

S 16 KA 119/14

Land
Hessen
Sozialgericht
SG Marburg (HES)
Sachgebiet
Vertragsarztangelegenheiten
Abteilung
16
1. Instanz
SG Marburg (HES)
Aktenzeichen
S 16 KA 119/14
Datum
27.04.2016
2. Instanz
Hessisches LSG
Aktenzeichen
-
Datum
-
3. Instanz
Bundessozialgericht
Aktenzeichen
-
Datum
-

Kategorie
Urteil
Leitsätze

Ein Vertragsarzt, der fehlerhafte Abrechnungsziffern ansetzt bzw. die Ansetzung von Pseudoziffer versäumt, ist selbst bei einem Honorarverlust von ca. 29% (ausgehend vom tatsächlichen Honoraranspruch als Bezugsgröße) dann nicht zur nachträglichen Abrechnungskorrektur zuzulassen, wenn er vor Erlass des Honorarbescheids mit einem sog. Arztinfobrief in einer Weise auf die Fehlerhaftigkeit seiner Abrechnung hingewiesen wurde, dass sich eine Überprüfung der den späteren Verlust verursachenden Fehler geradezu aufdrängen muss (im Anschluss an [S 12 KA 599/11](#)).
Die Klage wird abgewiesen.

Der Kläger hat die Kosten des Verfahrens zu tragen.

Tatbestand:

Die Beteiligten streiten noch um die nachträgliche Korrektur der Abrechnung für das Quartal IV/2011 und hierbei um die nachträgliche Vergütung für 16 Leistungen nach Ziffer 90403 (Sachkosten faltbare Acryllinse außer AOK) sowie nach Ziffer 31351 (Intraocularer Eingriff der Kategorie X2) und Folgeabrechnungen nach Ziffer 31719 (Postoperative Behandlung Augenheilkunde XI/2b).

Der Kläger war jedenfalls im Quartal IV/2011 als Facharzt für Augenheilkunde zur vertragsärztlichen Versorgung mit Praxissitz in A-Stadt zugelassen. Im diesem Quartal war Herr C. als Sicherstellungsassistent in seiner Praxis tätig.

Die Beklagte setzte mit Bescheid vom 01.09.2011 das Regelleistungsvolumen des Klägers für das Quartal IV/2011 bei einer RLV-relevanten Fallzahl von 1267 und einem Fallwert von 21,93 auf 27.785,31 Euro fest.

Der Kläger reichte später fristgerecht seine Honorarabrechnung für das Quartal IV/2011 bei der Beklagten ein. Mit Schreiben vom 19.03.2012 teilte er ihr allerdings mit, im Quartal IV/2011 seien ihm bei den Abrechnungen für Katarakt-Operationen Fehler bei der der Eintragung der Abrechnungsziffern unterlaufen. Ihm sei zu diesem Zeitpunkt nicht bekannt gewesen, dass für die Berechnung der implantierten Linsen eine eigene Leistungsziffer eingetragen werden müsse. Er bat um nachträgliche Berichtigung dieser fehlenden Ziffern und listete 18 Patienten mit Name, Geburtsdatum und Behandlungsdatum auf, bei denen die Ziffer 90403 abzurechnen sei.

Die Beklagte setzte mit Honorarbescheid vom 02.04.2012 das Gesamthonorar des Klägers nach Abzug von Verwaltungskosten und Umlagen auf 15.909,95 EUR fest. Im Primärkassenbereich betrug das Honorar 14.102,85 EUR brutto und im Ersatzkassenbereich 2.182,86 EUR brutto.

Hiergegen erhob der Kläger am 01.06.2012 Widerspruch. Zu dessen Begründung führte er an, die Leistungen mit der Ziffer 31351, die in der Abrechnung insgesamt 17-mal abgesetzt worden seien, habe er intern mit dem falschen OP-Schlüssel versehen (5 144.2a). Der korrekte OP-Schlüssel sei 5-144.5a, da er bei den Katarakt-Operationen mit der Methode der Phakoemulsifikation vorgehe. Durch die Korrektur der OP-Schlüssel könne dann auch die Ziffer 31719 (postoperative Kontrolle) nachgenehmigt werde, die ebenfalls 17-mal abgesetzt worden sei.

