

S 12 KA 85/08

Land

Hessen

Sozialgericht

SG Marburg (HES)

Sachgebiet

Vertragsarztangelegenheiten

Abteilung

12

1. Instanz

SG Marburg (HES)

Aktenzeichen

S 12 KA 85/08

Datum

10.12.2008

2. Instanz

Hessisches LSG

Aktenzeichen

L 4 KA 4/09

Datum

15.12.2010

3. Instanz

Bundessozialgericht

Aktenzeichen

-

Datum

-

Kategorie

Urteil

Leitsätze

Ein Vertragsarzt, der irrtümlich die Pseudoziffer für ambulante und extrabudgetär vergütete Operationsleistungen nicht auf der Abrechnungsdiskette, sondern nur auf eingereichten Dokumentationsbögen für Zwecke der Qualitätssicherung angibt, und dadurch einen Verlust des ihm eigentlich zustehenden Honorars in zwei Quartalen von 40,5 % bzw. 33,1 % erleidet, ist zur nachträglichen Abrechnungskorrektur zuzulassen.

1. Unter Abänderung der Honorarbescheide für die Quartale II und III/05, beide in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 20.02.2008 wird die Beklagte verpflichtet, den Kläger unter Beachtung der Rechtsauffassung des Gerichts über seine Honoraransprüche neu zu bescheiden.

2. Die Beklagte hat die notwendigen Verfahrenskosten zu tragen.

Tatbestand:

Die Beteiligten streiten um die Höhe des Honorars für die beiden Quartale II und III/05.

Der Kläger ist seit 01.09.2000 als Facharzt für Chirurgie/Gefäßchirurgie zur vertragsärztlichen Versorgung mit Praxissitz in A-Stadt zugelassen. Er verfügt über die Zusatzbezeichnung Phlebologie sowie über die Genehmigung zur Sonographie in der Gefäßdiagnostik und Retroperitoneum sowie zum ambulanten Operieren und zur Erbringung physikalisch-medizinischer Leistungen. Nach dem Honorarverteilungsvertrag der Beklagten gehört er zur Honorar(unter)gruppe der Fachärzte für Chirurgie, B 2.3, an und ist abrechnungstechnisch der Fachgruppe/Arztgruppe VfG 17-00 zugeordnet. Für die streitbefangenen Quartale setzte die Beklagte das Honorar jeweils mit Honorarbescheid fest, wobei sie den Honorarbescheid für das Quartal II/05 aus abrechnungstechnischen Gründen ersetzte. Der Kläger legte Widerspruch ein. Im Einzelnen ergeben sich die Festsetzungen und Daten aus nachfolgender Übersicht:

II/05 III/05

Honorarbescheid vom 27.06.2006 22.01.2006 11.08.2006

Widerspruch eingelegt am 17.03.2006 18.10.2006

Nettohonorar gesamt in EUR 55.187,15 60.189,40 34.297,87

Bruttohonorar PK + EK in EUR 54.172,10 34.315,71

Fallzahl PK + EK 670 552

Fallzahlabhängige Quotierung Ziff. 5.2.1 HVV

Fallzahlgrenze 592 601

Aktuelle Fallzahl 670 552

Anerkennungsfähiges Honorar in Punkten 2.447.049,0 -

Quote 95,41 % -

Regelleistungsvolumen Ziff. 6.3 HVV

Fallwert 844,8 845,9

Fallzahl 642 552

Praxisbezogenes RLV in Punkten 542.361,6 466.936,8

Abgerechnetes Honorarvolumen in Punkten 2.564.765,0 1.683.200,0

Überschreitung in Punkten 2.022.403,4 1.216.263,2

Ausgleichsregelung Ziff. 7.5 HVV

Referenz-Fallzahl 684 641

Referenz-Fallwert in EUR 83,9675 71,5200

Aktueller Fallwert in EUR 49,7599 44,9556

Auffüllbetrag je Fall in EUR 30,0189 16,1798

Auffüllbetrag gesamt in EUR 20.112,62 8.931,25

Fallwert nach Auffüllung in EUR- 79,7788 61,1354

Fallwert nach Auffüllung im Verhältnis zum Referenz-Fallwert in %- 95,0 85,5

- Berechnungen der Kammer

Zur Begründung seiner Widersprüche führte der Kläger bezüglich des Quartals II/05 aus, der Widerspruch richte sich zunächst generell und grundsätzlich gegen die Einführung des ab dem 01.04.2005 geltenden EBM 2005. Die Vergütungsstrukturen und die Kostenansätze seien rechtswidrig und nicht nachvollziehbar. Die betriebswirtschaftliche Kalkulation basiere auf einer Punktebewertung vom 5,11 Cent. Dieser Punktwert habe auf der Ebene der Kassenärztlichen Vereinigung nicht gehalten werden können, sodass eine Vergütung unterhalb der zugrunde liegenden Kosten erfolgt sei. Der Widerspruch richte sich ferner gegen die vorgenommene Honorarverteilung. Nachgewiesene und öffentlich bekannte Fehlberechnungen der Abrechnung des 3. Quartals 2005 ließen die Schlussfolgerung zu, das auch im 2. Quartal fehlerhafte Berechnungen der Honoraranteile wegen der Neueinführung des EBM 2005 eingetreten seien. Der Widerspruch richte sich auch gegen die Berechnung der Honorarabschlüsse zur Regelung der Fallzahlbegrenzung. Er widerspreche auch, dass bei der Neuerstellung des Honorarbescheides zu seinen Lasten ein Betrag von 5.002,25 EUR abgezogen worden sei. Für das Quartal III/05 wandte er sich gegen einen Abzug vom 11.027,89 EUR. Weiter trug er vor, für die von ihm durchgeführten ambulanten Operationen, Postoperative Überwachung und Postoperative Behandlung habe er die korrekten EBM- und OPS-Nummern angegeben. Trotzdem seien diese Operationen im Rahmen des Regelleistungsvolumens der Fachgruppe Chirurgie abgerechnet worden, obwohl diese Operationen außerhalb des Budgets hätten abgerechnet werden müssen, wie das bis zum Quartal I/05 der Fall gewesen sei. Den Fehler habe er erst nach Erhalt des Honorarbescheides entdecken können. Herr UW. von der Beklagten habe ihn darauf aufmerksam gemacht, dass seine ambulanten Operationen als budgetiert abgerechnet worden seien und nicht als nicht budgetiert, was sie nach dem Strukturvertrag mit den Kassen hätten sein müssen. Der habe die so genannten Pseudoziffern für die Operationen nicht in der Abrechnung angegeben. Dies Pseudonummern habe er auf die grünen Zettel und die roten Zettel der OP-Dokumentation schriftlich aufgetragen und in der KV zur Abrechnung abgegeben. Die Kopien dieser Formulare lägen in seiner Praxis vor. Er habe keine schriftliche Benachrichtigung oder telefonische Auskunft über seinen angeblichen Fehler erhalten. Der Beklagten sei sehr genau bekannt, welche ambulant durchgeführten Operationen budgetiert und welche nicht budgetiert seien. Betroffen seien die von ihm in großer Zahl vorgenommenen Operationen V. saphena magna (Crossektomie mit Stripping) Nr. 90879A und V. saphena parva (Crossektomie mit Stripping) Nr. 90878A. Die "Pseudoziffern" habe er eingereicht, unvollständig seien allein die digitalen Daten gewesen, auf denen offensichtlich allein die Abrechnung beruhe. Er reiche die ausgedruckten Leistungsprotokolle ein. Darin seien alle abrechnungstechnisch unzutreffend geschlüsselten Patienten mit den jeweiligen Leistungsziffern unterstrichen. Die technische Unvollständigkeit der Abrechnung erfordere eine Richtigstellung, die von Amts wegen vorgenommen werden müsse. Der Kläger verwies ferner auf sein Vorbringen zu Erhöhung des Regelleistungsvolumens.

