

S 12 KA 691/08

Land
Hessen
Sozialgericht
SG Marburg (HES)
Sachgebiet
Vertragsarztangelegenheiten
Abteilung

12
1. Instanz
SG Marburg (HES)
Aktenzeichen
S 12 KA 691/08

Datum
24.02.2010
2. Instanz
Hessisches LSG
Aktenzeichen

-
Datum

-
3. Instanz
Bundessozialgericht
Aktenzeichen

-
Datum

-
Kategorie
Urteil
Leitsätze

Ein Vertragsarzt, der die Sachkosten für ambulantes Operieren nicht mit der Abrechnung geltend macht, weil das damit betraute Personal nicht hinreichend qualifiziert war, ist zur nachträglichen Abrechnungskorrektur nicht zuzulassen, auch wenn der Honorarverlust in vier Quartalen (hier: I – IV/04) über 60.000 € bei einem Quartalshonorar von etwa 86.000 € bis 112.000 € beträgt.

Es besteht keine allgemeine Verpflichtung einer KV, die Abrechnung auf Vollständigkeit und Richtigkeit zu Gunsten eines Vertragsarztes zu prüfen.

1. Die Klage wird abgewiesen.

2. Der Kläger hat die notwendigen außergerichtlichen Kosten der Beklagten und die Gerichtskosten zu tragen.

Tatbestand:

Die Beteiligten streiten um die Ablehnung des Antrags auf nachträgliche Korrektur der Abrechnungen für die vier Quartale I bis IV/04.

Der Kläger ist als Facharzt für Orthopädie zur vertragsärztlichen Versorgung mit Praxissitz in A-Stadt zugelassen.

Seit dem Quartal I/03 entwickelte sich sein Honorar wie folgt:

I/03 II/03 III/03 IV/03

Honorarbescheid v. 10.10.2003 25.10.2003 15.03.2004 18.06.2004

Nettohonorar in EUR 87.627,39 79.768,11 78.644,36 99.699,51

Bruttohonorar Primär- und Ersatzkassen 86.995,80 79.748,39 78.572,70 100.288,37

Fallzahl Primär- und Ersatzkassen 726 662 684 753

I/04 II/04 III/04 IV/04

Honorarbescheid v. 05.08.2004 09.10.2004 08.02.2005 18.04.2005

Nettohonorar in EUR 112.589,97 86.180,72 86.057,48 97.732,54

Bruttohonorar Primär- und Ersatzkassen 112.106,66 87.922,25 86.422,81 96.467,74

Fallzahl Primär- und Ersatzkassen 649 722 690 692

I/05 II/05 III/05 IV/05

Honorarbescheid v. 25.07.2005 29.06.2006 12.08.2006 28.11.2006

Nettohonorar in EUR 100.164,23 115.377,06 102.350,65 153.459,00

Bruttohonorar Primär- und Ersatzkassen 99.790,98 117.843,58 104.330,26 151.159,99

Fallzahl Primär- und Ersatzkassen 717 733 774 812

Mit Schreiben vom 02.01.2006 meldete der Kläger Sachkosten für die von ihm in den streitbefangenen Quartalen durchgeführten ambulanten Operationen nach.

Die Beklagte lehnte mit Bescheid vom 16.02.2006 eine nachträgliche Berichtigung wegen Abschlusses der Bearbeitung der Honorarabrechnungen ab. Sie verwies auf die Bestimmungen des Honorarverteilungsvertrages.

Hiergegen legte der Kläger am 27.02.2006 Widerspruch ein, den er nicht näher begründete.

Mit Widerspruchsbescheid vom 26.09.2008 wies die Beklagte den Widerspruch als unbegründet zurück. Sie verwies erneut auf die sechswöchige Frist zur Abrechnungskorrektur.

Hiergegen hat der Kläger am 28.10.2008 Klage zum Az.: [S 12 KA 691/08](#) erhoben. Die Kammer hat mit Beschluss vom 29.10.2008 die Verfahren bzgl. der Quartale II bis IV/04 unter den Az.: S 12 KA 692 bis 694 abgetrennt.

