

L 4 KA 100/08

Land
Hessen
Sozialgericht
Hessisches LSG
Sachgebiet
Vertragsarztangelegenheiten
Abteilung
4
1. Instanz
SG Frankfurt (HES)
Aktenzeichen
S 28 KA 16/05 WA
Datum
23.07.2008
2. Instanz
Hessisches LSG
Aktenzeichen
L 4 KA 100/08
Datum
19.05.2010
3. Instanz
Bundessozialgericht
Aktenzeichen
B 6 KA 37/10 B
Datum
08.12.2010
Kategorie
Urteil

Die Berufung des Klägers gegen das Urteil des Sozialgerichts Frankfurt am Main vom 23. Juli 2008 wird zurückgewiesen.

Der Kläger hat die Kosten auch des Berufungsverfahrens zu tragen.

Der Streitwert wird auf 5.000,00 Euro festgesetzt.

Die Revision wird nicht zugelassen.

Tatbestand:

Die Beteiligten streiten über die Honorarfestsetzung für das Quartal I/98.

Mit Honorarbescheid vom 1. August 1998 setzte die Beklagte das Nettohonorar des Klägers für das Quartal I/98 auf 82.307,29 DM fest.

Der Kläger erhob gegen diesen Honorarbescheid mit Schreiben vom 28. Dezember 1998 Widerspruch. Er wandte sich u. a. gegen die sachlich-rechnerische Berichtigung der Abrechnung. Hinsichtlich des Honorarbescheids wandte er ein, er habe insgesamt 455 Fälle eingereicht, es seien aber nur 432 Fälle abgerechnet worden.

Mit Widerspruchsbescheid vom 10. Dezember 2001 wies die Beklagte den Widerspruch des Klägers als unbegründet zurück. Der Honorarbescheid sei sachlich-rechnerisch richtig auf der Grundlage der geltenden Gebührenordnungs- und Honorarverteilungsbestimmungen erstellt worden. Das angeforderte Honorarvolumen habe einer fallzahlabhängigen arztgruppenbezogenen Budgetierung unterlegen, so dass es im Quartal I/98 im Bereich des "grünen" Praxisbudgets lediglich zu 87,9362% und im Bereich des "gelben" Zusatzbudgets "Phlebologie" zu 84,7890% anerkennungsfähig gewesen sei. Weitere belastende Maßnahmen - mit Ausnahme der sachlich-rechnerischen Berichtigung, wegen der ein gesondertes Verfahren anhängig sei - lägen nicht vor. In den Grundsätzen der Honorarverteilung sei dem Vorstand zwar die Kompetenz eingeräumt worden, in Einzelfällen zur Sicherstellung einer schwerpunktmäßigen Versorgung von bestimmten komplexen Erkrankungen oder spezifischen Betreuungsformen oder auch unter Berücksichtigung des Schwerpunktes der Praxistätigkeit eines Arztes eine Erweiterung des Praxisbudgets und/oder der Zusatzbudgets zu gewähren. Hierfür seien jedoch keinerlei Anhaltspunkte ersichtlich und auch nicht vorgetragen worden. Die stationären belegärztlichen Leistungen und die ambulanten Operationsleistungen unterlägen nicht der Praxisbudgetierung. Soweit der Kläger im Rahmen seiner Widerspruchsbegründung mitgeteilt habe, dass im Quartal I/98 insgesamt 455 Scheine zur Abrechnung eingereicht worden seien, sei dies zutreffend. Der Begriff "Scheine" dürfe jedoch nicht mit dem Begriff "Fälle" verwechselt werden. In der Anzahl- und Summenstatistik, die für die Primär- und Ersatzkassen erstellt werde, seien 432 Fälle ausgewiesen. Diese Anzahl- und Summenstatistik enthalte nicht die Behandlungsfälle der "sonstigen Kostenträger", die zur Abrechnung eingereicht worden seien und bei der Fallzählung auch nicht die Scheine, die für die reine stationäre Behandlung zur Abrechnung eingereicht worden seien. Der Kläger habe im Bereich der "sonstigen Kostenträger" insgesamt fünf Fälle abgerechnet, so dass sich eine Fallzahl von 437 Fällen bereits hierdurch ergebe. Die verbleibende Differenz von 18 Scheinen zu den abgerechneten Fällen sei zum einen darauf zurückzuführen, dass 6 Behandlungsscheine für 3 Patienten, die sowohl ambulant als auch stationär behandelt worden seien, eingereicht worden seien. Diese 6 Scheine würden durch die Belegvorbereitung zusammengefasst, so dass sich hieraus letztlich drei Fälle ergeben würden. Zum anderen habe er 15 reine stationäre Scheine eingereicht, die bei der ambulanten Fallzahl auf Seite 4 der Anzahl- und Summenstatistik (ausgewiesen seien hier die genannten 432 Fälle) unberücksichtigt blieben. Seite 5 der Anzahl- und Summenstatistik könne die Anzahl von insgesamt 447 Behandlungsausweisen für die ambulante und stationäre Behandlung entnommen werden. Nach Abzug der 432 Fälle für die reine ambulante Behandlung würden sich 15 Fälle für die reine stationäre Behandlung

ergeben. Damit lasse sich die Differenz zwischen den eingereichten Scheinen und den in den Abrechnungsunterlagen ausgewiesenen Fällen nachvollziehen.

Hiergegen hat der Kläger am 14. Februar 2002 Klage beim Sozialgericht Frankfurt am Main (SG) erhoben (Az. S 5 KA 517/02). Diese hat er damit begründet, dass Patienten mit der Abkürzung "StatMit" (stationäre Mitbehandlung) unzutreffend nach ambulanten Grundsätzen abgerechnet worden seien (unter Annahme der Hinzuziehung des Klägers nicht als Belegarzt zur Mitbehandlung, sondern durch einen Kollegen als niedergelassener Arzt). Diese Patienten seien jedoch genauso behandelt worden wie die eingereichten Fälle, die die Beklagte korrekterweise als stationäre Behandlungsscheine gewertet habe. Wie sich aus den vorgelegten Scheinen ergebe, habe er aus Gründen, die zum einen in der Praxissoftware begründet lägen und zum anderen auch in Unkenntnis auf den Scheinen lediglich "StatMit" statt richtigerweise "BelegMit" angegeben. Die Patienten seien jedoch, wie dies aus den Unterlagen der Beklagten ersichtlich sei, im VN.-Krankenhaus behandelt worden, in dem er bekanntlich Belegarzt sei. Insoweit hätte die Beklagte erkennen können, dass es sich um Leistungen gemäß § 3 LZ 304 in Verbindung mit LZ 302 handle (anstelle § 3 LZ 303), die stationär abzurechnen gewesen wären. Generell sei nicht nachzuziehen, weshalb für Belegärzte, die zur Diagnostik und/oder Therapie herangezogen würden, eine andere Gebührenhöhe gelte, als für den zur ambulanten Versorgung herangezogenen Vertragsarzt. Dies widerspreche dem Gebot der Honorarverteilungsgerechtigkeit aus [Artikel 12 Abs. 1 Grundgesetz \(GG\)](#) i.V.m. [Artikel 3 Abs. 1 GG](#).