Der Kläger hatte am 25.07.2006 die Erhöhung des Regelleistungsvolumens beantragt. Er trug vor, er werde am 01.08.2006 die Praxis von der Berliner Straße in die A-Straße nach Auflösung der Praxisgemeinschaft mit einem hautärztlichen Kollegen verlegen. Die neue Praxisgründung bei einem in der Praxis ambulant operierenden Gefäßchirurgen sei mit sehr hohen Investitionen verbunden. Sein Punktzahlvolumen sei deutlich höher als die durchschnittliche Zahl der Fachgruppe Chirurgie. Seine Praxisinvestitionen seien enorm und überdurchschnittlich im Vergleich zur Fachgruppe Chirurgie. Er habe nach hygienischen Vorschriften einen Operationstrakt aufgebaut mit zwei Operationsräumen, Aufwachraum, Schleusenkabinen, Sterilisator- und Vorbereitungsraum und mit einer entsprechenden anspruchsvollen Ausrüstung. Er benötige kostspielige Geräte zur Diagnostik, z. B. ein farbkodiertes Duplexgerät zum Preis von 80.000,00 EUR, ein Doppler-Gerät zum Preis von 10.000,00 EUR, eine Venenverschlussplethysmografie zum Preis von 20.000,00 EUR, eine Anlage für Radiofrequenztherapie zum Preis von 15.000,00 EUR. Ein Teil der Operationen sei inzwischen budgetiert. Sie seien fünf Gefäßchirurgen in A-Stadt. Aus Versorgungsgesichtspunkten könne er auf die Leistungen nicht verzichten. Das Honorar in der Belegklinik sei um fast 60 % reduziert worden. Es gehe um verschiedene diagnostische und therapeutische Leistungen, die er im Einzelnen aufgeführt hat. Er bitte deshalb, sein Regelleistungsvolumen nicht nach der durchschnittlichen Fallzahl der Fachgruppe Chirurgie zu messen, sondern seinen Anteil als Facharzt für Gefäßchirurgie und Phlebologie zu bewerten und das Regelleistungsvolumen entsprechend zu erhöhen. Im Quartal III/05 habe er von 1.682.200 Punkten nur 466.927 Punkte, das bedeute nur 27,76 % vergütet bekommen. Bei verschiedenen Leistungen überschreite er deutlich den Durchschnitt der Fachgruppe. Einzelne Behandlungen zeigten, dass er hierfür wesentlich mehr Punkte benötige und dass man ihn nicht nach dem Regelleistungsvolumen einer Gruppe Chirurgie messen könne, weil er deren Durchschnitt von 845,9 Punkten immer überschreiten müsse. Im Quartal IV/05 seien ihm nur 526.239,0 Punkte anerkannt worden, er habe 1.377.570 Punkte erbracht. Damit seien nur 38,20 % vergütet worden. Mit Bescheid vom 29.01.2007 wies die Beklagte den Antrag, den sie als Antrag bezogen auf die Quartale II/05 bis II/06 wertete, ab. Zur Begründung führte sie u. a. aus, der geltende Honorarverteilungsvertrag enthalte Vorgaben zur Bewertung der Honorarforderungen auf Basis von Regelleistungsvolumina. Das im aktuellen Abrechnungsquartal gültige praxisindividuelle (fallzahlabhängige) Regelleistungsvolumen einer Praxis bestimme sich im Grundsatz aus der Multiplikation der im aktuellen Quartal ermittelten arztgruppenspezifischen Fallpunktzahlen und der Fallzahl der Praxis unter Beachtung der Aufteilung der relevanten Fallzahl in die verschiedenen Altersklassen. Die Zuordnung zu einer der in der Anlage 6.3 des HVV aufgeführten Arzt-/Fachgruppe richte sich wiederum nach dem Fachgebiet, für das der Arzt vertragsärztlich zugelassen sei. Für die Fachgruppe der Chirurgen sehe der Honorarverteilungsvertrag folgendes Regelleistungsvolumen vor:

Primärkassen Ersatzkassen

Altersgruppe 0 - 5 6 - 59 -) 60 0 - 5 6 - 59 -) 60

Fallpunktzahl 537 796 1.057 474 701 903

Eine Analyse des Leistungsspektrums des Klägers habe zwar ergeben, dass er einzelne gefäßchirurgische/phlebologische/sonographische Leistungen im Vergleich zur Fachgruppe häufiger abrechne. Allerdings werde dennoch keine Möglichkeit gesehen, praxisbezogene

