

S 12 KA 599/11

Land
Hessen
Sozialgericht
SG Marburg (HES)
Sachgebiet
Vertragsarztangelegenheiten
Abteilung
12
1. Instanz
SG Marburg (HES)
Aktenzeichen
S 12 KA 599/11
Datum
04.07.2012
2. Instanz
Hessisches LSG
Aktenzeichen
-
Datum
-
3. Instanz
Bundessozialgericht
Aktenzeichen
-
Datum
-
Kategorie
Urteil
Leitsätze

Ein Neurologe und Psychiater, der irrtümlich die Gesprächsziff. 21220 EBM so kennzeichnet, dass sie von der KV bei Bearbeitung der elektronischen Abrechnung nicht gelesen werden kann, und dadurch einen Verlust des ihm eigentlich zustehenden Honorars von ca. 27 % erleidet, ist zur nachträglichen Abrechnungskorrektur zuzulassen.

1. Unter Abänderung des Honorarbescheids vom 28.12.2010 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 06.07.2011 wird die Beklagte verurteilt, den Kläger unter Beachtung der Rechtsauffassung des Gerichts neu zu bescheiden.
2. Im Übrigen wird die Klage abgewiesen.
3. Die Beklagte hat $\frac{3}{4}$ der Gerichtskosten und der notwendigen außergerichtlichen Kosten des Klägers zu tragen. Der Kläger hat $\frac{1}{4}$ der Gerichtskosten zu tragen.
4. Der Streitwert wird auf 13.827,25 EUR festgesetzt.

Tatbestand:

Die Beteiligten streiten um die Höhe des Honorars für das Quartal III/10 und hierbei um die fehlende Festsetzung von 1.025 Leistungen nach Nr. 21220 EBM (psychiatrisches Gespräch, psychiatrische Behandlung, Beratung, Erörterung und/oder Abklärung).

Der Kläger ist als Neurologe und Psychiater mit der Zusatzbezeichnung Psychotherapie zur vertragsärztlichen Versorgung mit Praxissitz in A-Stadt zugelassen.

Die Beklagte setzte mit Honorarbescheid vom 28.12.2010 das Gesamthonorar nach Abzug der Verwaltungskosten auf 35.227,44 EUR fest. Für den Primär- und Ersatzkassenbereich setzte sie das Honorar auf 35.714,53 EUR (brutto) fest.

Hiergegen legte der Kläger unter Datum vom 09.03.2011 Widerspruch ein. Er führte aus, in der übersandten Frequenzstatistik sei die Abrechnungsziffer 21220 EBM nicht aufgeführt, während die übrigen Ziffern korrekt erfasst seien. Er habe am 08.03.2011 seinen Praxiscomputer für das Quartal III/10 noch einmal aufgerufen und die in dem Quartal abgerechneten Ziffern ausgedruckt. Dem Ausdruck sei zu entnehmen, dass er die Gesprächsziffer insgesamt 1.026mal erbracht habe.

Die Beklagte wies mit Widerspruchsbescheid vom 06.07.2011 den Widerspruch als unbegründet zurück. Darin führte sie aus, sie sei zuständig für eine Prüfung auf sachlich-rechnerische Richtigkeit der Abrechnung. Grundsätzlich obliege es dem Kläger, die Abrechnung korrekt zu erstellen. Die hinterlegten Daten zeigten eindeutig, dass er mit der Abrechnung für das Quartal III/10 keine Leistungen nach der Nr. 21220 EBM eingereicht habe. Auch die dem Widerspruch beigefügte Diskette - beschriftet mit "Duplikat Quartal 3/2010" - könnten keine anderen Informationen entnommen werden, da diese Diskette keine Daten enthalte. Seiner Argumentation, dass das Prüfmodul im Gesamtergebnis ein "OK - die geprüfte Datei kann verschlüsselt und an der KV übergeben werden" auswerfe, sei zu entgegen, dass dies nicht automatisch bedeute, dass keine Unstimmigkeiten vorliegen könnten. Das KV-Prüfmodul erkenne nur "grobe Fehler" wie z. B. Überweiser vergessen, ICD 10 vergessen, Feldkennung fehlt. Ein sogenanntes Regelwerk sei nicht hinterlegt und Leistungen/Gebührenordnungsnummern, welche nicht eingegeben worden seien, könnten nicht als Fehler angezeigt werden. Nach ihrer Abrechnungsrichtlinie sei ein Ausnahmefall für eine spätere Berichtigung nur dann gegeben, wenn der sich ergebende Korrekturbedarf nicht dem betroffenen Arzt angelastet werden könne. Eine nachträgliche Korrektur der Abrechnung scheidet jedoch grundsätzlich aus. Auch für