Ihm sei hinsichtlich der physikalischen Therapie an Stelle des vorgesehenen Punktwertes von 400 lediglich ein Punktwert von 346 vergütet worden. Die Leistungspositionen Nrn. 2363 A, C und D seien jeweils zweimal zu Unrecht nicht vergütet worden, obwohl diese eingereicht worden seien. Im Quartal I/1998 sei für gastroenterologische Leistungen ein fester Punktwert in Höhe von 8,5 Pfennigen vereinbart worden, der bei dem Kläger zu Unrecht nicht angesetzt worden sei.

Dem hat die Beklagte entgegnet, dass es sich bei den in der Klagebegründung genannten Patienten nicht um stationäre Patienten gehandelt habe, da sämtliche Abrechnungsscheine mit der Abkürzung "StatMit" gekennzeichnet gewesen seien. Der Kläger sei also nicht als Belegarzt, sondern als Vertragsarzt zur ambulanten Versorgung hinzugezogen worden. Der behandelnde Arzt müsse auf den Scheinen die jeweilige Behandlungsart (ambulante Behandlung, belegärztliche Behandlung, Überweisung, stationäre Mitbehandlung) angeben. Diese Angaben würden von der Beklagten gemäß den Vorschriften des Vertrages über den Datenaustausch auf Datenträgern (Anlage 6 BMV-Ä) übernommen. Die vom Kläger mit der Scheinart "StatMit" eingereichten Fälle seien entsprechend § 3 LZ 303 HVM als ambulante Fälle abgerechnet worden. Die Beklagte sei nicht berechtigt, die vom Arzt auf den Abrechnungsunterlagen gemachten Angaben zu den erbrachten Leistungen zu verändern, da der Arzt die Richtigkeit seiner eingereichten Unterlagen garantiere. Selbst wenn es sich um fehlerhafte Angaben handeln sollte, könne dies nicht zur Aufhebung des Honorarbescheids führen, da die Ursache hierfür allein im Verantwortungsbereich des Klägers liege. Schließlich sei den Abrechnungsunterlagen nicht zu entnehmen, wo die Patienten behandelt worden seien. Der Kläger verkenne, dass nicht alle von einem Belegarzt erbrachten ärztlichen Leistungen in einem Krankenhaus nach stationären Grundsätzen zu vergüten seien. Bei der belegärztlichen Tätigkeit handle es sich grundsätzlich um die ambulante Betreuung der eigenen Patienten des Belegarztes, da es sich nur um eine Verlagerung der Behandlung aus der Praxis in das Krankenhaus handle. Wenn ein Patient zunächst in der Praxis, später dann im Krankenhaus vom Vertragsarzt, der gleichzeitig als Belegarzt tätig ist, behandelt werde, seien diese ärztlichen Leistungen ureigene ambulante Leistungen, die den entsprechenden Begrenzungsregelungen des HVM/EBM unterfielen. Die Abrechnung nach stationären Grundsätzen trete lediglich dann ein, wenn der Belegarzt einen eigenen Patienten ausschließlich am Krankenhaus behandle und insoweit eine reine stationäre Tätigkeit, wie sie auch mit einer Tätigkeit eines Krankenhausarztes vergleichbar wäre, vorliege. Die unterschiedliche gebührenrechtliche Behandlung zwischen ambulanter und stationärer Tätigkeit widerspreche nicht dem Gebot der Honorarverteilungsgerechtigkeit. Der im Krankenhaus tätige Belegarzt habe die Möglichkeit, entweder einen Belegarzt zur Diagnostik und Therapie oder aber einen Vertragsarzt hinzuzuziehen. Ob es sich um eine Hinzuziehung als Belegarzt oder als Vertragsarzt handle, sei auf der Überweisung kenntlich zu machen. Die Abrechnung nach stationären Grundsätzen könne allerdings nur dann erfolgen, wenn der hinzugezogene Belegarzt den Patienten nicht noch im weiteren Verlauf ambulant behandle. Erfolge die Hinzuziehung hingegen als Vertragsarzt, handle es sich für diesen um einen Patienten, der ambulant behandelt werde. Auch das Zusatzbudget physikalische Therapie sei korrekt vergütet worden. Die Punktzahl von 346 Punkten sei rechnerisch richtig. Die Abweichung der Punktzahl vom EBM-Ä ergebe sich aus den seit dem 1. Februar 1993 geltenden Zahlungsregelungen für physikalisch-therapeutische Behandlungen. Daher habe eine Absenkung der entsprechenden Gebührenordnungszustellung erfolgen müssen. Der Kläger habe die Leistungsposition Nr. 507 EBM-Ä abgerechnet. Für diese Leistungsposition betrage der Zahlungsbetrag für das streitige Quartal 2,70 DM (= 27 Punkte) pro Fall. In zwei Fällen, die vom Kläger abgerechnet worden seien, ergebe sich deshalb ein Abzugsbetrag von insgesamt 54 Punkten. Die gastroenterologischen Leistungen seien mit einem festen Punktwert erstmals ab Quartal III/98 (9 Pfennige) vergütet worden. Die Leistungspositionen Nrn. 2363 C und D seien nur einmal zur Vergütung eingereicht worden. Nr. 2363 A sei zweimal zur Abrechnung eingereicht worden, wobei die Abrechnungsgrundlagen eine Vergütung dieser Ziffer grundsätzlich nur einmal pro Patient vorsehen würden.

Im Termin zur mündlichen Verhandlung am 22. Dezember 2004 hat sich die Beklagte bereit erklärt, den Antrag des Klägers auf Berichtigung seiner Abrechnungsunterlagen im Hinblick auf von ihm vorgenommene unzutreffende Einstufungen in seiner belegärztlichen Tätigkeit zu bescheiden. Das SG hat mit Beschluss vom 22. Dezember 2004 das Ruhen des Verfahrens bis 30. Juni 2005 angeordnet. Am 29. Juli 2005 hat der Kläger das Verfahren wieder aufgenommen (Az.: [S 28 KA 16/05 WA](#)).