Änderungen an den arztgruppenspezifischen Fallpunktzahlen vorzunehmen. Der Vorstand habe festgelegt, dass eine Sonderregelung nur aus Gründen der Sicherstellung erfolgen könne. Für die Beurteilung des Aspektes der Sicherstellung sei maßgeblich, ob im Umkreis von 50 km ausreichend Ärzte zur Verfügung stünden, die die streitgegenständlichen Leistungen abrechneten. Allein im Planungsbereich A-Stadt-Stadt liege eine Überversorgung an Chirurgen vor. Es seien auch dort weitere Gefäßchirurgen tätig, ebenso in der näheren Umgebung (z. B. HO-Stadt.). Es seien mehrere Fachärzte niedergelassen, die ebenfalls phlebologisch-sonographische Leistungen erbrächten. Komme es zu Verwerfungen nach dem neuen EBM 2005, so erfolge ein Ausgleich nach Ziffer 7.5 des Honorarverteilungsvertrages. Dies habe in den Quartalen II bis IV/05 bei dem Kläger zu Auffüllungsbeträgen in Höhe von 8.931,25 EUR bis 20.112,63 EUR geführt. Den hiergegen am 08.02.2007 eingelegten Widerspruch wies die Beklagte mit Widerspruchsbescheid vom 10.05.2007 als unbegründet zurück. Die hiergegen am 31.05.2007 erhobene Klage wies die Kammer mit zwischenzeitlich rechtskräftigem Urteil vom 30.01.2008, Az.: [S 12 KA 237/07](#), zurück.

Die Widersprüche gegen die beiden Honorarbescheide für die Quartale II und III/05 wies die Beklagte mit Widerspruchsbescheid vom 20.02.2008 als unbegründet zurück. Zur Begründung führte Sie u. a. aus, Sie sei an die Vorgaben des EBM gebunden. Mit dem Gesetz zur Modernisierung der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Modernisierungsgesetz- GMG) seien die Regelleistungsvolumina eingeführt worden. Für den Fall der Überschreitung der Grenzwerte sei vorzusehen, dass die den Grenzwert überschreitende Leistungsmenge mit abgestaffelten Punktwerten vergütet werde. An die hierzu ergangenen Vorgaben des Bewertungsausschusses sei sie gebunden. Die fallzahlabhängige Quotierung habe sie gemäß Ziffer 5.2.1 HVV durchgeführt. Soweit die angewandten Kostensätze als rechtswidrig und nicht nachvollziehbar gerügt würden, so habe sie den Beschluss des Bewertungsausschusses vom 29.10.2004 korrekt umgesetzt. Darin habe dieser auch beschlossen, dass der Punktwert vom 5,11 Cent nicht zum Ansatz komme. Ein solcher Punktwert könne auch nicht ausgezahlt werden, da lediglich die mit den Krankenkassen vereinbarte Gesamtvergütung verteilt werden könne. Dabei errechne sich der jeweilige Punktwert, indem zunächst die Honoraranforderungen aller Vertragsärzte zu einem rechnerischen Punktwert der vorhandenen Gesamtvergütung gegenübergestellt würden. Soweit die Gesamtvergütung nicht ausreiche, um die Honoraranforderungen mit diesem Punktwert zu befriedigen, seien Nachforderungen der KV Hessen an die Krankenkassen ausgeschlossen. Vielmehr müsse eine Quotierung erfolgen, die schließlich im Ergebnis zu dem ausgezahlten Punktwert geführt habe. Dieser habe im Quartal II/05 nach der Punktwertreduzierung zu Gunsten des Honorarbereichs C für die Primärkassen 3,661 Cent und 3,216 Cent für den Bereich der Ersatzkassen betragen. Die Berechnung des Regelleistungsvolumens sei nicht zu beanstanden. Eine Sonderregelung komme nicht in betracht. Richtig sei der Vortrag des Klägers, dass in beiden streitbefangenen Quartalen sämtliche Leitungen des ambulanten Operierens in die budgetierte Vergütung geflossen seien. Eine Vergütung der betreffenden Leistungen gemäß den Strukturverträgen ambulantes Operieren habe nicht vorgenommen werden können. Dies folge daraus, dass der Kläger in seiner Abrechnung nicht die vorhandenen Pseudoziffern zur Kennzeichnung der Leistungen des ambulanten Operierens im Rahmen der Strukturverträge angegeben habe. Über die Notwendigkeit, die Pseudoziffer anzugeben, habe sie hinreichend informiert, u. a. mit dem Schreiben vom 08.04.2005. In den Quartalen II und III/05 hätten die ambulant operierenden Ärzte durch die Steuerung über die Pseudoziffer die Wahlmöglichkeit gehabt, ob eine Vergütung über die gesonderte honorarvertragliche Vereinbarungen bzw. die Strukturverträge oder über die budgetierte Vergütung habe stattfinden sollen. Zum Beispiel bei einer Ausschöpfung des Regelleistungsvolumens ambulantes Operieren hätten Ärzte diese Steuerungsmöglichkeit über die Pseudoziffern auch ausdrücklich wahrgenommen und so eine Vergütung über das, eventuell bis dahin nicht ausgeschöpfte "normale Regelleistungsvolumen" erreicht. Vor diesem Hintergrund habe bei der Bearbeitung der Abrechnungen nicht automatisch eine Korrektur vorgenommen werden können, da nicht zwingend davon auszugehen war, dass dies dem Wunsch des Klägers entspreche. Der Kläger sei auch "EDV-Anwender" und reiche seine Abrechnungsunterlagen mittels maschinell verwertbaren Datenträgers ein. Hierfür erhalte er einen Verwaltungskostennachlass. Dieser Zweck der Verfahrensvereinfachung könne nur erreicht werden, wenn nicht die Abrechnungen aller Ärzte stets darauf überprüft würden, ob diese mit den zusätzlichen in Papierform eingereichten Unterlagen identisch seien. Ein Abgleich finde hier folglich nicht statt. Eine nachträgliche Korrektur sei nicht möglich. Nach dem Honorarverteilungsvertrag seien die Abrechnungsunterlagen für jedes abgelaufene Quartal zu dem von der KV festgesetzten Termin bei der zuständigen Bezirksstelle einzureichen. Mit der Abgabe der Abrechnung bestätige der Arzt auch, dass die eingereichte Abrechnung sachlich richtig und vollständig sei. Die bis zum Quartal I/05 bestehende Regelung, bereits eingereichte Abrechnungsunterlagen innerhalb der ersten 6 Wochen nach Ende des Abrechnungsquartals zu berücksichtigen mit der Möglichkeit einer Fristverlängerung in begründeten Ausnahmefällen, sei für die Quartale II bis IV/05 nicht in den Honorarverteilungsvertrag aufgenommen worden. Der Vorstand habe deshalb diese Regelung fortgeführt mit der Maßgabe, dass die Frist zur Korrektur von 6 auf 10 Wochen für die Quartale II und III/05 verlängert und für die Quartale ab IV/05 auf 8 Wochen festgesetzt werde. Für eine nachträgliche Berichtigung von extra budgetären Leistungen verlängere sich die Frist bis zum Zugang des Honorarbescheides. Darüber hinaus könne im Ausnahmefall diese Frist auch verlängert und eine Korrektur der Abrechnungsunterlagen noch nach dieser Frist zugelassen werden. Der Kläger habe erstmalig mit Schreiben vom 25.11.2006 um Korrektur seiner Abrechnungen gebeten. Die Korrekturfristen seien zu diesem Zeitpunkt bereits abgelaufen gewesen. Gründe für eine Ausnahme seien nicht ersichtlich. Ab dem 01.10.2005 seien die bisher gültigen Pseudo-Ziffern entfallen und ambulant erbrachten operativen Leistungen grundsätzlich auf Basis des EBM abzurechnen. Hierüber habe sie mit Schreiben vom 05.09.2005 informiert. Ebenso sei die durchgeführte Maßnahme der +/- 5 % Ausgleichsregelung korrekt vorgenommen worden. Dies habe beim Kläger zu Ausfüllungsbeträgen geführt.