Mit Bescheid vom 15.06.2012 lehnte die Beklagte den oben erwähnten Antrag des Klägers auf nachträgliche Korrektur ab. Zur Begründung führte sie an, mit der Abgabe der Behandlungsausweise bestätige der Arzt in einer Sammelerklärung/Quartalsklärung, dass die zur Abrechnung eingereichten Leistungen nach den gesetzlichen und vertraglichen Bestimmungen erbracht worden seien, notwendig gewesen seien und die eingereichte Abrechnung sachlich richtig und vollständig sei

Zwar könne sie, die Beklagte, auf schriftlichen Antrag hin gestatten, dass der Arzt innerhalb von 6 Wochen nach Ende des Abrechnungsquartals seine bereits eingereichte Abrechnungserklärung berichtigt. Auch könne in begründeten Einzelfällen diese Frist sogar verlängert werden. Ein solcher Ausnahmefall sei allerdings nur gegeben, wenn der sich ergebende Korrekturbedarf nicht dem Arzt angelastet werden kann.

Der Kläger habe die 6-Wochen-Frist verstreichen lassen. Die Prüfung der Beklagten habe ergeben, dass kein begründeter Einzelfall für eine Verlängerung der Frist vorgelegen habe. Eine nachträgliche Korrektur hätte die Bearbeitung der Abrechnung verzögert, da am 06.03.2012 die Abrechnungsdaten bereits an die IT-Abteilung weiterzuleiten gewesen wären. Bei der zusätzlich durchgeführten Prüfung der Behandlungsfälle der angegebenen Patienten sei festgestellt worden, dass in einem Fall die Ziffer 90403 vom Kläger auch eingetragen und honoriert worden sei.

Dagegen erhob der Kläger am 22.06.2012 Widerspruch, zu dessen Begründung er ausführte, die Praxis habe im Sommer 2011 eröffnet. Im Quartal IV/2011 seien zum ersten Mal Katarakt-Operationen durchgeführt worden. Er habe keine Möglichkeit gehabt, die Arzthelferinnen entsprechend zu schulen, um die Abrechnungen bis ins letzte Detail korrekt durchführen zu können. Die Angestellten kämen auch nicht aus einem kassenärztlichen Betrieb, so dass das Abrechnungswesen für alle Beteiligten komplettes Neuland gewesen sei. Es sei ihnen nicht bewusst gewesen, dass zusätzlich für die Sachkosten hessenspezifische Abrechnungsnummern notwendig seien. Mittlerweile habe er an entsprechenden Weiterbildungsmaßnahmen für die Mitarbeiter geplant, die teilweise auch schon erfolgt seien. Er könne nicht nachvollziehen, weshalb für einen Patienten die Ziffer 90403 angesetzt worden sei. Es habe sich auch insgesamt nur um 17 Fälle gehandelt, da eine Patientin entgegen der Planung nicht operiert werden könne. Von daher gehe es noch um 16 Fälle. Es sei ihm ein Schaden von ca. 6.400,00 EUR entstanden.

Die Festlegung von Ausschlussfristen stelle jedoch eine unverhältnismäßige Einschränkung des grundgesetzlich durch Artikel 12 geschützten Rechts der Vertragsärzte auf angemessene Honorierung ihrer Leistungen dar und sei insbesondere nicht durch die Ermächtigungsnorm des [§ 85 Abs. 4 SGB V](#) gedeckt. Es daher erforderlich, von der starren Frist in begründeten Ausnahmefällen abzuweichen. Der Honorarausfall sei nicht unerheblich. Bei einer Sachkostenpauschale von 403,92 EUR ergebe dies bei 18 Fällen eine Summe von insgesamt rund 7.200,00 EUR. Selbst nach Abzug von Verwaltungskosten läge sein Honorar damit bei korrekter Abrechnung fast 1/3 über dem tatsächlich ausgezahlten Honorar.