eine Ausnahmeregelung lasse sich keine Begründung anführen.

Hiergegen hat der Kläger am 20.07.2011 die Klage erhoben. Er trägt vor, er sei seit 1987 niedergelassen und habe noch nie Probleme mit der Honorarabrechnung gehabt. Die Abrechnungsziffer 21220 sei eine wesentliche Abrechnungsziffer, die ca. 1/3 des regelmäßigen Honorars ausmache und von großer wirtschaftlicher Bedeutung für seine Praxis sei. Für das hier streitgegenständliche Quartal sowie für die Folgequartale IV/10 hier laufe bereits das Widerspruchsverfahren - und I/11 sei die Abrechnungsziffer 21 nicht von seinem Computer auf den der Beklagten eingereichten Datenträger (Diskette) übertragen worden. Dies sei unstrittig. Dies hätte der Beklagten wegen der enormen Abweichung zu früheren Quartalen auffallen müssen. Auf den Datenträgern seien insgesamt 17 Abrechnungsziffern mit einem beanspruchten Gesamthonorar im Umfang von 37.951,07 EUR. Tatsächlich habe er aber Leistungen im Umfang von 51.784,00 EUR erbracht. Tatsächlich habe er aber die Leistungen nach Ziffer 21220 1.025mal erbracht. Dieses entspreche einem Honorar von 13.827,25 EUR. Vor der Abrechnung für das Quartal III/2010 habe er seine Computeranlage neu installieren lassen. Ab März 2010 sei die Software durch eine neue Hard- und Softwarefirma komplett umgestellt worden. Es sei auch das Abrechnungsprogramm "ixx.ISYNET" mit den Gebührenordnungen EBM, GOÄ und UV-GOÄ neu aufgespielt worden. Es habe anfangs Schwierigkeiten bei der Anwendung des neuen Abrechnungsprogramms gegeben. Es sei ihm offensichtlich ein Eingabefehler in der Gestalt unterlaufen, dass er als Anwender die Leistungsziffer 21220 als Statistikleistung gekennzeichnet habe. Er habe also ein "Häkchen" an falscher Stelle gesetzt, mit der Folge, dass die Abrechnungsziffer 21220 zwar bei Erstellung der Honorarerklärung bei seinem Computer berücksichtigt und auch auf seinem Bildschirm als Honorarbestand ausgewiesen worden sei, nicht jedoch auf den Datenträger übertragen und somit auch nicht auf diesem gespeichert worden sei. Von besonderer Bedeutung sei der Umstand, dass im Zuge des Übertragen- und Speichervorganges sofort eine Verschlüsselung auf dem für die Beklagte bestimmten Datenträger stattfände und sodann der auf dem Datenträger gespeicherte Inhalt wegen der Verschlüsselung nicht mehr nachgeprüft werden könne. Vor der Verschlüsselung habe das sogenannte KBV-Prüfprotokoll ihm bestätigt, dass das Prüfmodul keine Fehler gefunden habe und die geprüfte Datei daher verschlüsselt der KV übergeben werden könne. Auch wenn er Zweifel an der Richtigkeit gehabt hätte, hätte er keine Möglichkeit mehr gehabt, die Abrechnungsdaten auf dem Datenträger auf Vollständigkeit zu überprüfen. Auf seinem Rechner sei die Abrechnungsziffer 21220 mit 1.025mal erbracht eingepflegt. Er habe den Fehler erst mit Erhalt des Honorarbescheides erkennen können. Es liege ein "begründeter Ausnahmefall" im Sinne der Abrechnungsrichtlinien vor. Die Beklagte hätte ihm einen entsprechenden Hinweis geben müssen. Er habe von vorneherein korrekt abgerechnet. Ein Softwarefehler mit entsprechenden Regressmöglichkeiten gegenüber einem Softwarevertreiber liege hier nicht vor. Ob ein Einweisungsfehler vorliege, dürfte fraglich sei, da ihm selbst der Fehler unterlaufen sei.