Hiergegen hat der Kläger am 06.03.2008 die Klage erhoben, die er mit Schriftsatz vom 20.06.2008 auf Anfrage des Gerichts auf die Berücksichtigung der Pseudoziffern und ihrer Folgen für die drei Operationstypen Operationen V. saphena magna, Operationen V. saphena parva und Operationen zur transkutanen Unterbindung der VV. Perforantes, Varizenexhairese beschränkt hat. Er begehrt, ihm eine Korrektur für die beiden streitbefangenen Quartale einzuräumen und seinen Honoraranspruch entsprechend zu korrigieren. Sein Honorar für die beiden Quartale sei sehr niedrig im Vergleich mit den vorherigen Quartalen. Es seien ihm auch Beträge wegen einer Überzahlung abgezogen worden. Es gehe um die Korrektur der Pseudoziffern für die Operationen V. saphena magna, V. saphena parva und der transkutanen Unterbindung der VV. Perforantes, Varizenexhairese. Die Ausgleichsregelung nach Ziffer 7.5 diene nur zum Ausgleich der Verluste, hätten aber mit dem OP-Pseudoziffern nichts zu tun. In den beiden voran gegangenen Quartalen habe sein Honorar 98.813,14 EUR (Quartal IV/05) bzw. 96.805,75 EUR (Quartal I/05) betragen. Sein Verlust betrage im Quartal I/05 ca. 25.000 - 27.000 EUR, im Quartal III/05 ca. 63.000 - 66.000 EUR, gehe man von der Differenz zu den beiden genannten Vorquartalen aus. Insgesamt betrage der Verlust ca. 93.000 EUR. Die Pseudoziffern seien erst zum 01.04.2005 eingeführt worden. Zuvor habe es andere Pseudoziffern gegeben. Er habe die sog. grünen Formulare (Dokumentation zur Qualitätssicherung ambulantes Operieren) mit den neuen Pseudoziffern bei der Abrechnung abgegeben. Dies habe die Beklagte immer vollkommen ignoriert. Diese Formulare habe er mit der Abrechnungsdiskette abgegeben. Das Bundessozialgericht habe klargestellt, dass auch verspätete oder fehlerhafte eingereichte Abrechnungen von der KV lediglich durch Honorarabzüge sanktioniert werden dürften. Vertragsärzte dürften jedoch nicht gänzlich von Ihrem Honoraranspruch ausgeschlossen werden.

Der Kläger beantragt,

unter Abänderung der Honorarbescheide für die Quartale II und III/05, beide in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 20.02.2008 die Beklagte zu verpflichten, ihn unter Beachtung der Rechtsauffassung des Gerichts über seine Honoraransprüche neu zu bescheiden.

Die Beklagte beantragt,
die Klage abzuweisen.

Sie ist unter Verweis auf ihre Ausführungen im angefochtenen Widerspruchsbescheid im Übrigen weiterhin der Auffassung, der Kläger hätte als "EDV-Anwender" bei der Abrechnung die Pseudoziffer angeben müssen. Er habe eingeräumt, dass er die Ziffern auf der Abrechnungsdiskette nicht eingetragen habe. Hierüber sei in ihrem Internetauftritt und mit mehreren Rundschreiben, so u. a. mit Schreiben vom 08.04.2005, informiert worden.

Wegen der weiteren Einzelheiten wird auf den übrigen Inhalt der Gerichts- und beigezogenen Verwaltungsakte, der Gegenstand der Beratungen gewesen ist, Bezug genommen.

Entscheidungsgründe:

Die Kammer hat in der Besetzung mit einer ehrenamtlichen Richterin und einem ehrenamtlichen Richter aus den Kreisen der Vertragsärzte verhandelt und entschieden, weil es sich um eine Angelegenheit der Vertragsärzte handelt ([§ 12 Abs. 3 Satz 2](#) Sozialgerichtsgesetz - SGG -).

Die Klage ist zulässig. Sie ist auch begründet. Die Honorarbescheide für die Quartale II und III/05, beide in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 20.02.2008 sind rechtswidrig und waren daher abzuändern. Die Beklagte ist verpflichtet, den Kläger unter Beachtung der Rechtsauffassung des Gerichts über seine Honoraransprüche neu zu bescheiden.

Die Honorarbescheide für die Quartale II und III/05, beide in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 20.02.2008 sind insofern rechtswidrig, als die Beklagte eine nachträgliche Korrektur der Abrechnung nicht zugelassen hat.