Am 16. Januar 2006 hat die Beklagte den Widerspruchsbescheid vom 19. Oktober 2005 vorgelegt, mit dem der Widerspruch des Klägers gegen den Bescheid der Beklagten vom 8. April 2005 zurückgewiesen worden war. Die Beklagte hatte darin den Antrag des Klägers auf nachträgliche Berichtigung der Abrechnung für das Quartal I/98 gemäß LZ 601 HVM unter Hinweis auf die Bestandskraft abgelehnt.

Im Termin zur mündlichen Verhandlung am 13. Dezember 2006 hat das SG den Beteiligten Gelegenheit zur Stellungnahme zur Frage des zweimaligen Ansatzes der Nr. 2363 A, verbunden mit der weiteren Frage der Umwandlung eines Ansatzes in die Nr. 2363 EBM-Ä ohne Zusatzbuchstabe eingeräumt.

Die Beklagte hat mit Schriftsatz vom 29. Januar 2007 ausgeführt, im Behandlungsfall des Patienten SR habe der Kläger Nr. 2363 A zweimal am 23. März 1998 angesetzt. In diesen Leistungskomplex einbezogen seien die Nrn. 2363 und 85 EBM-Ä. Damit habe der Kläger die Nr. 85 EBM-Ä im Rahmen eines operativen Eingriffs zweimal am selben Patienten und Behandlungstag erbracht. Dem stehe jedoch entgegen, dass die Nrn. 80 bis 87 EBM-Ä nur einmal berechnungsfähig seien, wenn im zeitlichen Zusammenhang mehrere operative Leistungen an demselben Patienten erbracht würden, vgl. Abschnitt B IV "Ambulante Operationen" EBM-Ä. Im Ergebnis habe der Kläger die Nr. 2363 A und

die in ihr enthaltene Nr. 85 EBM-Ä nicht zweimal in Ansatz bringen können. Eine Grundlage für eine Umdeutung der Nr. 2363 A in die Nr. 2363 EBM-Ä werde im Hinblick auf die Garantiefunktion der Sammelerklärung nicht gesehen. Eine Umwandlung von Gebührenpositionen sei bestenfalls im Rahmen von Wirtschaftlichkeitsprüfungsverfahren/Honorarkürzungen unter dem Aspekt der Kompensation möglich. Vorliegend sei jedoch nur streitig, welche Leistungen der Kläger gegenüber der Beklagten aufgrund der von ihm abgegebenen Sammelerklärung tatsächlich abgerechnet habe, und welche Leistungen er aufgrund dieser Abrechnung auf Grundlage des EBM-Ä vergütet verlangen könne. Eine Verpflichtung zu hypothetischen Überlegungen, welcher Ersatzgebührenordnungspositionen bei unzutreffenden Abrechnungspositionen des Klägers in Ansatz gebracht werden könnten, bestehe nicht.

Ausweislich der Sitzungsniederschrift der mündlichen Verhandlung vom 23. Juli 2008 hat der Prozessbevollmächtigte vorgetragen, es gehe noch um die Abrechnung im Rahmen von "StatMit" und "BelegMit". Außerdem gehe es um die Nr. 2362 (richtig wohl: 2363) EBM-Ä. Der Vertreter der Beklagten hat danach einer Klageerweiterung bzw. Miteinbeziehung der Bescheide vom 8. April 2005 und 19. Oktober 2005 ausdrücklich widersprochen. Das SG hat mit Urteil vom 23. Juli 2008 sowohl die auf Aufhebung des Honorarbescheids vom 1. August 1998 in Gestalt des Widerspruchsbescheids vom 10. Dezember 2001 und Neubescheidung gerichtete Klage als auch die auf Aufhebung des Bescheids vom 8. April 2005 in Gestalt des Widerspruchsbescheids vom 19. Oktober 2005 und Neubescheidung gerichtete Klage abgewiesen. In den Entscheidungsgründen hat es ausgeführt, dass der Bescheid vom 8. April 2005 in Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 19. Oktober 2005 nicht Gegenstand des Verfahrens geworden sei. [§ 96](#) Sozialgerichtsgesetz (SGG) finde keine Anwendung. Bei den den Bescheiden zu Grunde liegenden Entscheidungen handele es sich um neue, von den im Verfahren S 5 KA 517/02, welches wieder aufgerufen worden sei, sich unterscheidende Ansprüche des Klägers. Im Übrigen sei die zulässige Klage unbegründet. Das SG folge den ausführlichen Darstellungen der Beklagten im Widerspruchsbescheid und mache sich das darin festgestellte Ergebnis zu Eigen. Der Kläger stelle insbesondere auch in diesem Verfahren die Problematik "StatMit" und "BelegMit" in den Vordergrund. Zur Frage der Zuordnung eines "Behandlungsscheines" bzw. eines "Falles" zum ambulanten, stationären oder kollegärztlichen (richtig wohl: belegärztlichen) Bereich hätten sowohl das SG wie auch das Hessische Landessozialgericht (HLSG) mehrfach Ausführungen gemacht, so dass sich weitere Darstellungen erübrigten.