Der Kläger beantragt,

unter Abänderung des Honorarbescheides vom 28.12.2010 für das Quartal III/10 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 06.07.2011 die Beklagte zu verpflichten, ein auf Grundlage einer Nachberechnung der von ihm 1025mal erbrachten Abrechnungsziffer 21220 EBM sich ergebendes höheres Honorar festzusetzen und den Differenzbetrag an ihn zu zahlen.

Die Beklagte beantragt,
die Klage abzuweisen.

Sie trägt vor, abgesehen davon, dass der Kläger eine Korrektur der Abrechnung nicht vor Erhalt des Honorarbescheides beantragt habe, wäre ihm allenfalls selbst auf Antragstellung eine Korrekturfrist von sechs Wochen zur Verfügung gestanden nach der Abrechnungsrichtlinie. Werde innerhalb der Abrechnungsfrist überhaupt keine Abrechnung eingereicht, so könne dennoch die Abrechnung nach Ablauf der Frist eingereicht werden. Für diesen Fall sehe die Abrechnungsrichtlinie eine Verwaltungskostenpauschale wegen des Mehraufwands vor. Eine Verwirkung trete erst nach 12 Monaten ein. In begründeten Ausnahmefällen könne aber eine verspätete Abrechnung zugelassen werden. Ihre Abrechnungsrichtlinie differenziere damit hinreichend zwischen der Bedeutung einer unrichtigen und dem gänzlichen Fehlen einer Abrechnung. Sowohl Ziffer 2 und 3 des § 3 der Abrechnungsrichtlinie betreffe nur die Fälle, in denen für ein Quartal überhaupt keine Abrechnung eingereicht worden sei. Ziffer 1 des § 3 läge aber nicht vor. Der Kläger sei für seine Abrechnung selbst verantwortlich. Eine Wiedereinsetzung komme nicht in Betracht. Diese seien nur bei gesetzlichen Fristen möglich. Auch beruhe die Fristversäumnis auf ein Verschulden des Klägers. Die Fehlerhaftigkeit der Abrechnung beruhe auf einem Eingabefehler des Klägers, nicht auf einem technischen Versagen. Es sei auch nicht von vorneherein erkennbar, dass die Abrechnung objektiv unzutreffend sei. Auch die Gesamthonorarhöhe sei nicht auffällig. Im Quartal I/09 habe der Kläger ein Honorar in Höhe von 50.550,44 EUR erzielt. Im Quartal II/09 von 45.400,08 EUR, im Quartal III/09 von 43.696,73 EUR, im Quartal IV/09 von 42.628,42 EUR, im Quartal I/10 von 44.344,69 EUR und im Quartal II/10 von 37.787,01 EUR. Das Honorar des Klägers sei mit Ausnahme des Quartal I/10 regelmäßig gesunken, so dass die Festsetzung im Quartal III/10 diese bis dahin erkennbare Entwicklung des Honorars bestätige.

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

Entscheidungsgründe:

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

Die Klage ist zulässig, denn sie sind insbesondere form- und fristgerecht bei dem zuständigen Sozialgericht erhoben worden.

Die Klage ist auch z. T. begründet. Der angefochtene Honorarbescheid vom 28.12.2010 für das Quartal III/10 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 06.07.2011 ist rechtswidrig, soweit er angefochten worden ist. Er war daher aufzuheben. Der Kläger hat aber lediglich einen Anspruch auf Neubescheidung unter Beachtung der Rechtsauffassung des Gerichts. Die Klage war im Übrigen abzuweisen.