Die Beklagte lehnte mit Bescheid vom 19.01.2006 eine nachträgliche Berichtigung wegen Abschlusses der Bearbeitung der Honorarabrechnungen ferner für das Quartal III/04 ab. Den eingereichten Unterlagen zu den Sachkosten für das Quartal IV/05 im Schreiben vom 02.01.2006 habe sie eine Sachkostenabrechnung eines Patienten für das Quartal III/04 entnommen.

Hiergegen legte der Kläger am 30.01.2006 Widerspruch ein, den er nicht näher begründete.

Mit weiterem Widerspruchsbescheid vom 26.09.2008 wies die Beklagte den Widerspruch als unbegründet zurück. Sie verwies erneut auf die sechswöchige Frist zur Abrechnungskorrektur.

Hiergegen hat der Kläger am 28.10.2008 Klage zum Az.: S 12 KA 735/08 erhoben.

Die Kammer hat mit Beschluss vom 22.05.2009 alle Verfahren miteinander verbunden.

Zur Begründung seiner Klage trägt der Kläger vor, im gesamten Jahr 2005 hätten sich die Abrechnungsmodalitäten der ambulanten Operationen in jedem Quartal geändert. Er habe so genau wie möglich versucht, die einzelnen Abrechnungsarten darzulegen. Er reiche eine Exel-Datei ein, in der die jeweiligen abrechenbaren und nichtabrechenbaren Sachkosten aufgeführt seien. Die Kommunikation mit den Lieferanten laufe so, dass er die Materialien in größeren Mengen einkaufe. Er müsse eine gewisse Vorratshaltung betreiben, da vor einer Operation nicht klar sei, welche Artikel benötigt würden. Manche Artikel hingen auch vom intra-operativen Befund ab. Im Übrigen sei es zu teuer, jeden Artikel pro Operation zu bestellen, da Unklarheiten über die Operation bestünden und diese Art der Bestellung zu kostenintensiv sei. Einige Materialien würden grundsätzlich und einige je nach Befund aus dem Vorrat verbraucht werden. Die verbrauchten Artikel würden rezeptiert und der Abrechnung zusammen mit den Rechnungskopien beigelegt werden. Bei Erreichen einer Mindestmenge werde eine neue Bestellung veranlasst. Ein Teil der Verbrauchsmaterialien sei schon immer mit der Kostenerstattung für die Operationen abgegolten gewesen. Es hätten auch nur solche Artikel abgerechnet werden können, deren Einzelwert 25,56 EUR übersteige. Mit Inkrafttreten des neuen EBM 2005 habe es drei Ziffern gegeben, mit der die entstandenen Sachkosten pauschaliert abgegolten seien. Gesondert abgerechnet werden könnten nur noch Implantate. Jedes Implantat sei einzeln steril verpackt und habe einen Aufkleber, eine Charge, Sterilisationsdatum etc. Dieser Aufkleber der verwendeten Implantate werde zusätzlich auf das Rezept geklebt und bei der Abrechnung mit eingereicht. Das sei erst seit Mitte 2006 oder 2007 so. Die Abrechnungsweise sei äußerst kompliziert. Wenn da eine Mitarbeiterin ausscheide wie z.B. im Jahr 2005, dauere es eine ganze Zeit, bis eine neue Mitarbeiterin eingearbeitet werden könne. Die Sachkostenabrechnungen könnten dann Rückstände erreichen. Die Folgequartale ab dem Jahre 2006 seien immer zeitnah und mit der normalen Quartalsabrechnung abgerechnet worden, da hierfür – und nur hierfür – eigens eine Hilfskraft eingestellt worden sei. Die Beklagte habe es vier Quartale lang verabsäumt, ihn darauf hinzuweisen, dass er für die durchgeführten und auch von der Beklagten vergüteten Operationen keine Sachkosten geltend gemacht habe, obgleich diese Operationen ohne die dazugehörigen Sachkosten schlichtweg nicht denkbar seien. Die Beklagte habe eine ihm gegenüber obliegende Sorgfaltspflicht verletzt. Sie hätte ihn auf die fehlende Abrechnung der Sachkosten hinweisen müssen. Vermutlich lasse die Beklagte sich die Operationskosten von den Krankenkassen nicht operationsbezogen erstatten. Von den etwa 60.000,00 EUR hätten die Krankenkassen geschätzt 80% der Beklagte bereits zur Verfügung gestellt. Die Beklagte habe hier einen Zinsgewinn seit 2006. Das Verhalten der Beklagten stelle eine sittenwidrige Schädigung dar. Sich hierbei auf die Sechs-Wochen-Frist zu berufen, erfülle den Tatbestand der positiven Vertragsverletzung. Eine Beklagte, die in Honorarverteilungsangelegenheiten und Abrechnungsangelegenheiten selbst einräume, teilweise nicht durchzublicken und massive Fehler eingestehe müsse, sei es verwehrt, sich bei eindeutigen Fehlverhalten auf eine Rechtsposition zurückzuziehen, auf die man sich zurückziehen könnte, wenn man selbst sachgerecht gehandelt hätte.