Gegen das ihm am 16. Oktober 2008 zugestellte Urteil hat der Kläger am 10. November 2008 Berufung beim HLSG eingelegt. Zur Begründung hat er zu den geltend gemachten Fallzahldifferenzen vorgetragen, er habe 455 Fälle eingereicht. Zu Unrecht seien davon in der Anzahl- und Summenstatistik nur 447 Fälle (ambulant und stationär) als auch bei der Festlegung der budgetrelevanten nur 432 Fälle (rein ambulant) berücksichtigt worden. Die Zusammenfassung der 6 Scheine, die jeweils ambulante und stationäre Behandlungen desselben Patienten beinhalteten, zu 3 Fällen sei zu Unrecht erfolgt. Es werde um konkrete Benennung dieser Fälle gebeten. Eine Statistik über die sonstigen Kostenträger sei durch die Beklagte bislang nicht erteilt worden. Es sei eine fehlerhafte Abrechnung belegärztlich stationär erfolgter Behandlungen der in der Klagebegründung am 29. Mai 2002 näher benannten 20 Patienten nach ambulanten Grundsätzen erfolgt. Weshalb diese Patienten die Bezeichnung "StatMit" aufweisen würden, sei nicht mehr nachvollziehbar. Dies könne nur durch ein Versehen oder einen Fehler in der Software oder während der Datenübermittlung an die Beklagte verursacht worden sein. Für die Beklagte sei es dagegen sofort erkennbar gewesen, dass eine derartige Abrechnung eines Belegarztes offensichtliche Ungereimtheiten aufgewiesen habe, die auf eine objektiv unzutreffende Abrechnung hätten schließen lassen müssen. In den zu Grunde liegenden Überweisungsscheinen seien die Patienten weiterhin mit "B" wie belegärztliche Behandlung bezeichnet worden. Die Überweisungsscheine lagen bzw. lägen der Beklagten im Original vor. Die Patienten seien auch alle im VN.-Krankenhaus, in dem der Kläger als Belegarzt tätig sei, behandelt worden. Mit nur 15 von eigentlich 35 Fällen, die dem rein stationären Bereich zuzuordnen seien, seien dem Kläger damit nur knapp 40% seiner eigentlichen belegärztlichen Leistungen anerkannt worden. Dies hätte für die Beklagte leicht erkennbar sein müssen. Für den Kläger bedeute dies eine Nichtvergütung tatsächlich erbrachter Leistungen, es sei ihm ein Recht auf Berichtigung zuzubilligen. Das SG habe fehlerhaft den Bescheid vom 8. April 2005 in Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 19. Oktober 2005 nicht in seine Entscheidung miteinbezogen. In der mündlichen Verhandlung vom 22. Dezember 2004 sei vergleichsweise eine Einigung erzielt worden, dass eine Berichtigung erfolgen solle. Nur dann ergebe der Ruhensbeschluss einen Sinn. Das Verhalten der Beklagten sei treuwidrig. Erst mit Bescheid vom 8. April 2005 in Gestalt des Widerspruchsbescheids vom 19. Oktober 2005 habe sich die Beklagte auf eine Verfristung gemäß § 6 LZ 601 HVM berufen. Die Frist nach § 6 LZ 601 Abs. 5 HVM könne in Ausnahmefällen auch verlängert werden. Diese Verlängerung sei durch die Beklagte im Termin zur mündlichen Verhandlung am 22. Dezember 2004 eingeräumt worden und hätte entsprechend auch in den folgenden Bescheiden gewährt werden müssen. Der Kläger habe den Fehler nicht innerhalb der Frist von 6 Wochen nach Ende des Abrechnungszeitjahres erkennen können. Die Ablehnung der Berichtigung widerspreche auch höherrangigem Recht. Nach der Rechtsprechung würde eine Fristenregelung für eine Berichtigung der bereits eingereichten Abrechnungsunterlagen im HVM nur dann nicht gegen [§ 85 Abs. 4 SGB V](#) verstoßen, wenn zugleich ausreichende Ausnahmen für Berichtigungen zugelassen würden. Diese Ausnahmen müssten in der konkreten Anwendung sichern, dass eine Regelung nicht unverhältnismäßig in den grundrechtlich geschützten Vergütungsanspruch eingreife. Vorliegend sei die falsche Zuordnung der Scheine zum ambulanten Bereich geeignet, dem Kläger einen wirtschaftlichen Schaden von einigem Gewicht zuzufügen, da der ambulante Bereich vielfältigen Budgetierungen, Abschlägen und Einschränkungen unterliege, während die stationär als Belegarzt erbrachten Leistungen diesen nicht unterworfen seien. Der Widerspruchsbescheid vom 19. Oktober 2005 lasse keinerlei Ermessensausübung erkennen. Die Gefahr der wirtschaftlichen Folgen für den Kläger und die Nichterkennbarkeit des Fehlers würden jedenfalls nicht benannt. Nicht zuletzt verstoße § 6 LZ 601 HVM in der Auslegung der Beklagten gegen die Vorschriften der Verjährung. Die bis zum 31. März 2008 geltende Fassung des [§ 96 SGG](#) sei unter Berücksichtigung der Gesichtspunkte der Prozessökonomie und des Vertrauensschutzes weit auszulegen und ermögliche insbesondere auch eine entsprechende Anwendung, soweit sich die Regelung des neuen Bescheids auf den Streitstoff des anhängigen Rechtsstreits auswirken konnte. Vorliegend sei zu berücksichtigen, dass der Kläger im Vertrauen auf die Einbeziehung des Bescheides vom 19. Oktober 2005 eine eigenständige Klage unterlassen habe. Dieses Vertrauen sei sowohl durch die Beklagte als auch das SG gesetzt worden. Allein wegen der Neubescheidung sei das Ruhen des Verfahrens überhaupt angeordnet worden. Vorliegend führe die Anwendung des § 6 LZ 601 HVM zu einem unverhältnismäßigen Eingriff in die Rechte des Klägers in Form des grundrechtlich geschützten Vergütungsanspruchs. Dem Kläger stehe ein Recht auf zweimalige Vergütung der 2363 A zu, da er diese Leistung zweimal erbracht habe. Zumindest müsse zusätzlich Nr. 2363 EBM-Ä vergütet werden, da nur Nr. 85 EBM-Ä nicht zweimal abrechnungsfähig sei. Der Kläger werde durch die erfolgte Praxisbudgetierung in seinen Rechten verletzt. Rechtswidrig seien Regelungen, die nicht in ausreichendem Maße Rücksicht auf unterdurchschnittliche Praxen nehmen würden. Diesen Grundsatz habe die Beklagte nicht beachtet. Das Praxisbudget sei im Quartal I/98 auszusetzen, da der Kläger unter dem Durchschnitt der Arztgruppe gelegen habe und keine ausreichenden Ausnahmen für Zuwachsmöglichkeiten bis zum Erreichen des Durchschnitts vorgesehen gewesen seien. Im Quartal I/98 sei im Rahmen der Honorarverteilung LZ 208 HVM angewandt worden. Der unterdurchschnittlichen Praxis des Klägers seien auch nicht in Sonderbestimmungen ausreichende Verrechnungsmöglichkeiten zwischen den einzelnen Budgets gewährt worden. Eine solche bestehe nach LZ 208 a II HVM nur für das Zusatzbudget nach LZ 208 d HVM. Der Kläger werde vorliegend im so genannten grünen und gelben

Budget budgetiert, obwohl er das Laborbudget nicht ausgeschöpft habe. Weiter liege hinsichtlich der sachlich nicht gerechtfertigten gebührenrechtlich unterschiedlichen Behandlung von einer Tätigkeit im Krankenhaus als Belegarzt und Vertragsarzt ein Verstoß gegen die Honorarverteilungsgerechtigkeit gemäß [Artikel 12 Abs. 1 GG](#) von [Artikel 3 Abs. 1 GG](#) vor. Der Kläger hat die Fallzahldifferenzen auch unter Berücksichtigung der von der Beklagten zusätzlich vorgelegten Unterlagen (Schreiben vom 12. April 2002) nicht für nachvollziehbar gehalten und eigene Übersichten über die im Quartal I/98 abgerechneten Fälle, Leistungsziffern sowie sein Honorar zu den Akten gereicht.