Mit Widerspruchsbescheid vom 30.01.2014 wies die Beklagte den Widerspruch gegen den Bescheid vom 15.06.2012 zurück. In Ihrem Widerspruchsbescheid wiederholte sie im Wesentlichen die Ausführungen des Ausgangsbescheides und vertiefte bzw. verbreiterte die Ausführungen, insbesondere zu den einschlägigen Rechtsgrundlagen. Sie ergänzte hierbei insbesondere, dass ein Verstoß gegen den Verhältnismäßigkeitsgrundsatz vorläge. Zu einem drohenden Honorarverlust in nicht unerheblichem Umfang müssten besondere Umstände hinzukommen. Mit ihren Abrechnungsrichtlinien habe sie ein differenziertes und abgestuftes System von Ausschlussfristen geschaffen. Von daher sei der Verhältnismäßigkeitsgrundsatz gewahrt. Es handle sich um einen nicht unerheblichen Betrag, welcher durch die Nichtabrechnung nicht in den Gesamthonorarsanspruch eingeflossen sei. Bei einem Gesamthonorar von 15.909,95 EUR belaufe sich der Honorarverlust auf 40,62 %. Gehe man von dem hypothetischen Gesamthonorar aus liege der Verlust bei 28,89 %. Somit liege ein erheblicher Honorarverlust vor. Die Umstände machten aber eine Korrektur gerade nicht erforderlich. Der Honorarverlust sei für sie nicht erkennbar gewesen. Zum einen habe der Kläger sein Gesamthonorar im Quartal IV/11 gegenüber dem Quartal III/11 (9.107,32 EUR) deutlich gesteigert. Ferner sei die Ziffer 90403 einmal angesetzt worden. Somit habe sie davon ausgehen können, dass dem Kläger die Abrechnungsmöglichkeit bekannt gewesen sei.

Mit Widerspruchsbescheid vom 12.02.2014 wies die Beklagte den Widerspruch gegen den Honorarbescheid zurück. In Ihrem Widerspruchsbescheid rekurrierte sie insbesondere auf den Arztinfobrief vom 17.02.2012, mit dem auf die fehlerhafte Abrechnung hingewiesen worden sei.

Auf den Widerspruchsbescheid vom 30.01.2014 hin hat der Kläger am 28.02.2013 Klage erhoben. Auf den Widerspruchsbescheid vom 12.02.2014 hin hat der Kläger am 05.03.2014 Klage erhoben.

Er trägt vor, es sei zwar zutreffend, dass er die 6-wöchige Frist zur Korrektur der Abrechnung versäumt habe. Er meint aber, im vorliegenden Fall müsse ihm aber die nachträgliche Korrektur der Abrechnung noch möglich sein. Von der starren Frist sei insoweit abzuweichen. Dies gebiete das durch [Art. 12](#) Grundgesetz geschützte Recht der Vertragsärzte auf eine angemessene Honorierung ihrer Leistungen, welche welches durch die Festlegung von Ausschlussfristen, nach deren Versäumnis der Vertragsarztgefahr laufe, keinerlei Vergütung mehr für die von ihm erbrachten Leistungen zu erhalten, unverhältnismäßig eingeschränkt würde. Auch die Ermächtigungsnorm des [§ 95 Abs. 4 SGB V](#) decke den Erlass einer starren Ausschlussfrist ohne Ausnahmen nicht ab. Entgegen der Auffassung der Beklagten liege ein solcher Ausnahmefall, der ein Abweichen von der starren Ausschlussfrist erforderlich mache, vor.

Die Weigerung der Beklagten, die nachträgliche Korrektur der Abrechnung des Klägers im Hinblick auf die GOP 31351 EBM zuzulassen, führe beim Kläger zu einem Honorarverlust in Höhe von rund 8.200 EUR. Auch nach Abzug der Verwaltungskosten läge das Honorar des Klägers damit bei korrekter Abrechnung rund 1/3 über dem tatsächlich ausgezahlten Honorar. Hinzu kämen die ebenfalls unberücksichtigten Sachkostenpauschalen in Höhe von rund 6.400 EUR. Wären alle Ziffern korrekt angesetzt worden, wäre das Honorar des Klägers in etwa doppelt so hoch. Die Kriterien für eine Beachtlichkeit einer späteren Korrektur seien damit in jedem Fall erfüllt.

Nicht ankommen könne es darauf, ob die Umstände für die Beklagte vorliegend erkennbar gewesen seien. Das betreffende Quartal habe sich noch in der Aufbauphase der Praxis befunden. Sowohl der Kläger als auch seine Mitarbeiter hätten noch keine ausreichenden Kenntnisse in der Abrechnung vertragsärztlicher Leistungen gehabt. Auch sei der fehlerhafte Ansatz dem Kläger erst aufgefallen, nachdem er den betreffenden Honorarbescheid erhalten habe, in dem die betreffende GOP in 17 Fällen abgesetzt worden sei. Davor sei er davon ausgegangen, eine richtige Abrechnung eingereicht zu haben.