Nach der Vereinbarung zwischen der Kassenärztlichen Vereinigung Hessen und den Verbänden der Krankenkassen zur Honorarverteilung für die Quartale 2/2005 bis 4/2005, veröffentlicht als Anlage 2 zum Landesrundschreiben/Bekanntmachung der Beklagten vom 10.11.2005 (im Folgenden: HVV), sind die Abrechnungsunterlagen für jedes abgelaufene Abrechnungsquartal bis zu dem von der KV Hessen festgesetzten Termin bei der zuständigen Bezirksstelle der KV Hessen einzureichen (§ 8, Abschnitt 8.1 Abs. 1 HVV). Mit der Abgabe der Behandlungsausweise und gegebenenfalls eines maschinell verwertbaren Datenträgers bestätigen der Arzt bzw. Psychotherapeut oder bei einer Gemeinschaftspraxis die Ärzte bzw. Psychotherapeuten in einer Sammelerklärung/Quartalseklärung, dass die zur Abrechnung eingereichten Leistungen nach den gesetzlichen und vertraglichen Bestimmungen sowie nach den Vorgaben dieses Honorarverteilungsvertrages erbracht worden sind, notwendig waren und die eingereichte Abrechnung sachlich richtig und vollständig ist (§ 8, Abschnitt 8.1 Abs. 3 Satz 1 HVV). Einzelheiten der Verfahrensweise bei verspäteter Abrechnungsabgabe bzw. bei nicht ordnungsgemäßer Rechnungslegung regelt die KV Hessen in eigener Zuständigkeit (§ 8, Abschnitt 8.2 HVV). Entsprechend hat der Vorstand der Beklagten am 29.08.2005 beschlossen, die ehemalige LZ 601 HVM im Sinne einer Übergangsregelung fortzuführen; allerdings mit der Maßgabe, dass der Zeitraum von sechs Wochen auf zehn Wochen verlängert wird. Mit weiterem Beschluss vom 09.01.2006 hat er die Frist für das Quartal IV/05 auf acht Wochen reduziert. Damit wurde Abs. 5 der LZ 601 HVM des zuvor geltenden Honorarverteilungsmaßstabs übernommen; bei den Abs. 1 bis 4 handelte sich um Regelungen, die bereits durch § 8, Abschnitt 8.1 HVV übernommen worden waren. Abs. 5 der LZ 601 HVM lautete: "Die Bezirksstelle kann gestatten, dass ein Arzt bzw. Psychotherapeut innerhalb der ersten 6 Wochen nach Ende eines Abrechnungsvierteljahres seine bereits eingereichten Abrechnungsunterlagen in den Geschäftsräumen der Bezirksstelle in Anwesenheit eines Bevollmächtigten der Bezirksstelle berichtigt. In begründeten Ausnahmefällen kann diese Frist verlängert werden."

Wenn die Kammer auch grundsätzlich der Auffassung ist, dass Fragen der verspäteten Abrechnungsabgabe, der Abgeltung des Verwaltungsaufwandes bei Fristversäumnis und des Verlusts des Abrechnungsanspruches in ihren Grundzügen auch inhaltlich im HVV nach [§ 85 Abs. 4 Satz 2 SGB V](#) zu regeln sind (vgl. BSG, Urt. v. 21.10.1998 - [B 6 KA 71/97 R](#) - [SozR 3-2500 § 85 Nr. 28](#) = [BSGE 83, 52](#) = [NZS 1999, 362](#), zitiert nach juris, Rdnr. 28; BSG, Urt. v. 26.06.2002 - [B 6 KA 28/01 R](#) - [SozR 3-2500 § 85 Nr. 47](#) = [NZS 2003, 494](#)), so kann aufgrund der grundsätzlichen Ermächtigungsnorm in § 8, Abschnitt 8.2 HVV die Statuierung einer Regelung durch Übernahme einer Vorgängerregelung hingenommen werden. Der Inhalt des Abs. 5 der LZ 601 HVM ist aber ebf. rechtlich nicht zu beanstanden. Die Kammer hält insofern an ihrer bisherigen Rechtsprechung fest (vgl. Urt. v. 23.05.2007 - [S 12 KA 876/06](#) - [www.sozialgerichtsbarkeit.de](#), Berufung zurückgewiesen durch LSG Hessen, Beschl. v. 24.04.2008 - [L 4 KA 46/07](#) -; Urt. v. 26.09.2007 - [S 12 KA 100/07](#) - [www.sozialgerichtsbarkeit.de](#) -, Berufung anhängig (Az.: [L 4 KA 70/07](#)); Urt. v. 26.09.2007 - [S 12 KA 196/07](#) - [www.sozialgerichtsbarkeit.de](#) -, Berufung anhängig (Az.: [L 4 KA 71/07](#))).

Nach Maßgabe dieser Bestimmungen kommt eine nachträgliche Berichtigung der von dem Kläger geltend gemachten Pseudoziffern nicht in Betracht. Dies ist aber im Fall des Klägers unverhältnismäßig.

Die Kammer geht zunächst davon aus, dass der Kläger die Pseudoziffern nicht angegeben hat. Er hat in der mündlichen Verhandlung eingeräumt, er wisse nicht mehr, ob er sie auch auf der Abrechnungsdiskette angegeben habe, jedenfalls könne er einen entsprechenden Nachweis nicht führen. Die Angabe auf dem Dokumentationsbogen, die die Pseudoziffern jeweils enthielt, diene aber der Qualitätssicherung und nicht der Abrechnung.

Die Vorgaben zur nachträglichen Berichtigung sind grundsätzlich rechtmäßig und waren von der Kammer nicht zu beanstanden.

