutreffend gewesen sei – etwa weil die Abrechnungssumme nur ein Viertel der bisherigen Quartalsvolumina betragen und die Abrechnung offensichtliche Ungereimtheiten aufgewiesen habe – und sich unter diesen Umständen schon für die KV die Fehlerhaftigkeit der Abrechnung hätte aufdrängen müssen, sodass die Abrechnung insoweit einer Nicht-Abrechnung nahe gekommen sei (Hinweis auf BSG, Urteil vom 29. August 2007 – [B 6 KA 29/06 R](#), juris-Rn. 14). Dass dies in Bezug auf die Abrechnungen für die hier streitigen Quartale IV/2012 bis IV/2013 der Fall gewesen sei, habe die Klägerin nicht geltend gemacht und sei auch angesichts des Abrechnungsvolumens der Klägerin gegenüber der Beklagten in den jeweiligen Quartalen nicht ersichtlich. In Bezug auf die hier streitige Summe für die Quartale IV/2012 bis IV/2013 sei der Ausschluss der Vergütung für Leistungen des EGV-Bereichs durch die Fünf-Monats-Frist des § 1 Abs. 5 DTA auch nicht unverhältnismäßig, selbst wenn man bedenke, dass die Vertragsärzte die Vergütung für den EGV-Bereich erhalten hätten. Die Klägerin habe die fehlende Abrechnung der Leistungen aus dem EGV-Bereich nicht bzw. nicht ausreichend entschuldigt. Sie habe lediglich angegeben, dass es ihr technisch nicht möglich gewesen sei, die Abrechnungen im Juni 2016 für das Quartal IV/2015 anders als in Papierform zu erbringen. Eine Erklärung, warum die Leistungen aus dem EGV-Bereich der Quartale IV/2012 bis IV/2013 nicht in der jeweiligen Fünf-Monats-Frist abgerechnet worden seien, habe sie zu keinem Zeitpunkt geliefert. Die Nachlieferung der Abrechnung für die Quartale IV/2012 bis IV/2013 in EDV-Form im September 2016 sei auch nicht mit einer entsprechenden Erklärung versehen gewesen, lediglich mit dem Hinweis, dass sie – die Klägerin – berechtigt sei, die Daten für die Abrechnung der Leistungen aus dem EGV-Bereich noch zu liefern. Dies sei aber keine Erklärung, die geeignet sei, im Einzelfall auf die Unverhältnismäßigkeit des Ausschlusses der Abrechnung von Leistungen für die Quartale IV/2012 bis IV/2013 zu schließen. Im Hinblick auf die vertragspartnerschaftlichen Beziehungen habe die Beklagte in der mündlichen Verhandlung trotz allem die Bereitschaft signalisiert, zumindest einen Teil (1/3) der Forderung der Klägerin zu zahlen. Auf dieses Angebot sei die Klägerin bedauerlicherweise nicht eingegangen. Nach Überzeugung der gesamten Kammer sollte auch die Klägerin in einer langandauernden Vertragspartnerschaft bemüht sein, Fehler in ihrer Verwaltung nicht durch Gerichtsentscheidungen, die letztlich zu Lasten aller ihrer Mitglieder der Selbstverwaltungskörperschaft gingen, lösen 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 Klägerin. Sie wiederholt und vertieft ihr erstinstanzliches Vorbringen und bleibt insbesondere bei der Auffassung, dass es sich bei der in § 1 Abs. 5 DTA genannten Fünfmonatsfrist um eine reine Ordnungsfrist im Sinne der Rechtsprechung des BSG (Hinweis auf Urteile zu Antragsfristen in Prüfverfahren vom 29. Juni 2011 – [B 6 KA 16/10 R](#) – und 23. März 2016 – [B 6 KA 14/15 R](#) – sowie auf Entscheidungen des SG München vom 2. Oktober 2018 – [S 38 KA 301/16](#) – sowie vom 12. April 2018 – [S 38 KA 2033/14](#)) und nicht um eine Ausschlussfrist handele. Sie diene ausschließlich dem Interesse an der Verfahrensbeschleunigung und stelle kein Hindernis für die Verfahrensdurchführung bzw. für eine Sachentscheidung dar. Die Regelung schließe schon nach ihrem Wortlaut keine Zahlungsansprüche zwischen einer KV und einer Krankenkasse nach Ablauf der Frist aus; eine derartige Rechtsfolge werde dort nicht genannt. Darüber hinaus sei zu berücksichtigen, dass der von der Regelung betroffene Einzelfallnachweis keine zahlungsbegründende Unterlage für die Zahlung der EGV-Leistungen darstelle. Zahlungsbegründende Unterlage hierfür sei vielmehr das Formblatt 3 nach § 1 Abs. 3 DTA, nach dessen S. 2 rechnungsverändernde Korrekturen im Formblatt 3 zeitnah zu berücksichtigen seien und nach dessen S. 3 den Partnern der Gesamtverträge eine Konkretisierung der Frist vorbehalten bleibe. Hierdurch werde deutlich, dass die Bundesmantelvertragspartner das Formblatt 3 und nicht etwa den Einzelfallnachweis als Äquivalent zu einer Rechnung ansähen und dass zudem eine Frist für die Übermittlung des Formblatts 3 auf Bundesebene nicht vorgesehen werde. Die Verkürzung der Verjährungsfrist auf Bundesebene wäre im Übrigen unzulässig, was insbesondere vor dem Hintergrund gelte, dass auch Zahlungsansprüche einer Krankenkasse gegenüber einer KV nicht vertraglich beschränkt werden dürften (Hinweis auf BSG, Urteil vom 21. April 2015 – [B 1 KR 11/15 R](#)). Schließlich zeige die Regelung in § 14 Abs. 2 (gemeint: Abs. 1 S. 2) des Gesamtvertrags, wonach die KV in begründeten Fällen Abrechnungen gemäß § 7 des Vertrages und Abrechnungen einzelner an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmender Ärzte zu einem späteren Zeitpunkt nachreichen könne, dass es sich bei der Fünfmonatsfrist in § 1 Abs. 5 DTA nicht um eine Ausschlussfrist handeln könne. Des Weiteren äußert die Klägerin die Auffassung, dass es nicht sein könne, dass die technischen Vorgaben der Datenübermittlung der allgemeinen Verjährungsfrist vorgingen. Schließlich trägt sie vor, dass die nach den zutreffenden Ausführungen des SG nach Ablösung des HVM durch den VM leerlaufende Regelung in § 6 Abs. 2 Gesamtvertrag dazu führe, dass die gesetzliche Verjährungsfrist von 4 Jahren gelte, worauf die Klägerin ihre Vertragspartner auch mehrfach hingewiesen und dabei den Versuch unternommen habe, eine neue Regelung auszuhandeln. Ihre Vertragspartner hätten dies jedoch nur zur Kenntnis genommen und keine neue Regelung schaffen wollen. Damit hätten diese explizit die Geltung der gesetzlichen Verjährungsfrist gebilligt. Es handele sich um eine Rechtssache von grundsätzlicher Bedeutung.