Die Beklagte hätte erkennen können, dass die Abrechnung des Klägers objektiv unrichtig war. Der Beklagten sei bekannt gewesen, dass der Kläger Kataraktoperationen durchführen. Auch habe die Beklagte sehen können, dass der Kläger trotz abgerechneter Kataraktoperation keine Sachkosten Katarakt nach den hessenspezifischen Abrechnungsziffern angesetzt habe. Hier hätte sich für die Beklagte aufdrängen

müssen, dass der Kläger den Ansatz versehentlich unterlassen habe.

Auch habe der Kläger die nachträgliche Korrektur unverzüglich vorgenommen, nachdem ihm bei einer telefonischen Rückfrage bei einer Mitarbeiterin der Beklagten mitgeteilt worden sei, dass der Ansatz der Ziffern für die Sachkosten unterblieben sei. Vor dieser telefonischen Information habe er keine Kenntnis von dem fehlenden Ansatz gehabt. Mangels früherer Kenntnis sei die Verspätung auch nicht verschuldet.

Schließlich sei auch der Umfang des Betroffenen Honorarvolumen so groß, dass es mit dem grundrechtlich geschützten Recht der Vertragsärzte auf Honorierung ihrer Leistungen unvereinbar wäre, diese Leistungen von der Vergütung auszuschließen.

Der Kläger beantragt

Der Bescheid vom 15.06.2012 in der Gestalt des Widerspruchsbescheids vom 30.01.2013 wird aufgehoben. Die Beklagte wird verurteilt, über den Antrag des Klägers vom 19.03.2012 auf nachträgliche Korrektur der Abrechnung IV/2012 unter Beachtung der Rechtsauffassung des Gerichts neu zu entscheiden. Der Honorarbescheid für das Quartal IV/2012 vom 02.04.2012 in der Gestalt des Widerspruchsbescheids vom 12.02.2014 wird aufgehoben. Die Beklagte wird verpflichtet, den Kläger unter Beachtung der Rechtsauffassung des Gerichts über seine Honoraransprüche neu zu bescheiden.

Die Beklage beantragt,
die Klage abzuweisen.

Die Beklage verweist auf die Begründung des Widerspruchsbescheids verweist ergänzend auf ihre Abrechnungsrichtlinie.

Ein Ausnahmetatbestand für eine Berichtigungsmöglichkeit über den Zeitraum von 6 Wochen hinaus sei nur dann gegeben, wenn der Korrekturantrag aus Gründen, die von dem Kläger nicht selbst verschuldet seien, nicht innerhalb der 6 Wochen möglich gewesen wäre.

Die Beklage verweist auf die Rechtsprechung des Bundessozialgerichts und meint, die Ausschlussfristen lägen sowohl im Interesse der Vertragsärzte als auch im Interesse der Krankenkassen. Mithin sei der hiermit verbundene Eingriff in die Berufsausübungsfreiheit gerechtfertigt. Die Abrechnungsrichtlinien seien hinreichend differenziert.

Das Eintreten eines Honorarverlustes aufgrund fehlerhafter Abrechnung sei für die Beklage im vorliegenden Fall nicht erkennbar gewesen. So habe der Kläger sein Gesamthonorar im streitgegenständlichen Quartal gegenüber dem Vorquartal deutlich gesteigert (15.909,95 EUR gegenüber 9.107,32 EUR). Außerdem sei die Ziffer 90403 (Sachkosten faltbare Acryllinse außer AOP) vom Kläger im streitgegenständlichen Quartal einmal angesetzt worden. Seitens der Beklagten sei daher davon auszugehen gewesen, dass dem Kläger die Abrechnungsmöglichkeit bekannt gewesen sei und er hiervon in notwendigem Maß Gebrauch gemacht habe.

Die Beklage trägt weiter vor, bereits im "Arztinfobrief" vom 17.02.2012 sei auf Seite 3 darauf hingewiesen worden sei, dass bei Operationsleistungen des Kapitels 31.2 die Angabe der OPS Prozedur in der gültigen Fassung erforderlich sei. Weiterhin sei ausgeführt worden, dass zusätzlich die Leistungen, die in Abschnitte 1 und 2 des Katalogs ambulant durchgeführter Operation und sonstiger stationärer Eingriffe gemäß [§ 115b SGB V](#) ("AOP-Vertrag") aufgeführt seien, außerhalb der MGV vergütet würden.