Der Kläger beantragt,
das Urteil des Sozialgerichts Frankfurt am Main vom 23. Juli 2008 aufzuheben, den Honorarbescheid vom 1. August 1998 in der Gestalt des Widerspruchsbescheids vom 10. Dezember 2001 abzuändern und die Beklagte zu verurteilen, ihn unter Beachtung der Rechtsauffassung des Gerichts neu zu bescheiden sowie den Bescheid vom 8. April 2005 in der Gestalt des Widerspruchsbescheids vom 19. Oktober 2005 aufzuheben und die Beklagte zu verurteilen, den Kläger unter Beachtung der Rechtsauffassung des Gerichts neu zu bescheiden.

Die Beklagte beantragt,
die Berufung zurückzuweisen.

Sie hält das erstinstanzliche Urteil und die angefochtenen Bescheide für rechtmäßig und hat hierzu mit Schriftsatz vom 4. August 2009 ergänzend ausgeführt, die vermeintlichen Fallzahldifferenzen seien dem damaligen Prozessbevollmächtigten des Klägers bereits mit Schreiben der Beklagten vom 12. April 2002 umfassend erläutert worden. Der damalige Prozessbevollmächtigte habe behauptete Fallzahldifferenzen nicht zum Gegenstand des Klageverfahrens gemacht. Hinsichtlich der geltend gemachten fehlerhaften Abrechnung belegärztlich stationär erfolgter Behandlungen nach ambulanten Grundsätzen sei nicht maßgeblich, ob der Kläger zur Mitbehandlung belegärztlich zugezogen worden sei oder ob er die Patienten als Belegarzt stationär behandelt habe. Vielmehr sei maßgeblich, wie er gegenüber der Beklagten abgerechnet habe. Dies sei bereits umfassend mit Schriftsatz vom 21. Oktober 2002 vorgetragen worden. Der Kläger habe sich mit Schriftsatz vom 29. Januar 2003 bereits dahingehend eingelassen, dass die aus seiner Sicht fehlerhafte Kennzeichnung ihre Ursache sowohl in der Praxissoftware als auch in der damaligen klägerischen Unkenntnis gehabt habe. Nach der Rechtsprechung des Bundessozialgerichts (BSG) habe der Kläger eine Pflicht zur peinlich genauen Abrechnung. Die Beklagte habe keinen Anlass gehabt, die klägerische Abrechnung auf Unrichtigkeiten bzw. Widersprüchlichkeiten zu prüfen. Mit Bescheid vom 19. Oktober 2005 habe die Beklagte den Antrag des Klägers auf nachträgliche Korrektur der Abrechnungsunterlagen für das Quartal I/98 bestandskräftig abgelehnt. Dies sei gerichtlich bereits für das Quartal III/97 entschieden worden (Urteil des SG Frankfurt vom 13. Dezember 2006, S 5 KA 15/05 WA; Beschluss des HLSG vom 28. Februar 2008, L 4 KA 19/07). Der vom Prozessbevollmächtigten des Klägers geltend gemachte Vergleich mit dem Inhalt einer Einigung auf nachträgliche Berichtigungsmöglichkeit gehe aus der Niederschrift der mündlichen Verhandlung vor dem SG am 22. Dezember 2004 nicht einmal ansatzweise hervor. Etwas anderes ergebe sich auch nicht aus dem Ruhen des Verfahrens, das allein dazu gedient habe, das vorgreifliche Verwaltungsverfahren zur Prüfung der Möglichkeit einer nachträglichen Korrektur der Honorarabrechnung durchzuführen. Wegen der eingetretenen Bestandskraft komme es auch nicht auf die klägerischen Erwägungen an, ob LZ 601 HVM mit höherrangigem Recht vereinbar sei. Der Widerspruchsbescheid vom 19. Oktober 2005 sei auch nicht gemäß [§ 96 SGG](#) Gegenstand des Rechtsstreits geworden. Eine derartige Einbeziehung sei von den Gerichten auch nicht in dem bereits entschiedenen gleich gelagerten Parallelverfahren vorgenommen worden (vgl. für Quartal III/97 a.a.O.). Der Verfügungssatz des Honorarbescheids für das Quartals I/98, nämlich die Festsetzung von 82.307,29 DM Nettohonorar, werde durch den Widerspruchsbescheid weder abgeändert noch ersetzt. Der Honorarbescheid bestimme den quantitativen Umfang des Teilhaberechts des Klägers an der Gesamtvergütung für das Quartal I/98. Der Widerspruchsbescheid vom 19. Oktober 2005 befasse sich ausschließlich mit der Frage, ob der Kläger befugt sei, ausnahmsweise den Inhalt seiner bereits bei der Beklagten abgegebenen Abrechnung zu modifizieren. Die Vorgreiflichkeit der nachträglichen Korrekturmöglichkeit schließe eine Identität des Streitgegenstands und damit die Anwendung des [§ 96 SGG](#) aus. Etwas anderes gelte auch nicht unter dem Gesichtspunkt des Vertrauensschutzes. Dem Kläger stehe auch kein Recht auf zweimalige Vergütung der Nr. 2363 EBM-Ä zu. Es sei bereits dargelegt worden, dass es unter Beachtung der Pflicht des Klägers zur peinlich genauen Abrechnung und der Garantiefunktion der Sammelerklärung keine geltungserhaltende Reduktion von abgerechneten Gebührenordnungspositionen geben könne. Hinsichtlich der Problematik Praxisbudgetierung/unterdurchschnittliches Honorar bleibe erneut festzustellen, dass der Kläger weder die Rechtsprechung des SG noch des HLSG zur Kenntnis nehme. Das HLSG habe sich ausdrücklich nochmals zu diesem Rechtsproblem geäußert (vgl. Beschlüsse des HLSG vom 28. Februar 2008, L 4 KA 19/07 bzw. vom 29. Februar 2008, L 4 KA 17/07). Auch sei die Argumentation des Klägers bezüglich der Vergütung der von ihm behaupteten belegärztlichen Leistungen in den bisherigen Entscheidungen des SG sowie des HLSG nicht geteilt worden (vgl. HLSG, Beschluss vom 28. Februar 2008, L 4 KA 19/07). In diesem Sinne habe auch der 6. Senat des HLSG am 24. Oktober 2007 für das Quartal I/97 (L 6/7 KA 28/04) entschieden.