Die Klägerin beantragt sinngemäß,

das Urteil des Sozialgerichts Hamburg vom 26. Juni 2019 aufzuheben und die Beklagte zu verurteilen, an sie – die Klägerin – 4.692,92 Euro zuzüglich Zinsen in Höhe von 5 Prozentpunkten über dem Basiszinssatz ab Fälligkeit zu zahlen, hilfsweise, die Revision zuzulassen.

Die Beklagte beantragt,

die Berufung zurückzuweisen.

Sie hält das angefochtene Urteil für zutreffend und führt in Anknüpfung zum erstinstanzlichen Vortrag aus, dass schon die Entstehung des Anspruchs betroffen sei. Bei § 1 Abs. 5 DTA handele es sich nicht um eine Ordnungsvorschrift, sondern es werde eine Ausschlussfrist statuiert. Die Übermittlung der EFN-Daten müsse kurzfristig vollständig erfolgen, weil damit die Beklagte für Honorarverhandlungen im Folgejahr die Höhe der Ausgaben kenne und auch zeitgerecht Meldungen für den morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleich vorgenommen werden könnten. Bei unvollständiger Datenübermittlung könnten der Beklagten Einnahmeverluste aus dem Ausgleichsfond entstehen. Es handele sich daher um zwingend einzuhaltende Regelungen. § 1 Abs. 3 DTA könne nur so verstanden werden, dass nur solche Situationen erfasst seien, in denen kein neuer Fall erzeugt würde, sondern die Klägerin versehentlich das falsche Konto oder die falsche Kasse o.ä. bezeichnet habe.

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

Entscheidungsgründe:

Der Senat entscheidet durch Urteil ohne mündliche Verhandlung, nachdem beide Beteiligte dieser Verfahrensweise zugestimmt haben ([§ 124 Abs. 2 SGG](#)) und zwar ebenso wie das SG aus den von diesem genannten Gründen in sogenannter paritätischer Besetzung.

Die statthafte ([§§ 143, 144 SGG](#)) und auch im Übrigen zulässige, insbesondere form- und fristgerecht eingelegte ([§ 151 SGG](#)) Berufung ist unbegründet. Das SG hat die zulässige Leistungsklage zu Recht und mit zutreffender Begründung abgewiesen. Die Klägerin 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 Vergütungen für vertragsärztliche Leistungen in sogenannten Altquartalsfällen.

Der Senat nimmt zunächst Bezug auf die Entscheidungsgründe des angefochtenen Urteils ([§ 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 streitgegenständlichen EGV-Leistungen gerade nicht um Teile der MGV, sondern um andere Teile der Gesamtvergütung handelt. Hierdurch wird die Richtigkeit der Ausführungen des SG im Übrigen jedoch nicht infrage gestellt.

Der Vortrag der Klägerin im Berufungsverfahren gibt keinen Anlass zu einer abweichenden rechtlichen Bewertung. Der streitgegenständliche Anspruch der Klägerin ist zwar nicht verjährt, kann von dieser aber dennoch nicht mit Erfolg geltend gemacht werden, weil die Beklagte für die betreffenden Altquartale mit befreiender Wirkung die Gesamtvergütung zahlte ([§§ 85 Abs. 1 SGB V](#), 14 Abs. 1 S. 1 Gesamtvertrag) und die Klägerin nach dem einschlägigen Gesamtvertrag (§ 14 Abs. 1 S. 2 und 3) nicht zur Nachberechnung berechtigt ist. Selbst wenn eine solche Berechtigung bestanden hätte, wäre die nach [§§ 295 Abs. 2](#) und 3 SGB V, 55 BMV-Ä, 1 DTA sowie 11 und 13 Gesamtvertrag erfolgte Nachberechnung mittels Übermittlung der Einzelfallnachweise in der vorgeschriebenen elektronischen Form verspätet im Sinne der materiellen Ausschlussfrist des § 1 Abs. 5 DTA.

Die Kostenentscheidung beruht auf [§ 197a Abs. 1 S. 1 SGG](#) i.V.m. [§ 154 Abs. 2](#) der Verwaltungsgerichtsordnung.

Gründe für die Zulassung der Revision nach [§ 160 Abs. 2 Nr. 1 oder 2 SGG](#) liegen nicht vor.

Rechtskraft

Aus

Login

HAM

Saved

2021-01-26