Außerdem sei im Honorarbescheid mitgeteilt worden, da der OPS-Code fehle oder nicht an der entsprechenden GOP angegeben worden sei oder nicht im Abschnitt 1 und 2 des "AOP-Vertrages" aufgeführt sei oder nicht zur angegebenen GOP passe oder nicht der angegebenen "GNR als Begründung" (Feldkennung 5036) übereinstimme, erfolge eine Absetzung der GOP aus Kapitel 31.2 und gegebenenfalls der Nr. 88115.

Das Gericht hat die Verwaltungsakten der Beklagten beigezogen. Das Klageverfahren in Bezug auf den Widerspruchsbescheid vom 30.01.2013 war mit Beschluss vom 20.12.2013 zum Ruhen gebracht und am 05.03.2014 vom Kläger wieder aufgerufen worden. Das Gericht hat die beiden Klageverfahren mit Beschluss vom 15.02.2016 verbunden. Hinsichtlich des weiteren Sach- und Streitstandes wird verwiesen auf den Inhalt der Behördenvorgänge sowie der Gerichtsakten. Diese waren Gegenstand der Entscheidungsfindung.

Entscheidungsgründe:

Die Kammer hat gem. [§ 12 Abs. 3 Satz 2 SGG](#) 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.

Die Klage ist zulässig. Insbesondere ist sie form- und fristgerecht eingelegt worden, auch ist das Sozialgericht Marburg zuständig.

Die Klage ist jedoch unbegründet. Denn der Honorarbescheid für das Quartal IV/2011 vom 02.04.2012 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 12.02.2014 und der Bescheid vom 15.06.2012 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 30.01.2013 sind rechtmäßig. Der Kläger hat deswegen keinen Anspruch auf die begehrte Verurteilung bzw. Verpflichtung.

Rechtsgrundlagen für den Honorarbescheid der Beklagten sind insbesondere [§ 85 Abs. 4 Satz 1 SGB V](#) in der Fassung vom 22.12.2010, die Abrechnungsrichtlinien der Kassenärztlichen Vereinigung Hessen, gültig ab 01.04.2010 in der von der Vertreterversammlung am 20.02.2010 beschlossenen Fassung (im Folgenden: ARL) und der Honorarverteilungsvertrag 2011 (im Folgenden: HVV) vom 14.05.2012.

Abschnitt IV, Unterabschnitt 2.1 des HVV sieht vor, dass alle Nähere zur Abrechnung vertragsärztlicher Leistungen durch die Beklage in Abrechnungsrichtlinien geregelt wird und dass diese für alle an der Honorarverteilung teilnehmenden Ärzte verbindlich sind. Die Beklage ist durch ihre Vertreterversammlung gem. [§ 79 Abs. 3 Satz 1 Nr. 1 SGB V](#) auch zum Erlass von Satzungen berechtigt.

§ 3 Nr. 1 ARL lautet auszugsweise:

"1. Abgabe der Quartalsabrechnung

Die Abrechnungsunterlagen sind 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.

Sofern einzelne Betriebsstättenabrechnungen nach Ablauf der ersten sechs Wochen nach Ende eines Abrechnungsquartals eingereicht werden, so können diese Betriebsstättenabrechnungen noch in der laufenden Abrechnung berücksichtigt werden, soweit die Bearbeitung der Abrechnung nicht beeinträchtigt wird und über diese Betriebsstätte in der Vergangenheit regelmäßig abgerechnet wurde.

Kann die Betriebsstättenabrechnung nicht in der laufenden Abrechnung berücksichtigt werden, so wird diese in einem Folgequartal bearbeitet, soweit über diese Betriebsstätte in der Vergangenheit regelmäßig abgerechnet wurde und der hierauf beruhende Honoraranspruch noch nicht verwirkt ist.

Mit der Abgabe der Behandlungsausweise und ggf. eines maschinell verwertbaren Datenträgers bestätigen der Arzt bzw. Psychotherapeut oder bei einer Berufsausübungsgemeinschaft die Ärzte bzw. Psychotherapeuten in einer Sammelerklärung/ Quartalerklärung, dass die zur Abrechnung eingereichten Leistungen nach den gesetzlichen und vertraglichen Bestimmungen erbracht worden sind, notwendig waren und die eingereichte Abrechnung sachlich richtig und vollständig ist. Bei Medizinischen Versorgungszentren hat zusätzlich der Träger des Zentrums oder eine von ihm beauftragte Person die entsprechende Erklärung abzugeben []."