Der angefochtene Honorarbescheid vom 28.12.2010 für das Quartal III/10 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 06.07.2011 ist rechtswidrig, soweit er angefochten worden ist.

In den Abrechnungsrichtlinien der Kassenärztlichen Vereinigung Hessen, gültig ab 01.04.2010 in der von der Vertreterversammlung am 20.

Februar 2010 beschlossenen Fassung (im Folgenden: ARL) – insofern inhaltsgleich mit der ab 01.10.2008 mit Wirkung ab dem 4. Quartal 2008 in der von der Vertreterversammlung am 25. Oktober 2008 beschlossenen Fassung – werden die Einzelheiten der Abrechnung vertragsärztlicher Leistungen geregelt. Sie sind für alle im Bereich der Kassenärztlichen Vereinigung Hessen zugelassenen Vertragsärzte, psychologischen Psychotherapeuten, Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten, Medizinischen Versorgungszentren, angestellten Ärzte sowie die ermächtigten Ärzte, psychologischen Psychotherapeuten, Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten, die ermächtigten ärztlich geleiteten Einrichtungen und die in Notfällen in Anspruch genommenen Ärzte, die nicht an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmen sowie die Laborgemeinschaften verbindlich (Präambel Satz 2 ARL). Im Übrigen folgt die Verbindlichkeit bereits aus dem Rechtscharakter der ARL als Satzung der Beklagten. Die Beklagte, insbesondere ihre Vertreterversammlung war auch nach [§ 79 Abs. 3 Satz 1 Nr. 1 SGB V](#) zum Erlass der ARL als Satzung berechtigt. Die ARL regelt die Modalitäten der Abrechnung, die in das Aufgabengebiet der Beklagten gehört ([§ 85 Abs. 4 Satz 1 Halbsatz 1 SGB V](#)). Abrechnungsregelungen können in einer Satzung jedenfalls dann geregelt werden, soweit der Honorarverteilungsvertrag keine abweichende Regelung trifft bzw. wie hier die KV ausdrücklich zum Erlass von Richtlinien ermächtigt. Nach Abschnitt IV Nr. 2.1 Honorarverteilungsvertrag für das Jahr 2010 regelt das Nähere zur Abrechnung vertragsärztlicher Leistungen die KVH in Abrechnungsrichtlinien. Diese Richtlinien sind für alle an der Honorarverteilung teilnehmenden Ärzte und ärztlich geleiteten Einrichtungen verbindlich.

Nach § 3 Nr. 1 Absatz 1, 2 und 3 ARL sind die Abrechnungsunterlagen vollständig, spätestens 10 Tage nach Ende des Abrechnungsquartals bei der KV Hessen einzureichen. Die KV Hessen kann gestatten, dass ein Arzt bzw. Psychotherapeut innerhalb der ersten 6 Wochen nach Ende eines Abrechnungsquartals seine bereits eingereichten Abrechnungsunterlagen berichtigt. Die Berichtigung ist schriftlich zu beantragen. Sie kann in allen Geschäftsräumen der KV Hessen in Anwesenheit eines Bevollmächtigten der KV Hessen erfolgen. In begründeten Einzelfällen kann die KV Hessen auf Antrag, soweit die Bearbeitung der Abrechnung nicht beeinträchtigt wird, eine nachträgliche Berichtigung der Abrechnungsunterlagen über den Zeitraum von 6 Wochen hinaus gestatten.