Es ist eine der grundlegenden Pflichten jedes Vertragsarztes, die erbrachten Leistungen peinlich genau abzurechnen, weil die korrekte Abrechnung von der Kassenärztlichen Vereinigungen angesichts der Vielzahl der von ihr in jedem Quartal zu bewältigenden Datenmengen nur in eingeschränktem Umfang überprüft werden kann (vgl. BSG, Urt. v. 24.11.1993 - [6 RKA 70/91](#) - [BSGE 73, 234](#) = [SozR 3-2500 § 95 Nr. 4](#) (juris Rdnr. 22); BSG, Urt. v. 25.10.1989 - [6 RKA 28/88](#) - [BSGE 66, 6](#), 8 = [SozR SozR 2200 § 368a Nr. 24](#) (juris Rdnr. 15); BSG, Urt. v. 08.07.1981 - [6 RKA 17/80](#) - USK 81172 (juris Rdnr. 31)). Der Grundsatz der peinlich genauen Abrechnung gilt unabhängig davon, ob die Abrechnung auf manuellem Wege oder mittels elektronischer Datenträger erfolgt. Auch wenn sich der Vertragsarzt im zweiten Fall entsprechender Abrechnungsprogramme bedient, entlastet ihn dies nicht davon, sich vor Weiterleitung der Diskette an die Kassenärztliche

Vereinigung wenigstens anhand von Stichproben zu vergewissern, dass die dort enthaltenen Angaben frei von Fehlern sind, unabhängig davon, ob diese auf eigenen Falscheingaben oder auf Mängeln der benutzten Software beruhen (vgl. LSG Niedersachsen, Beschl. v. 17.02.2005 - L 3 KA 218/04 ER -; LSG Nordrhein-Westfalen, Ur. v. 15.01.1997 - [L 11 Ka 74/96](#) - [NZS 1997, 384](#), 386).

Der Arzt hat daher mit Abgabe der Abrechnung in einer Sammelerklärung/Quartalserklärung zu bestätigen, dass die zur Abrechnung eingereichten Leistungen nach den gesetzlichen und vertraglichen Bestimmungen sowie nach den Vorgaben des Honorarverteilungsmaßstabs erbracht worden sind, notwendig waren und die eingereichte Abrechnung sachlich richtig und vollständig ist (LZ 601 Satz 4 HVM).

Die Kassenärztlichen Vereinigungen sind auf der Rechtsgrundlage des [§ 85 Abs. 4 Satz 1](#) und 2 SGB V befugt, in ihrem HVM Regelungen über die Modalitäten der Abrechnung durch die Vertragsärzte zu treffen. Sie dürfen in diesem Zusammenhang auch Abrechnungsfristen vorgeben und diese als Ausschlussfristen ausgestalten. Im HVM können insbesondere nicht nur die Fristen geregelt werden, die die Vertragsärzte bei der Abrechnung einhalten müssen, sondern auch die Folgen, die sich aus einem Fristversäumnis für die Abrechnungen ergeben. [§ 85 Abs. 4 Satz 2 SGB V](#) lässt daher auch eine Regelung im HVM zu, nach der Abrechnungsscheine von der Vergütung ausgeschlossen sind, die nicht innerhalb des festgesetzten Einsendetermins zur Abrechnung eingereicht werden. Die Ausgestaltung einer Abrechnungsfrist als Ausschlussfrist stellt für sich genommen keinen derart schwerwiegenden Eingriff in die Berufsausübung dar, dass für ihn eine ausdrückliche gesetzliche Ermächtigung erforderlich wäre. Zweck der Honorarverteilung ist, dass nach jedem Quartal möglichst schnell und möglichst umfassend die für die Honorarverteilung zur Verfügung stehenden Beträge ausgekehrt werden. Dies entspricht vor allem dem Interesse der Vertragsärzte. Denn diese sind - insbesondere wegen der zu bestreitenden Praxiskosten - auf eine möglichst kurze Zeitspanne zwischen Leistungserbringung und Leistungshonorierung angewiesen. Auch widerspräche die Zahlung lediglich von Abschlägen auf das voraussichtliche Honorar über einen längeren Zeitraum hinweg dem berechtigten Interesse der Ärzte an der Kalkulierbarkeit ihrer Einnahmen. Der Zeitpunkt, zu dem die KÄV nach Abschluss des jeweiligen Quartals die Abrechnung vorzunehmen und den Vertragsärzten ein Honorarbescheid zu erteilen hat, ist bundesrechtlich zwar nicht vorgegeben. Die KÄVen sind jedoch gehalten, die ihnen von den Krankenkassen gezahlte Gesamtvergütung ([§ 85 Abs. 1 SGB V](#)) umgehend an die Vertragsärzte zu verteilen ([§ 85 Abs. 4 SGB V](#)). Demgemäß sind die KÄVen verpflichtet, den Vertragsärzten alsbald nach Quartalsabschluss Honorarbescheide zu erteilen. Zahlreiche Bestimmungen sowohl der Bundesmantelverträge als auch des Einheitlichen Bewertungsmaßstabs für vertragsärztliche Leistungen legen fest bzw. setzen voraus, dass die vertragsärztlichen Leistungen in einem Kalendervierteljahr zusammengefasst vom Vertragsarzt abgerechnet und von der Kassenärztlichen Vereinigung vergütet werden. Der Eigengesetzlichkeit eines auf das einzelne Quartal ausgerichteten Gesamtvergütungssystems entspricht es, Zahlungen möglichst aus der für das jeweilige Quartal zur Verfügung stehenden Gesamtvergütung vorzunehmen und Rückstellungen oder Nachvergütungen weitestgehend zu vermeiden. Die Bildung von Rückstellungen, d. h. der Einbehalt von Teilen der für ein Quartal entrichteten Gesamtvergütung, kann unerwünschte Auswirkungen auf die Finanzierbarkeit vertragsärztlicher Praxen und damit letztlich auf die Versorgung der Versicherten haben. Auch die berechtigten Belange der Krankenkassen können tangiert sein, wenn diese die Gesamtvergütung in gesetzeskonformer Höhe an die Kassenärztliche Vereinigung entrichten, die Vertragsärzte davon aber nur Teile erhalten, die eine angemessene Vergütung der von ihnen erbrachten Leistungen möglicherweise nicht gewährleisten. Schließlich sind zahlreiche mengenbegrenzende Regelungen in Honorarverteilungsmaßstäben, wie etwa Fallzahlzuwachsbeschränkungen oder Individualbudgets, auf das einzelne Quartal bezogen. Die Kassenärztliche Vereinigung muss deshalb gewährleisten können, dass prinzipiell alle Leistungen eines Quartals rechtzeitig abgerechnet und von derartigen Steuerungsinstrumenten erfasst werden. Hierfür müssen Anreize zur Verlagerung von Abrechnungen in Folgequartale, etwa wenn die elektronische Erfassung der Abrechnungswerte einer Praxis einen starken und partiell unerwünschten Fallzahlzuwachs anzeigt, vermieden werden. Vor diesem Hintergrund ist es nicht nur gestattet, sondern sachlich geboten, Vorkehrungen dafür zu treffen, dass alle vertragsärztlichen Leistungen eines Quartals weitestgehend aus den für dieses Quartal von den Krankenkassen entrichteten Gesamtvergütungen honoriert werden. Die Ausgestaltung von Abrechnungsfristen als materielle Ausschlussfristen ist zur Erreichung einer möglichst zügigen, zeitgerechten und vollständigen Verteilung der Gesamtvergütung grundsätzlich geeignet. Fristen für die Abrechnung vertragsärztlicher Leistungen dienen umso mehr einer schnellen und umfassenden Honorarverteilung, je weniger Ausnahmen sie zulassen. Auf der anderen Seite können von Ausschlussfristen erhebliche Wirkungen für den Vergütungsanspruch des Vertragsarztes ausgehen. Vertragsärzte, die auf Grund eines Versehens oder einer möglicherweise nicht sofort erkennbaren Störung im elektronischen Übermittlungssystem oder in der praxiseigenen Software einen größeren Teil ihrer Abrechnungen nicht zu dem von der Kassenärztlichen Vereinigung gesetzten Termin vorlegen, laufen Gefahr, keinerlei Vergütung ihrer vertragsärztlichen Leistungen zu erhalten. Solche Auswirkungen einer nicht weiter differenzierten und abgestuften Ausschlussfrist sind durch die Ermächtigungsgrundlage des [§ 85 Abs. 4 SGB V](#) nicht gedeckt und stellen zugleich eine unverhältnismäßige Einschränkung des durch [Art 12 Abs. 1 Satz 2 GG](#) geschützten Rechts der Vertragsärzte auf eine Honorierung ihrer Leistungen dar. Das billigenswerte Ziel möglichst frühzeitiger, zu einem einheitlichen Zeitpunkt abgeschlossener Abrechnungen der vertragsärztlichen Leistungen rechtfertigt und fordert eine rigide und vor allem kurze Ausschlussfrist nicht (vgl. BSG, Ur. v. 22.06.2005 - [B 6 KA 19/04 R - SozR 4-2500 § 85 Nr. 19](#) = [SGB 2006, 370](#), juris Rdnr. 21 - 25). Sachgerechterweise kann die nachträgliche Korrektur von bereits vorgelegten Abrechnungsscheinen ausgeschlossen sein (vgl. BSG, Ur. v. 22.06.2005 - [B 6 KA 19/04 R](#) - aaO., Rdnr. 26).