In der mündlichen Verhandlung vom 19. Mai 2010 haben die Beteiligten nach eingehender Erörterung Einigkeit darüber erzielt, dass insgesamt 455 Fälle abgerechnet und honoriert worden sind.

Wegen weiterer Einzelheiten und des Vortrags der Beteiligten wird auf den Inhalt der Gerichts- und Verwaltungsakten sowie der beigezogenen Prozessakten der Verfahren S 5 KA 15/05 WA (L 4 KA 19/07), S 5 KA 18/05 WA (L 4 KA 16/07) und S 5 KA 19/05 WA (L 4 KA 17/07) Bezug genommen, der Gegenstand der mündlichen Verhandlung gewesen ist.

Entscheidungsgründe:

Die zulässige Berufung ist unbegründet.

Das Urteil des SG vom 23. Juli 2008 sowie der Honorarbescheid vom 1. August 1998 in Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 10. Dezember 2001 sind rechtmäßig und verletzen den Kläger nicht in seinen Rechten. Der Kläger hat weder Anspruch auf Aufhebung des erstinstanzlichen Urteils noch auf Abänderung der Honorarfestsetzung für das Quartal I/98 und Neubescheidung.

Die Berufung ist auch insoweit unbegründet, als das SG die Klage auf Aufhebung des Bescheids vom 8. April 2005 in Gestalt des Widerspruchsbescheids vom 19. Oktober 2005 in der Sache als unzulässig behandelt hat, weil diese Bescheide nicht Gegenstand des Rechtsstreits geworden sind. Vielmehr handelte es sich insoweit um eine unzulässige Klageänderung gemäß [§ 99 Abs. 1 SGG](#).

Zunächst ist das SG ist zu Recht davon ausgegangen, dass der Bescheid vom 8. April 2005 in Gestalt des Widerspruchsbescheids vom 19.

Oktober 2005 nicht gemäß [§ 96 SGG](#) Gegenstand des Rechtsstreits geworden ist. Dies gilt auch bei Zugrundelegung des [§ 96 SGG](#) in der bis zum 31. März 2008 geltenden Fassung. Bis 31. März 2008 hatte [§ 96 Abs. 1 SGG](#) folgende Fassung: "Wird nach Klageerhebung der Verwaltungsakt durch einen neuen abgeändert oder ersetzt, so wird auch der neue Verwaltungsakt Gegenstand des Verfahrens." Gemäß [§ 96 Abs. 1 SGG](#) in der ab 1. April 2008 anwendbaren Fassung (Art. 1 Nr. 16 SGGArbGGÄndG vom 26. März 2008; [BGBl I S. 444](#)) wird ein neuer Verwaltungsakt nach Klageerhebung nur dann Gegenstand des Klageverfahrens, wenn er nach Erlass des Widerspruchsbescheides ergangen ist und den angefochtenen Verwaltungsakt abändert oder ersetzt. Die bis 31. März 2008 geltende Fassung ermöglichte eine weite Auslegung unter Berücksichtigung der Gesichtspunkte der Prozessökonomie und des Vertrauensschutzes und die entsprechende Anwendung, soweit sich die Regelung des neuen Bescheides auf den Streitstoff des anhängigen Rechtsstreits auswirken konnte. Bei der entsprechenden Anwendung des § 96 war jedoch in den letzten Jahren eine deutlich zurückhaltende Tendenz in der Rechtsprechung des BSG zu beobachten; entscheidend hierfür war die Erwägung, dass der Gedanke der Prozessökonomie die Einbeziehung eines neuen Bescheides dann nicht geboten erscheinen lässt, wenn infolge nicht deckungsgleicher Tatsachengrundlagen nach Anwendung des [§ 96 SGG](#) auf Sachverhaltsbesonderheiten eingegangen werden müsste (vgl. Meyer-Ladewig/Keller/Leitherer, Kommentar zum SGG, 9. Auflage, Anm. 4 zu [§ 96 SGG](#) m.w.N.). Vorliegend wurde der Honorarbescheid vom 1. August 1998 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 10. Dezember 2001 durch den Bescheid vom 8. April 2005 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 19. Oktober 2005 weder abgeändert noch ersetzt. [§ 96 Abs. 1 SGG](#) ist auch nicht entsprechend anzuwenden, da zwar ein sachlicher Zusammenhang der Streitgegenstände vorliegt, es sich jedoch um unterschiedliche Sachverhalte handelt. Für die Honorarfestsetzung ist im Hinblick auf die Funktion der Sammelerklärung/Quartalerklärung eines Arztes, in der er bestätigt, dass die eingereichte Abrechnung sachlich richtig und vollständig ist, grundsätzlich von einer richtigen und vollständigen Abrechnung auszugehen. Hingegen betrifft der Bescheid vom 8. April 2005 in Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 19. Oktober 2005 die (Vor-)Frage, ob bei dem Kläger die nach dem HVM grundsätzlich nur innerhalb von sechs Wochen nach Ende des Abrechnungszeitjahres (31. März 1998) bestehende Korrekturmöglichkeit ausnahmsweise zu verlängern war und damit Sachverhaltsbesonderheiten. Die Entscheidung über die Berechtigung zur Abrechnungsberichtigung des Klägers war für den streitgegenständlichen Honorarbescheid vorgreiflich.

Gemäß [§ 99 Abs. 1 SGG](#) ist eine Änderung der Klage nur zulässig, wenn die übrigen Beteiligten einwilligen oder das Gericht die Änderung für sachdienlich hält. Die Beklagte hat jedoch der Einbeziehung der vorgenannten Bescheide im Termin zur mündlichen Verhandlung am 23. Juli 2008 ausdrücklich widersprochen. Die Einbeziehung der Bescheide war auch nicht sachdienlich, zumal bereits Bestandskraft des Bescheides vom 8. April 2005 in Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 19. Oktober 2005 eingetreten war.