Der Kläger beantragt, unter Aufhebung der Bescheide vom 16.02.2006 und 19.01.2006, jeweils in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 26.09.2008 die Beklagte zu verurteilen, die nachträgliche Abrechnung für die Quartale I bis IV/04 zuzulassen.

Die Beklagte beantragt, die Klage abzuweisen.

Sie Beklagte trägt vor, die quartalsbezogene Patientenlisten seien in ihrer Bezirksstelle A-Stadt erstellt worden, um im Rahmen einer groben Vorprüfung zunächst abzugleichen, ob die eingereichten Sachkosten mit den Behandlungsscheinen übereinstimmten. Hierbei seien Einzelfälle festgestellt worden, in denen der Kläger Sachkosten eingereicht habe, die entsprechende OP aber nicht auf dem Behandlungsschein angegeben gewesen sei. Insoweit sei der Vergütungsanspruch bereits aus diesem Grund ausgeschlossen. Alle anderen Sachkosten, die mit den auf den Behandlungsscheinen angegebenen OP Leistungen übereingestimmt hätten, hätten dann leider nicht mehr vergütet werden können, weil die Frist zur Korrektur der bereits eingereichten Behandlungsscheine abgelaufen gewesen sei. Der Kläger habe die Sachkosten für das gesamte Jahr 2004 erst am 02.01.2006 bei ihr eingereicht. Es liege eine Verfristung für alle vier Quartale des Jahres 2004 vor. Sei ein Behandlungsschein zum Zeitpunkt der Abgabe unvollständig, z.B. dadurch, dass die einer OP-Leistung zugehörige Sachkostenabrechnung noch nicht vorliege, könne der Arzt diesen zurückhalten (maximal 12 Monate gem. LZ 604 HVM) oder zur Abrechnung einreichen. Im letzten Fall müsse der Arzt diesen unvollständigen Behandlungsschein innerhalb der Sechs-Wochen-Frist der LZ 601 HVM ergänzen, da der Vergütungsanspruch sonst entfalle. Es liege allein im Verantwortungsbereich des Klägers, die Praxis so zu organisieren, dass die Abrechnungsunterlagen fristgerecht und vollständig bei ihr eingereicht würden. Müsse eine neue Mitarbeiterin erst über einen längeren Zeitraum eingearbeitet werden und würden hierdurch Fristen versäumt, habe sich der Kläger dies als eigenes Verschulden anrechnen zu lassen. In den streitbefangenen Quartalen sei eine Abrechnung der Sachkosten nur für den Bereich der Ersatzkassen erfolgt über die Eingabe des Eurobetrages auf dem Behandlungsschein. Die Eingaben erfolgten unter der Feldkennung "5011"

(Sachkostenbezeichnung) sowie mit einer Begründung in der Feldkennung "5012" (Materialkosten in Cent). Ab einem Wert von 76 EUR war eine Rechnung zu übermitteln. In den Vorquartalen erfolgte die Abrechnung, auch im Primärkassenbereich, direkt mit den Krankenkassen auf dem Behandlungsschein. In den streitbefangenen Quartalen habe der Kläger keine Sachkosten abgerechnet.

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 zwei ehrenamtlichen Richtern aus den Kreisen der Vertragsärzte und Psychotherapeuten entschieden, weil es sich um eine Angelegenheit der Vertragsärzte und Psychotherapeuten handelt ([§ 12 Abs. 3 Satz 2 Sozialgerichtsgesetz – SGG -](#)).