(Kursivstellung durch Gericht, im Original vorhandener Fettdruck wurde nicht übernommen)

Diese Regelung, insbesondere die Aufnahme von Fristen, ist nicht zu beanstanden, wie das Sozialgericht Marburg in der Vergangenheit in ständiger Rechtsprechung festgestellt hat (Urteil vom 04.07.2012, [S 12 KA 599/11](#), unter Verweis auf Urteil vom 08.09.2010, [S 12 KA 732/09](#); Urteil vom 24.02.2010, [S 12 KA 691/08](#); Urteil vom 10.12.2008, [S 12 KA 85/08](#); Urteil vom 31.10.2007, [S 12 KA 939/06](#); Urteil vom 23.05.2007, [S 12 KA 876/06](#), Berufung zurückgewiesen durch LSG Hessen, Beschluss vom 24.04.2008, [L 4 KA 46/07](#), Urteil vom 26.09.2007, [S 12 KA 100/07](#), Berufung zurückgewiesen durch LSG Hessen, Urteil vom 11.03.2009, [L 4 KA 70/07](#); Urteil vom 26.09.2007, [S 12 KA 196/07](#), Berufung zurückgewiesen durch LSG Hessen, Urteil vom 11.03.2009, [L 4 KA 71/07](#); LSG Hessen, Urteil vom 19.05.2010, [L 4 KA 100/08](#), Nichtzulassungsbeschwerde zurückgewiesen durch BSG, Beschluss vom 08.12.2010, [B 6 KA 37/10 B](#); LSG Hessen, Urteil vom 24.09.2008, [L 4 KA 43/07](#); LSG Nordrhein-Westfalen, Urteil vom 09.09.2009, [L 11 KA 18/09](#)).

Grundlage ist hierbei die Pflicht jedes Vertragsarztes, die erbrachten Leistungen peinlich genau abzurechnen. Die Kassenärztlichen Vereinigungen sind auf der Rechtsgrundlage des [§ 85 Abs. 4 Satz 1](#) und 2 SGB V auch befugt, in ihrem Honorarverteilungsmaßstab Regelungen über die Modalitäten der Abrechnung durch die Vertragsärzte zu treffen. Sie dürfen in diesem Zusammenhang insb. Abrechnungsfristen vorgeben und diese als Ausschlussfristen ausgestalten sowie die Folgen festlegen, die sich aus einem Fristversäumnis für die Abrechnungen ergeben. Dabei besteht in der Rechtsprechung die Überzeugung, dass die Ausgestaltung einer Abrechnungsfrist als Ausschlussfrist für sich genommen keinen derart schwerwiegenden Eingriff in die Berufsausübungsfreiheit darstellt, dass für ihn eine ausdrückliche gesetzliche Ermächtigung erforderlich wäre. Immerhin besteht, vor allem zugunsten der Gesamtheit der Vertragsärzte, aber auch im Interesse der Krankenkassen, die Notwendigkeit einer schnellen und umfassenden Auskehr der Vergütungen im Zuge der quartalsweisen Honorarverteilung (im Einzelnen: SG Marburg, Urteil vom 04.07.2012, [S 12 KA 599/11](#) m.w.N., insb. auf die Rspr. des BSG).

Allerdings setzt die Rechtsprechung den Regelungen der Abrechnungsrichtlinien im Hinblick auf den Verhältnismäßigkeitsgrundsatz Grenzen, nämlich zunächst für die Fälle, in denen die Vertragsärzte bei gänzlichem Ausbleiben einer Abrechnung Gefahr laufen, 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](#) nämlich 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 für solche Fälle nicht (vgl. BSG, Ur. v. 22.06.2005, [B 6 KA 19/04 R](#)).

Demgegenüber kann der Ausschluss der lediglich nachträglichen Berichtigung von bereits vorgelegten Abrechnungsscheinen – so die vorliegende Fallkonstellation – durchaus gebilligt werden. Auch die Anwendung solcher Ausschlussfristen darf jedoch keinen Eingriff bewirken, der so schwer wiegt, dass er außer Verhältnis zu dem der Regelung innewohnenden Zweck steht (vgl. BSG, Urteil vom 29.08.2007, [B 6 KA 29/06](#); Urteil vom 22.06.2005, [B 6 KA 19/04 R](#)).

§ 3 ARL hält diesen Maßstäben mit seinem abgestuften System für die Fälle verspäteter Abrechnung und auch des vollständigen Fehlens einer Abrechnung grundsätzlich stand (SG Marburg, Urteil vom 04.07.2012, [S 12 KA 599/11](#)). Allerdings hat die 12. Kammer des Sozialgerichts Marburg die geschilderten Grundsätze ausdifferenziert für Fälle, in denen sich die wirtschaftlichen Auswirkungen fehlerhafter Abrechnung dem gänzlichen Unterbleiben einer Abrechnung annähern.