Aufgrund des bestandskräftigen Bescheides vom 8. April 2005 in Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 19. Oktober 2005 steht dem Kläger keine Berichtigungsmöglichkeit der Abrechnung hinsichtlich der von ihm mit "StatMit" gekennzeichneten Abrechnungsscheine zu, bei denen es sich nach seiner Darstellung um belegärztliche Mitbehandlungen gehandelt hat (von Bestandskraft hinsichtlich der Berichtigungsmöglichkeit ist der erkennende Senat bereits in seinem Beschluss vom 28. Februar 2008, L 4 KA 19/07 für das Quartal III/97 ausgegangen, in dem der Kläger in gleicher Weise geltend gemacht hatte, 12 Fälle mit der Kennzeichnung "stationäre Mitbehandlung" hätten eigentlich als "belegärztliche Mitbehandlung" bezeichnet werden sollen). Entgegen der Auffassung des Klägers ist dem Protokoll der mündlichen Verhandlung vom 22. Dezember 2004 nicht zu entnehmen, dass ihm im Wege eines gerichtlichen Vergleichs eine Berechtigung zur Berichtigung der Abrechnung hinsichtlich der von ihm mit "StatMit" gekennzeichneten Abrechnungsscheine eingeräumt wurde. Die Beklagte hat sich ausweislich der Sitzungsniederschrift der mündlichen Verhandlung vom 22. Dezember 2004 lediglich verpflichtet, den Antrag des Klägers auf die Gestattung der Berichtigung seiner Abrechnungsunterlagen im Hinblick auf von ihm vorgenommene unzutreffende Einstufungen seiner belegärztlichen Tätigkeit zu bescheiden. Auch dem Ruhensbeschluss im Termin der mündlichen Verhandlung vom 22. Dezember 2004 mit der bloßen Anordnung des Ruhens des Verfahrens bis zum 30. Juni 2005 kann nicht entnommen werden, dass dem Kläger insoweit eine Abrechnungsberichtigung eingeräumt werden sollte.

Im Übrigen sind keine Anhaltspunkte ersichtlich, dass dem Kläger in der Sache eine Berichtigungsmöglichkeit zugestanden hätte. Nach der Rechtsprechung des BSG (Urteile vom 22. Juni 2005, [B 6 KA 19/04 R](#) und vom 29. August 2007, [B 6 KA 29/06 R](#), Juris Rdnr. 11) sind Abrechnungsfristen und die Sanktionierung von Fristüberschreitungen durch Honorarabzüge rechtmäßig und die Aufnahme solcher Bestimmungen in den HVM von der Rechtsgrundlage des § 85 Abs. 4 Satz 2 Sozialgesetzbuch (SGB) V gedeckt. Der mit dem Abrechnungsausschluss verbundene Eingriff ist grundsätzlich verhältnismäßig und stellt eine rechtmäßige Berufsausübungsregelung im Sinne des [Artikel 12 Abs. 1 Satz 2 GG](#) dar. Ebenso wenig ist eine Regelung, in der nachträgliche Berichtigungen und/oder Ergänzungen bei den bereits eingereichten Behandlungsfällen ausgeschlossen werden, zu beanstanden. Die Art und Weise der Anwendung einer solchen Regelung darf allerdings keinen Eingriff bewirken, der so schwer wiegt, dass er außer Verhältnis zu dem der Regelung innewohnenden Zweck steht (vgl. BSG, Urteil vom 29. August 2007, [a.a.O.](#) juris Rdnr. 13). Ein solcher Eingriff wurde vom BSG z.B. bei einer Fallgestaltung angenommen, bei der die eingereichte Abrechnung von vornherein erkennbar objektiv unzutreffend war. Der Umfang der Abrechnungssumme hatte bei ungefähr gleicher Patientenzahl in den vorangegangenen Quartalen nur ca. 1/4 der bisherigen Honorarvolumina betragen, zudem hatte die Abrechnung offensichtliche Ungereimtheiten aufgewiesen. Ursächlich dafür war eine technische, nicht aufklärbare und nicht vermeidbare EDV-Panne. Vergleichbare Umstände sind im vorliegenden Fall nicht ersichtlich. Die vom Kläger eingereichten Abrechnungsscheine mit der Bezeichnung "StatMit" waren nicht von vornherein erkennbar objektiv unzutreffend. Außerdem wurden - den vorgetragenen Sachverhalt als richtig unterstellt - im Verhältnis zur insgesamt abgerechneten Fallzahl in überschaubarer Zahl Abrechnungsscheine als fehlerhaft gekennzeichnet, die nicht zu einem größeren Honorarverlust führten und bzw. hätten führen können.

Auch aus dem Grundsatz der Honorarverteilungsgerechtigkeit ([Art. 12 Abs. 1](#) in Verbindung mit [Art. 3 Abs. 1](#) Grundgesetz - GG -) kann der Kläger keinen Anspruch auf gleiche Vergütung der abgerechneten stationären Mitbehandlung als hinzugezogener Vertragsarzt ("StatMit") wie der rein stationären belegärztlichen Mitbehandlung ("BelegMit") herleiten. Für die belegärztliche Tätigkeit gelten grundsätzlich die sich aus dem Vertragsarztrecht ergebenden gleichen Rechte und Pflichten, die ambulante und belegärztlich-stationäre Tätigkeit ist in ihrer Gesamtheit zu sehen (BSG, Urteil vom 12. Dezember 2001, [B 6 KA 5/01 R](#), Juris Rdnr. 22 ff). Belegärztliche Tätigkeit ist die Fortsetzung der ambulanten Tätigkeit. Auch belegärztliche Leistungen sind daher in das Verteilungsgefüge des HVM einzubeziehen. Liegen allerdings Besonderheiten der belegärztlichen Tätigkeit vor, so gebietet [§ 121 Abs. 3 SGB V](#) die belegärztliche Leistungen nach eigenständigen HVM-Mechanismen zu vergüten (vgl. Köhler-Hohmann in JurisPK- SGB V Rdnr. 41 m.w.N.). Unter Berücksichtigung dieser Maßgaben ist grundsätzlich weder eine Differenzierung bei der Vergütung rein stationärer Behandlung durch einen Belegarzt und (fortgesetzter) ambulanter Behandlung durch einen Belegarzt unter dem Gesichtspunkt der Honorarverteilungsgerechtigkeit zu beanstanden, noch eine Differenzierung bei der Vergütung einer rein stationären Mitbehandlung durch einen hinzugezogenen Belegarzt ("BelegMit") und einer

Mitbehandlung durch einen hinzugezogenen niedergelassenen Vertragsarzt ("StatMit"), da es sich jeweils um unterschiedliche Sachverhalte handelt.