Die Klage ist zulässig. Sie ist aber unbegründet. Die Bescheide vom 16.02.2006 und 19.01.2006, jeweils in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 26.09.2008 sind rechtmäßig und waren daher nicht aufzuheben. Der Kläger hat keinen Anspruch darauf, dass die nachträgliche Abrechnung für die Quartale I bis IV/04 zugelassen wird.

Der insoweit für alle streitbefangenen Quartale gleichlautende Honorarverteilungsmaßstab der Beklagten (Grundsätze der Honorarverteilung, Beschluss der Abgeordnetenversammlung vom 11.06.2003, veröffentlicht als Anlage zum Rundschreiben 5/6, Bekanntmachung Teil 1 v. 25.06.2003) bestimmt Folgendes:

§ 6 Einreichung der Abrechnung, Sonderbestimmungen

(601) Abrechnungsunterlagen, Termine und Quartalerklärung

Die Abrechnungsunterlagen sind für jedes Kalendervierteljahr bis zu dem von der Bezirksstelle festgesetzten Termin bei der zuständigen Bezirksstelle einzureichen.

Soweit maschinell verwertbare Datenträger verwendet werden, bedarf dies der vorherigen Genehmigung durch die KV Hessen. Die diesbezüglichen Bestimmungen der Bundesmantelverträge und deren Anlagen finden Anwendung.

Mit der Abgabe der Behandlungsausweise und ggf. eines maschinell verwertbaren Datenträgers bestätigen der Arzt bzw. Psychotherapeuten oder bei einer Gemeinschaftspraxis die Ärzte bzw. Psychotherapeuten in einer Sammelerklärung/Quartalerklärung, dass die zur Abrechnung eingereichten Leistungen nach den gesetzlichen und vertraglichen Bestimmungen sowie nach den Vorgaben dieser Honorarverteilung erbracht worden sind, notwendig waren und die eingereichte Abrechnung sachlich richtig und vollständig ist.

Wird die Abrechnung eines ermächtigten Krankenhausarztes vom Krankenhausträger gemäß [§ 120 Abs. 1 SGB V](#) erstellt, so haben Krankenhausträger und ermächtigter Krankenhausarzt die vorgenannte Erklärung abzugeben. Für die Abrechnung ärztlich geleiteter Einrichtungen

bzw. Psychologischer Ausbildungsinstitute haben der Träger und der (ärztliche) Leiter dieser Einrichtung die im Satz 1 genannte Erklärung abzugeben.

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 berichtet. In begründeten Ausnahmefällen kann diese Frist verlängert werden.

(602) Verspätete Abrechnungsabgabe

Geht die Abrechnung einer Praxis ohne eine hinreichende Begründung nicht fristgemäß oder unvollständig ein, können die laufenden Vorauszahlungen gesperrt und die Abrechnung bis zum nächsten Abrechnungstermin zurückgestellt werden.

In diesen Fällen hat der Arzt, der Psychotherapeut, der Krankenhausträger bzw. das Psychologische Ausbildungsinstitut höchstens Anspruch auf die Auszahlungsquote, die für das Abrechnungsvierteljahr gezahlt wurde, in dem die verspätet abgerechneten Leistungen ausgeführt wurden. Diese Bestimmung gilt nicht für einzelne Nachzüglerfälle.

(603) Abgeltung des Verwaltungsaufwandes bei Fristversäumnis

Für jeden Tag, um den der Termin für die Einreichung der vollständigen Abrechnung überschritten wird, kann der Geschäftsausschuss zur Deckung des hierdurch entstehenden Mehraufwandes an Verwaltungskosten einen Honorarabzug von 51,13 EUR pro Arzt, Psychotherapeut, Krankenhausträger bzw. Psychologischem Ausbildungsinstitut, höchstens 10 % des gesamten Nettohonorars, jedoch insgesamt maximal 2.556,46 EUR, beschließen.

(604) Verlust des Abrechnungsanspruches

Werden die Abrechnungsunterlagen nicht innerhalb von 12 Monaten nach dem vorgeschriebenen Einreichungstermin bei der Bezirksstelle vorgelegt, so sind die Honorarforderungen verwirkt. In begründeten Ausnahmefällen kann der Geschäftsausschuss eine verspätete Abrechnung zulassen.