Demnach können die Vorgaben der ARL in solchen Einzelfällen unverhältnismäßig sein, in denen aufgrund der Ausschlussfrist erhebliche Teile der Honorarabrechnung nicht in die Vergütung eingehen, wenn besondere Umstände hinzukommen (vgl. SG Marburg, Urteil vom 04.07.2012, [S 12 KA 599/11](#), Urteil vom 10.12.2008, [S 12 KA 85/08](#)). Von einer Unverhältnismäßigkeit ging die 12. Kammer in den vorstehend zitierten Fällen bei einem Honorarverlust von 40,5%, 33,1% sowie bereits 27 %, ausgehend von dem tatsächlichen Honoraranspruch (und nicht dem festgesetzten Honorar) als Bezugsgröße, aus.

Dieser Rechtsprechung schließt sich die 16. Kammer an.

Jedoch führt die Subsumtion des vorliegenden Falles unter die geschilderten Grundsätze nicht zu einem unverhältnismäßigen Ausschluss von Teilen der Abrechnung des Klägers durch § 3 ARL.

Der Kläger hat unstreitig rechtzeitig, nämlich in Übereinstimmung mit § 3 Nr. 1 ARL binnen 10 Tagen nach Ende des Abrechnungsquartals IV/2011, seine Honorarabrechnung bei der Beklagten eingereicht.

Hierbei hat er jedoch in den betreffenden Fällen der Katarakt-Operationen seine Abrechnungen mit einem fehlerhaften OP-Schlüssel versehen (5-144.2a, statt korrekterweise 5-144.5a), was die Absetzung der GOP 31351 (Intraocularer Eingriff der Kategorie X2) und die unterbliebene Vergütung der Folgeziffer 31719 (Postoperative Behandlung Augenheilkunde XI/2b) bewirkte. Außerdem hat die Pseudoziffer 90403 für die Sachkosten nicht angesetzt.

Einen Berichtigungsantrag innerhalb von sechs Wochen nach Ende des Abrechnungsquartals gem. § 3 Nr. 1 Satz 2 ARL hat er nicht gestellt. Jedoch hat er am 19.03.2012 einen sinngemäßen Antrag auf Abrechnungskorrektur nach § 3 Nr. 1 Satz 5 ARL gestellt. Nach dem Wortlaut der Vorschrift scheidet ein Ausnahmefall nach dieser Vorschrift aus. Denn die Bearbeitung der Abrechnung wäre durch eine Berichtigung beeinträchtigt worden. Wie die Beklagte erläutert hat, war bereits am 06.03.2012 die Weiterleitung der Abrechnungsunterlagen an die IT-Abteilung erfolgt. Eine Änderung der Unterlagen hätte damit eine Verzögerung der Bearbeitung zur Folge gehabt.

Allerdings betrug der Honorarverlust des Klägers, ausgehend vom Honoraranspruch als Bezugsgröße, unstreitig 28,89%. Es handelt sich um einen Verlustanteil, der nach oben Dargestelltem als erheblicher Teil zu quantifizieren ist.

Gleichwohl ist die Kammer unter Berücksichtigung der konkreten Umstände im vorliegenden Fall zu der Überzeugung gelangt, dass eine Anerkennung des Berichtigungsbegehrens aus Gründen der Verhältnismäßigkeit nicht geboten war.

Für den Kläger streiten neben seinem erheblichen Honorarverlust, der die hier vom Gericht vorzunehmende Prüfung überhaupt erst eröffnet, die Tatsache, dass er im streitgegenständlichen Abrechnungsquartal unerfahren war. Es handelte sich um eine junge Praxis, ein Attribut, dass im Vertragsarztrecht in verschiedener Ausprägung Berücksichtigung findet (vgl. beispielhaft BSG, Urteil vom 17.07.2013, [B 6 KA 44/12 R](#)). Weiterhin mag der Abrechnung der durch die Vereinbarung einer Sachmittelpauschale bei ambulanten Kataraktoperationen vom 19.02.1998 in seiner jeweiligen Fassung begründeten Pseudoziffern eine größere Fehleranfälligkeit innewohnen, als der Abrechnung der herkömmlichen GOP-Ziffern des EBM.