Der Inhalt dieser Regelung ist ebf. rechtlich nicht zu beanstanden. Die Kammer hält insofern an ihrer bisherigen Rechtsprechung fest (vgl. Ur. v. 08.09.2010 - [S 12 KA 732/09](#) -; Ur. v. 24.02.2010 - [S 12 KA 691/08](#) -; Ur. v. 10.12.2008 - [S 12 KA 85/08](#) -; Ur. v. 31.10.2007 - [S 12 KA 939/06](#) -; Ur. 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](#) - Ur. v. 26.09.2007 - [S 12 KA 100/07](#) - [www.sozialgerichtsbarkeit.de](#) -, Berufung zurückgewiesen durch LSG Hessen, Ur. v. 11.03.2009 - [L 4 KA 70/07](#) -; Ur. v. 26.09.2007 - [S 12 KA 196/07](#) - [www.sozialgerichtsbarkeit.de](#) -, Berufung zurückgewiesen durch LSG Hessen, Ur. v. 11.03.2009 - [L 4 KA 71/07](#) -; s. a. LSG Hessen, Ur. v. 19.05.2010 - [L 4 KA 100/08](#) -, Nichtzulassungsbeschwerde zurückgewiesen durch BSG, Beschl. v. 08.12.2010 - [B 6 KA 37/10 B](#) - [BeckRS 2011, 66608](#); LSG Hessen, Ur. v. 24.09.2008 - [L 4 KA 43/07](#) - [www.sozialgerichtsbarkeit.de](#); LSG Nordrhein-Westfalen, Ur. v. 09.09.2009 - [L 11 KA 18/09](#) - [www.sozialgerichtsbarkeit.de](#)).

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, Ur. v. 24.11.1993 - [6 Rka 70/91](#) - [BSGE 73, 234](#) = [SozR 3-2500 § 95 Nr. 4](#) (juris Rdnr. 22); BSG, Ur. v. 25.10.1989 - [6 Rka 28/88](#) - [BSGE 66, 6](#), 8 = [SozR SozR 2200 § 368a Nr. 24](#) (juris Rdnr. 15); BSG, Ur. 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/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 (§ 3 Abs. 6 Satz 1 ARL).

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). Insbesondere ist auch zu billigen, nachträgliche Berichtigungen und/oder Ergänzungen bei den bereits eingereichten Behandlungsfällen auszuschließen (vgl. BSG, Urt. v. 29.08.2007 - [B 6 KA 29/06 R - SozR 4-2500 § 85 Nr. 37](#) = [GesR 2008, 197](#) = USK 2007-72 = [MedR 2008, 391](#) = Breith 2008, 652 = [NZS 2008, 554](#) = Die Leistungen Beilage 2009, 84, juris Rdnr. 12). Die Anwendung solcher Ausschlussfristen darf keinen Eingriff bewirken, der so schwer wiegt, dass er außer Verhältnis zu dem der Regelung innewohnenden Zweck steht (vgl. BSG, Urt. v. 29.08.2007 - [B 6 KA 29/06 R](#) - aaO. Rdnr. 13; v. 22.06.2005 - [B 6 KA 19/04 R](#) - aaO., Rdnr. 17 und 28).

Ausgehend hiervon ist § 3 ARL nicht zu beanstanden.

§ 3 ARL sieht ein abgestuftes System für die Fälle verspäteter Abrechnung vor. Zunächst wird von der Beklagten ein Termin zur Abrechnung festgelegt bzw. folgt dieser aus dem Quartalsende (10 Tage danach) (§ 3 Nr. 1 Abs. 1 ARL). Korrekturen können noch innerhalb von sechs Wochen nach Ende eines Abrechnungsvierteljahres eingereicht werden (§ 3 Nr. 1 Abs. 2 Satz 1 ARL), also etwa innerhalb eines Monats nach Ende der Einreichungsfrist. In begründeten Ausnahmefällen kann diese Frist verlängert werden (§ 3 Abs. 2 Satz 4 ARL).

Wird innerhalb der Abrechnungsfrist überhaupt keine Abrechnung eingereicht, so kann dennoch die Abrechnung nach Ablauf der Frist eingereicht werden. Für diesen Fall sieht die ARL eine Verwaltungskostenpauschale wegen des Mehraufwands vor. Die Verwaltungskostenpauschale ist so bemessen, dass ihr Höchstbetrag bei einer Verspätung von über 50 Tagen erreicht wird (vgl. § 3 Nr. 2 Abs. 2 ARL). Eine Verwirkung tritt erst innerhalb von 12 Monaten nach dem vorgeschriebenen Einreichungstermin ein (§ 3 Nr. 3 Abs. 1 Satz 1 und 2 ARL). In begründeten Ausnahmefällen kann aber der Vorstand eine darüber hinaus verspätete Abrechnung zulassen (§ 3 Nr. 3 Abs. 1 Satz 3 ARL).