Ein Honoraranspruch besteht auch dann nicht, wenn die Abrechnung nicht den allgemeinen Grundsätzen einer ordnungsgemäßen Rechnungslegung (z. B. Lesbarkeit der Leistungseintragungen) entspricht oder die gemäß LZ 601 zu bestätigende Einhaltung gesetzlicher und vertraglicher Bestimmungen sowie der Vorgaben dieser Honorarverteilung offensichtlich und erkennbar verletzt wurden.

Nach diesen Bestimmungen kommt eine nachträgliche Berichtigung der von dem Kläger geltend gemachten Angaben zu den Sachkosten nicht in Betracht.

LZ 601 Satz 7 HVM ist rechtmäßig und war 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 KV 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, Urt. v. 15.01.1997 - [L 11 KA 74/96](#) - [NZS 1997, 384](#), 386).

Der Arzt hat daher mit Abgabe der Abrechnung in einer Sammelerklärung/Quartalerklärung 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, Urt. 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, Urt. 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 09.11.2005 - [S 12 KA 28/05](#) - [www.sozialgerichtsbarkeit.de](#); LSG Hessen, Beschl. v. 24.04.2008 - [L 4 KA 46/07](#) -; LSG Hessen, Urt. v. 24.09.2008 - [L 4 KA 43/07](#) - [www.sozialgerichtsbarkeit.de](#); LSG Hessen, Urt. v. 11.03.2009 - [L 4 KA 70/07](#) -; LSG Nordrhein-Westfalen, Urt. v. 09.09.2009 - [L 11 KA 18/09](#) - [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 Der Kläger nur um die Korrektur bereits abgerechneter Behandlungsfälle geht.

Nach den Einlassungen des Klägers ist nicht schlichtes technisches Versagen im Sinne einer höheren Gewalt für die fehlerhafte Abrechnung Ursache. Der Kläger hat selbst dargelegt, dass Ursache nicht ein Programmfehler ist. Letztlich hat der Kläger die fehlende Abrechnung auf das Ausscheiden einer Mitarbeiterin zurückgeführt. Er hat darauf hingewiesen, wenn eine Mitarbeiterin ausscheide wie z.B. im Jahr 2005, dauere es eine ganze Zeit, bis eine neue Mitarbeiterin eingearbeitet werden könne. Die Qualifikation der Mitarbeiter ist aber ausschließlich der Sphäre des Klägers zuzurechnen. Er allein hat es in der Hand, wen er einstellt, mit welchen Aufgaben er diese Person betraut, welche Schulungen er vornimmt bzw. veranlasst und in welchem Umfang er diese Tätigkeit überwacht.

Technische oder strukturelle, vom Kläger nicht zu verantwortende Probleme lagen nicht vor. Der Kläger weist selbst darauf hin, dass die Sachkosten in den Folgequartalen immer zeitnah und mit der normalen Quartalsabrechnung abgerechnet worden seien, da hierfür – und nur hierfür – eigens eine Hilfskraft eingestellt worden sei. Dies hätte auch bereits für die streitbefangenen Quartale erfolgen können.

Der Kläger ist auch selbst für seine Abrechnung verantwortlich. Die Beklagte ist jedenfalls nicht allgemein verpflichtet, die Abrechnung auf Vollständigkeit und Richtigkeit zu Gunsten eines Vertragsarztes zu prüfen. Sie ist nicht verpflichtet, entsprechende Abrechnungsprogramme selbst vorzuhalten und abzuwenden. Insofern obliegt es zunächst ausschließlich dem Vertragsarzt, mit der Honorarabrechnung auch den Umfang seiner Leistungen darzulegen und damit zu beantragen, dass diese bei der Honorarverteilung berücksichtigt werden. Für die Beklagte gab es keinen besonderen Anlass, auf die Unvollständigkeit der Abrechnung hinzuweisen.

Unverhältnismäßigkeit liegt nicht vor. Der Kläger hat im Vergleich zu den Vorjahresquartalen sein Honorar trotz der fehlenden Sachkosten im Ersatzkassenbereich z. T. steigern können.

Nach allem waren die angefochtenen Bescheide rechtmäßig und die Klage daher abzuweisen.

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
2010-08-25