Ausgehend hiervon ist [§ 6 LZ 601 Satz 7 HVM](#) nicht zu beanstanden (vgl. bereits Urteil der Kammer vom 23.05.2007 - [S 12 KA 1027/06](#) - [www.sozialgerichtsbarkeit.de](#), Berufung eingelegt; 09.11.2005 - [S 12 KA 28/05](#) - [www.sozialgerichtsbarkeit.de](#); s. a. SG Marburg, Ur. v. 29.11.2006, - [S 12 KA 290/06](#) -; [www.sozialgerichtsbarkeit.de](#); SG Marburg, Ur. v. 29.11.2006 - [S 12 KA 888/06](#) - [www.sozialgerichtsbarkeit.de](#)).

[§ 6 HVM](#) sieht ein abgestuftes System für die Fälle verspäteter Abrechnung vor. Zunächst wird von der Beklagten ein Termin zur Abrechnung festgelegt ([LZ 601 Satz 1 HVM](#)), der in der Regel etwa 10 Tage beträgt. Korrekturen können noch innerhalb von sechs Wochen nach Ende eines Abrechnungsvierteljahres eingereicht werden ([LZ 601 Satz 7 HVM](#)), also etwa innerhalb eines Monats nach Ende der Einreichungsfrist. In begründeten Ausnahmefällen kann diese Frist verlängert werden ([LZ 601 Satz 8 HVM](#)).

Wird innerhalb der Abrechnungsfrist überhaupt keine Abrechnung eingereicht, so kann dennoch die Abrechnung nach Ablauf der Frist eingereicht werden. Für diesen Fall sieht der HVM eine Verwaltungskostenpauschale wegen des Mehraufwands vor. Die Verwaltungskostenpauschale ist so bemessen, dass ihr Höchstbetrag bei einer Verspätung von über 50 Tagen erreicht wird (vgl. [LZ 603 HVM](#)). Eine Verwirkung tritt erst innerhalb von 12 Monaten nach dem vorgeschriebenen Einreichungstermin ein ([LZ 604 Satz 1 HVM](#)). In begründeten Ausnahmefällen kann aber der Geschäftsausschuss eine darüber hinaus verspätete Abrechnung zulassen ([LZ 601 Satz 2 HVM](#)).

Der HVM der Beklagten differenziert damit hinreichend zwischen der Bedeutung einer unrichtigen und dem gänzlichen Fehlen einer Abrechnung. Für das gänzliche Fehlen einer Abrechnung lässt er weitergehende Korrekturen zu beziehungsweise lässt es zu, dass die Abrechnung bis zu einem Jahr verspätet eingereicht wird, in Ausnahmefällen sogar noch später. Eine Nichtberücksichtigung der gesamten Abrechnung würde auch zwangsläufig zum Verlust des gesamten Honorars führen. Demgegenüber ist eine teilweise Unrichtigkeit nur von geringerem Gewicht. Die Richtigkeit und Vollständigkeit der Abrechnung, die ausschließlich im Verantwortungsbereich des die Abrechnung einreichenden Arztes liegt, ist auch von der Verspätung einer Einreichung der gesamten Abrechnung zu unterscheiden. Ob der HVM der Beklagten auch die Nachreichung fehlender Teile einer Abrechnung, also bisher nicht eingereichter Behandlungsfälle zulässt, und innerhalb welcher Fristen, kann hier dahinstehen, da es für den Kläger nur um die Korrektur bereits abgerechneter Behandlungsfälle geht.