Die ARL der Beklagten differenzieren damit hinreichend zwischen der Bedeutung einer unrichtigen und dem gänzlichen Fehlen einer Abrechnung. Für das gänzliche Fehlen einer Abrechnung lassen sie weitergehende Korrekturen zu bzw. lassen 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 die ARL der Beklagten auch die Nachreichung

fehlender Teile einer Abrechnung, also bisher nicht eingereicherter 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 handele 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.

Nach den Einlassungen des Klägers ist nicht schlichtes technisches Versagen im Sinne einer höheren Gewalt für die fehlerhafte Abrechnung Ursache. Der Kläger hat im Klageverfahren dargelegt, dass ihm selbst der Fehler unterlaufen sei. Es handele sich um einen Eingabefehler. Er habe als Anwender die Leistungsziffer 21220 als Statistikleistung gekennzeichnet. Er habe ein "Häkchen" an falscher Stelle gesetzt, mit der Folge, dass die Abrechnungsziffer 21220 zwar bei Erstellung der Honorarerklärung bei seinem Computer berücksichtigt und auch auf seinem Bildschirm als Honorarbestand ausgewiesen worden sei, nicht jedoch auf den Datenträger übertragen und somit auch nicht auf diesem gespeichert worden sei. Entsprechend hätten ihm die Prüfprotokolle keinen Fehler angezeigt.

Der Kläger ist aber 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 anzuwenden. Aus dem Honorarverlust alleine ist die Fehlerhaftigkeit der Abrechnung nicht zu erkennen. Die Honorarentwicklung war wie folgt:

Quartal III/09 IV/09 I/10 II/10 III/10

Honorar PK + EK 44.074,85 43.038,72 44.751,46 38.201,47 35.714,53

Fallzahl 1.379 1.450 1.494 1.435 1.454

Einzig bei Vergleich der Anzahl- und Summenstatistik fällt im Vergleich zu den Vorquartalen die gänzlich fehlende Abrechnung einer Leistung nach Ziff. 21220 EBM auf. Eine solche Veränderung ist aber nur bei gezielter Suche oder bei Installierung eines evtl. Überprüfungsprogramms zu erkennen. Aber selbst dann folgt hieraus nicht, dass es sich tatsächlich um einen Abrechnungsfehler handelt. 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.

Es liegt aber eine Unverhältnismäßigkeit vor. Wie bereits ausgeführt, darf die Anwendung solcher Ausschlussfristen keinen Eingriff bewirken, der so schwer wiegt, dass er außer Verhältnis zu dem der Regelung innewohnenden Zweck steht. 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 (vgl. bereits SG Marburg, Urt. v. 10.12.2008 - [S 12 KA 85/08](#) -). Dabei ist es unerheblich, ob es sich um das Fehlen eines Teils der abgerechneten Behandlungsfälle oder - wie hier - um das systematische Fehlen einer einzelnen Leistung in einer Vielzahl der Abrechnungsfälle handelt. Die fehlerhafte Anwendung der Abrechnungssoftware führte dazu, dass die keine der Leistungen nach Ziff. 21220 EBM übermittelt wurde. Bei Ziff. 21220 EBM handelt es sich um eine typische Leistung der Fachgruppe des Klägers. In den Vorquartalen rechnete der Kläger diese wie folgt ab:

Quartal III/09 IV/09 I/10 II/10 III/10

Ziff. 21220 absolut 891 845 841 331 0 bzw. 1.025

Ziff. 21220 auf 100 Fälle KI/VG 65/73 59/74 56/77 23/72 0 bzw. 70

Soweit der Kläger diese Leistung bereits im Quartal II/10 nur vermindert abgerechnet hat, hat die Kammer mit den Beteiligten in der mündlichen Verhandlung erörtert, ob dies nicht bereits der Umstellung der Abrechnungssoftware im Juni 2010 und der dann fehlerhaften Handhabung geschuldet war, ohne dass dies von dem Kläger bestätigt werden konnte.