Der zweimaligen Abrechnung der Nr. 2363 A, deren Leistungskomplex die EBM-Ä-Nrn. 2363 und 85 umfasst (vgl. Anlage 2 der Rundschreibens der KV Hessen - Landesstelle - vom 17. März 1998 über die Zusammenfassung der bisher in Anlagen 1 und 2 zu LZ 701 d HVM enthaltenen Vorgaben zur Abrechnung ausgewählter Leistungen des ambulanten Operierens gemäß Strukturverträgen mit den Verbänden der Krankenkassen in der neuen Anlage 3 zu LZ 701 d HVM), bei einem Patienten am selben Tag steht entgegen, dass Nr. 85 EBM-Ä bei Erbringung mehrerer operativer Leistungen an demselben Patienten in zeitlichem Zusammenhang insgesamt nur einmal berechnungsfähig ist (Abschnitt B VI. 5. Absatz EBM-Ä). Zur begehrten Umdeutung der fehlerhaften zweimaligen Abrechnung der Nr. 2633 A in Nr. 2363 EBM-Ä war die Beklagte aufgrund der Garantiefunktion der Sammelerklärung nicht verpflichtet.

Die vom Kläger ursprünglich beanstandeten Fallzahldifferenzen vermochten nicht zu einem höheren Honoraranspruch zu führen. Die Beklagte hat zutreffend und für den Senat nachvollziehbar die abgerechneten Fälle ermittelt. Sie hat hierzu zu Recht auf ihr Schreiben vom 12. April 2002 mit Anlagen verwiesen. Der Kläger hat danach 455 Fälle eingereicht (238 Fälle Primärkassen, 217 Fälle Ersatzkassen - Blatt 239, 240 der Gerichtsakte). Davon waren 8 Fälle Sonstige Kostenträger (10 Scheine) in Abzug zu bringen, so dass 447 Fälle verblieben, die mit der Zahl der Behandlungsausweise in der Anzahl- und Summenstatistik des Honorarbescheids vom 1. August 1998 (Seite 5 - Bl. 5 der Verwaltungsakte) übereinstimmen. Die Fälle der Sonstigen Kostenträger lassen sich aus den dem Schreiben vom 12. April 2002 beigefügten Fallzusammenstellungen für die Primär- und Ersatzkassen entnehmen (Bl. 239, 240 der Gerichtsakte). Von den verbleibenden 447 Fällen waren 15 Fälle für die reine belegärztliche Behandlung oder belegärztliche Mitbehandlung (Fälle, die mit "BelegBeh" oder "BelegMit" in der Fallübersicht ausgewiesen sind und bei welchen eine ambulante Behandlung nicht stattgefunden hat) in Abzug zu bringen. Dies ergibt die in der Anzahl- und Summenstatistik des Honorarbescheids vom 1. August 1998 angegebenen 432 kurativ-ambulanten Fälle. In den 432 Fällen sind die Fälle, die mit der Scheinart "StatMit" ausgewiesen sind, enthalten, da sie nach ambulanten Grundsätzen abgerechnet werden. Die Berücksichtigung der vom Kläger eingereichten Unterlagen führt zu keiner anderen Beurteilung. Überdies besteht nach Erörterung in der mündlichen Verhandlung vom 19. Mai 2010 zwischen beiden Beteiligten nunmehr Einigkeit darüber, dass insgesamt 455 Fälle abgerechnet und honoriert worden sind.

Sofern der Kläger die Auffassung vertritt, er werde durch die erfolgte Praxisbudgetierung in seinen Rechten verletzt, ist dies unzutreffend. Als Folge der Umgestaltung des EBM-Ä zum 1. Juli 1997 und Einführung dreier unterschiedlicher Leistungsbereiche für die jeweiligen Arztgruppen, des das typische Leistungsangebot einer Arztgruppe abbildenden Praxisbudgets (so genannter grüner Bereich), der qualifikations- oder bedarfsabhängigen Zusatzbudgets (so genannter gelber Bereich) sowie der gänzlich budgetfreien Leistungen (so genannter roter Bereich), die vor allem der Punktwertstabilisierung diene, ist hinzunehmen, dass auch der Betreiber einer Praxis mit unterdurchschnittlichem Gesamthonorar seine Leistungen nicht mehr in vollem Umfang honorarsteigernd vergütet erhält. Nach der ständigen Rechtsprechung des BSG sind die einschlägigen rechtlichen Grundlagen für die Praxis- und Zusatzbudgets mit höherrangigem Recht vereinbar. Für die Budgetfestlegungen ist dabei grundsätzlich ohne Belang, ob ein betroffener Vertragsarzt wie der Kläger infolge der Regelungen einen gemessen an seiner Fachgruppe unterdurchschnittlichen Praxisgesamtertrag erzielt; denn auch bei einem Vertragsarzt mit unterdurchschnittlicher Fallzahl kann ein überdurchschnittlicher Behandlungsaufwand pro Fall zu nicht gerechtfertigten Budgetüberschreitungen und daher in der Folge zur Honorarbegrenzung führen (vgl. BSG, Urteil vom 2. April 2003, [B 6 KA 38/02 R](#) sowie Beschlüsse des erkennenden Senats vom 15. November 2007, L 4 KA 16/07, 28. Februar 2008, L 4 KA 19/07 und 29. Februar 2008, L 4 KA 17/07). Anders als im Quartal I/97, für das dem Kläger eine Nachvergütung nach Aussetzung der Individualbudgetierung gewährt worden war, weil er einer Mengenbegrenzung nach dem HVM unterlegen hatte, wurde im Quartal I/98 bei dem Kläger keine Mengenbegrenzung nach dem HVM durchgeführt. Nach der vorgenannten Rechtsprechung des BSG waren niedrige Praxiserträge in Auswirkung der Regelungen über die Praxisbudgets nicht generell durch die Zuerkennung höherer Zusatzbudgets auszugleichen. Die Berechnung der Fallpunktzahl der Zusatzbudgets orientierte sich nicht wie die der Praxisbudgets an den typischen Kosten, die zur Deckung des Praxisbetriebs einer Arztgruppe erforderlich sind. Diese sollten vielmehr ein spezielles tatsächliches Leistungsgeschehen widerspiegeln, durch das sich die betroffene Praxis schon in der Vergangenheit ausgezeichnet hatte (BSG; Urteil vom 2. April 2003, [a.a.O.](#)). Aufgrund der Zielrichtung der Zusatzbudgets, ein spezielles Leistungsgeschehen abzubilden, ist auch nicht zu beanstanden, dass im HVM der Beklagten keine Verrechnungsmöglichkeit dergestalt getroffen war, dass Überschreitungen des Praxisbudgets oder des Zusatzbudgets "Phlebologie" mit dem nicht ausgeschöpften Laborbudget verrechnet werden konnte, wie vom Kläger geltend gemacht. Ein Antrag auf Erweiterung des Praxisbudgets und/oder eines Zusatzbudgets war überdies nicht Gegenstand des vorliegenden Verfahrens.

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

Rechtskraft

Aus

Login

HES

Saved

2011-02-04