Nach den genannten Abrechnungsregelungen ist die Korrekturfrist nur in "begründeten Ausnahmefällen" zu verlängern. Es kann hier dahinstehen, ob hierbei ausschließlich Fälle höherer Gewalt zu verstehen sind. Jedenfalls reicht ein schlichtes Versehen, Vergessen oder fehlerhaftes Abrechnen nicht aus. Der Vertragsarzt kann sich dabei wegen des Gebots der peinlich genauen Abrechnung auch nicht darauf berufen, bei dem eingesetzten Personal handle es sich um ein bisher stets zuverlässig gewesenes Personal und er sei seinen Überwachungspflichten wenigstens durch stichprobenartige Kontrollen nachgekommen. Delegiert er die Abrechnung, so muss er sich das Handeln der Mitarbeiter insoweit als eigenes Handeln bzw. eigenes Verschulden zurechnen lassen. Erst wenn ein "begründeter Ausnahmefall" vorliegt, ist Raum für weitere Ermessenserwägungen der Beklagten.

Entsprechend ist auch die Übernahme des § 6 LZ 601 Abs. 5 der vorhergehenden Honorarverteilungsregelung nicht zu beanstanden, wie die Kammer bereits entschieden hat (vgl. SG Marburg, Urt. v. 26.09.2007, [a.a.O.](#); SG Marburg, Urt. v. 29.11.2006, - [S 12 KA 290/06](#) -; [www.sozialgerichtsbarkeit.de](#); SG Marburg, Urt. v. 29.11.2006 - [S 12 KA 888/06](#) - [www.sozialgerichtsbarkeit.de](#); s. a. SG Marburg, Urt. v. 09.11.2005 - [S 12 KA 28/05](#) - [www.sozialgerichtsbarkeit.de](#)).

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

Soweit es jedenfalls nicht um das gänzliche Fehlen einer Abrechnung, sondern lediglich um die Korrektur bereits abgerechneter Behandlungsfälle geht, ist dieses abgestufte System nicht zu beanstanden. Eine teilweise Unrichtigkeit der Abrechnung ist gegenüber dem Fehlen oder dem Ausschluss der gesamten Abrechnung von geringerem Gewicht. Die Richtigkeit und Vollständigkeit der Abrechnung, die ausschließlich im Verantwortungsbereich des die Abrechnung einreichenden Arztes liegt, ist auch von der Verspätung einer Einreichung der gesamten Abrechnung zu unterscheiden. Ob der HVV auch die Nachreichung fehlender Teile einer Abrechnung, also bisher nicht eingereichter Behandlungsfälle zulässt, und innerhalb welcher Fristen, kann hier dahinstehen, da es für die klägerische Praxis nur um die Korrektur bereits abgerechneter Behandlungsfälle geht.

Im Fall des Klägers liegt aber nach der genannten Rechtsprechung des Bundessozialgerichts, der die Kammer folgt, ein Ausnahmefall vor. Danach laufen Vertragsärzte, die auf Grund eines Versehens oder einer möglicherweise nicht sofort erkennbaren Störung im elektronischen Übermittlungssystem oder in der praxiseigenen Software einen größeren Teil ihrer Abrechnungen nicht zu dem von der Kassenärztlichen Vereinigung gesetzten Termin vorlegen, Gefahr, keinerlei Vergütung ihrer vertragsärztlichen Leistungen zu erhalten. Solche Auswirkungen einer nicht weiter differenzierten und abgestuften Ausschlussfrist sind durch die Ermächtigungsgrundlage des [§ 85 Abs. 4 SGB V](#) nicht gedeckt und stellen zugleich eine unverhältnismäßige Einschränkung des durch [Art 12 Abs. 1 Satz 2 GG](#) geschützten Rechts der Vertragsärzte auf eine Honorierung ihrer Leistungen dar.

Dies gilt nach Auffassung der Kammer auch, wenn erhebliche Teile der Honorarabrechnung nicht in die Vergütung eingehen und besondere Umstände hinzukommen. Nach den Berechnungen der Beklagten würde die Berücksichtigung der Pseudoziffern zu einer Höhervergütung von 37.000 EUR im Quartal II/05 und 17.000 EUR im Quartal III/05 führen. Der Kläger würde dadurch ein um 68,3 % bzw. 49,5 % höheres Honorar erhalten bzw. der Verlust beträgt 40,5 % bzw. 33,1 % des dem Kläger mit ca. 91.172 EUR bzw. 51.315 EUR eigentlich zustehenden Bruttohonoraranspruchs. In dieser Größenordnung lag auch sein Honorar in den Vor- und Nachfolgequartalen. Hinzu kommt, dass sich aus dem Honorarverteilungsvertrag nicht eindeutig entnehmen lässt, dass ein Wahlrecht bzgl. der Angabe der Pseudoziffern bestand. Für die vom Kläger hier abgerechneten und strittigen Leistungen ist jedenfalls nicht erkennbar, welchen Vorteil er bei Nichtangabe der Pseudoziffer gehabt haben sollte, da diese Leistungen keiner Budgetierung nach der sog. 54er Liste unterlagen. Hinzu kommt, dass er die Pseudoziffern auf den Dokumentationsbögen angegeben hatte, wenn auch offensichtlich in Verkennung des Umstands, dass diese nicht zur Honorarabrechnung herangezogen würden, und diese innerhalb der Abrechnungsfristen bei der Beklagten eingereicht hatte.

Unter verfassungskonformer Auslegung liegt insoweit ein "begründeter Ausnahmefall" vor, der zur Verlängerung der Korrekturfrist nach den genannten Abrechnungsregelungen führt.

Die Beklagte wird daher bei einer Neubescheidung die nachträgliche Angabe der Pseudoziffern zu berücksichtigen und das Honorar auf dieser Grundlage neu zu berechnen haben. Dies gilt nur für die Leistungen, die extrabudgetär vergütet werden, worunter nicht alle vom Kläger angegebene Leistungen fallen.

Im Ergebnis war der Klage daher stattzugeben.

Die Kostenentscheidung beruht auf [§ 197a SGG](#) i. V. m. [§ 154 Abs. 1 VwGO](#). Der unterliegende Teil trägt die Kosten des Verfahrens.

Rechtskraft

Aus

Login

HES

Saved

2011-02-07