Die Unverhältnismäßigkeit folgt nicht bereits aus einem Vergleich zu dem Vorquartal. Zu diesem liegt der Rückgang unter 7 %. Auszugehen ist vielmehr von dem Honorar, dass bei richtiger Übertragung erzielt worden wäre. Geht man von 1.025 Ansätzen der Leistungen nach Ziff. 21220 EBM aus, so entspricht dies einem zusätzlichen Honorarvolumen von 13.827,25 EUR (13,49 EUR x 1.025). Bei einem Regelleistungsvolumen von 47.250,94 EUR und einem angeforderten Honorar von 34.506,76 EUR würde dieses Honorar auch unter Berücksichtigung eines Ausgleichshonorars von 546,71 EUR weitgehend in das Honorar eingehen, so dass der tatsächliche Honoraranspruch ca. 49.000 EUR betragen würde. Ausgehend von diesem Honoraranspruch als Bezugsgröße beträgt der Honorarverlust ca. 27 %. Geht man vom festgesetzten Honorar von 35.714,53 EUR aus, so würde der Kläger ein um ca. 37 % höheres Honorar erhalten.

Die Kammer sieht dies nicht als gering an und hält dies für unverhältnismäßig. Hierbei ist weiter zu berücksichtigen, dass der Fehler noch in den beiden Folgequartalen unentdeckt blieb, so dass sich insgesamt für drei Quartale eine Honorareinbuße von ca. 45.000 EUR ergibt.

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

Der Kläger hat daher nochmals seine Abrechnung bei der Beklagten einzureichen und dabei dafür Sorge zu tragen, dass die Leistungen nach Ziff. 21220 EBM für die Beklagte lesbar sind. Die Beklagte hat bei einer Neubescheidung die nachträglichen Angaben dieser Leistungen zu berücksichtigen und das Honorar auf dieser Grundlage neu zu berechnen, wobei es ihr frei steht, die Angaben im Einzelfall zu überprüfen. Von daher war nur zur Neubescheidung zu verurteilen und konnte nicht ein bestimmtes Honorar bzw. ein bestimmter Honorarumfang angenommen werden, wenn auch grundsätzlich die Kammer aufgrund der vorgelegten Statistiken des Klägers keine Zweifel an der ungefähren Höhe des weiteren Honoraranspruchs hat. Aus diesem Grund war die Klage aber im Übrigen abzuweisen.

Nach allem war der angefochtene Bescheid rechtswidrig und der Klage im tenorierten Umfang stattzugeben.

Die Kostenentscheidung beruht auf [§ 197a SGG](#) i. V. m. [§ 155 Abs. 1 VwGO](#). Wegen der teilweisen Klageabweisung war auch der Kläger mit Kosten zu belasten ...

Die Streitwertfestsetzung erfolgte durch Beschluss des Vorsitzenden.

In Verfahren vor den Gerichten der Sozialgerichtsbarkeit ist, soweit nichts anderes bestimmt ist, der Streitwert nach den sich aus dem Antrag des Klägers für ihn ergebenden Bedeutung der Sache nach Ermessen zu bestimmen. Bietet der Sach- und Streitwert für die Bestimmung des Streitwerts keine genügenden Anhaltspunkte, so ist ein Streitwert von 5.000,00 Euro anzunehmen ([§ 52 Abs. 1 und 2 GKG](#)).

Der wirtschaftliche Wert folgt aus dem Betrag für die strittigen Leistungen (13,49 EUR x 1.025 = 13.827,25 EUR). Dies ergab den festgesetzten Wert.

Rechtskraft

Aus

Login
HES
Saved
2013-06-18