Die mit zwei Vertragsärzten fachkundig besetzte Kammer misst jedoch diesem Umstand eine geringe Bedeutung zu, weil es in der Risikosphäre jedes Vertragsarztes liegt, sich die Kenntnisse anzueignen oder der Expertise Dritter zu bedienen, um eine korrekte Abrechnung zu gewährleisten. Mit seiner Eingliederung in das System der vertragsärztlichen Versorgung muss sich der Vertragsarzt die entsprechenden Kenntnisse der Abrechnungssystematik verschaffen (siehe zur Rspr. bereits oben). Dem klägerischen Vortrag, er habe keine Möglichkeit gehabt, die Arzthelferinnen entsprechend zu schulen, um die Abrechnungen bis ins letzte Detail korrekt durchführen zu können, die Angestellten kämen auch nicht aus einem kassenärztlichen Betrieb, so dass das Abrechnungswesen für alle Beteiligten komplettes Neuland gewesen sei und ihnen sei nicht bewusst gewesen, dass zusätzlich für die Sachkosten hessenspezifische Abrechnungsnummern notwendig seien, ist unbeachtlich. Es wäre dann nämlich Aufgabe des Klägers gewesen, seine unzureichend qualifizierten Hilfskräfte ausreichend zu überwachen. Er verantwortet seine Abrechnung, nicht seine Mitarbeiterinnen.

Hinzu kommt, dass der Kläger im streitgegenständlichen Quartal, im Falle der Patientin D. (geb. 1983), unstreitig im Rahmen einer Katarakt-Operation (Vornahme am 20.12.2011) die zutreffende Ziffer 90403 abrechnete, er mithin Kenntnis von ihrer Existenz gehabt haben muss.

Besondere Bedeutung hat die Kammer in ihrer Beratung allerdings dem Arztinfobrief der Beklagten vom 17.02.2012 (Bl. 24 der Verwaltungsakte) beigemessen. Mit diesem hat die Beklagte den Kläger etwa sechs Wochen nach Ende des streitgegenständlichen Abrechnungsquartals auf zu erwartende Absetzungen hingewiesen. Unter anderem wies sie den Kläger darauf hin, bei Operationsleistungen des Kapitels 31.2 die Angabe der OPS-Prozeduren in der gültigen Fassung erforderlich ist. Zusätzlich würden die Leistungen, die in Abschnitte 1 und 2 des Katalogs ambulant durchgeführter Operation und sonstiger stationsersetzende Eingriffe gemäß [§ 115b SGB V](#) ("AOP-Vertrag") aufgeführt seien, außerhalb der MGV. Es würde zu Absetzungen kommen (Bl. 22 der Verwaltungsakte). Es folgt dann eine tabellenhafte Darstellung, in der in 16 näher angeführten Fällen die Absetzung der EBM Ziffer GOP 31351 angekündigt wurde. Der Kläger nahm dies zur Kenntnis, teilte nämlich am 17.02.2012 (Bl. 25 der Verwaltungsakte) mit, dass die Ziffern 33001 in näher benannten Fällen zu streichen seien und bei näher bezeichneten Operationen, nämlich den hier interessierenden, der OP-Schlüssel auf 5-144.2a (statt "5-144.2") zu korrigieren sei. Er nimmt auch explizit Bezug auf die Abrechnung der Katarakt-Operation der Patientin D.

Der Umstand, dass der Kläger mit dem Arztinfobrief die Fehlerhaftigkeit seiner Abrechnungen vor Augen geführt bekam, führt im Rahmen der Verhältnismäßigkeitsprüfung, genauer im Bereich der Angemessenheitserwägungen, zur vollen Überzeugung der Kammer zur Entscheidung zu Lasten des Klägers. Das Individualinteresse des Klägers, die von ihm erbrachten Leistungen auch vergütet zu bekommen, muss bei dieser Sachlage hinter dem öffentlichen Interesse – und zugleich dem Interesse der Gesamtheit der Vertragsärzte – an einer funktionsfähigen Honorarabrechnung zurücktreten.

Obwohl bereits bei Kenntnisnahme des Arztinfobriefes durch den Kläger die Sechs-Wochen-Frist der ARL verstrichen war, hätte angesichts der oben geschilderten Rechtsprechung die Möglichkeit bestanden, ihm eine nachträgliche Berichtigung zuzugestehen, wenn er auf diese Informationen hin hinreichend konkretisiert die Berichtigung der Abrechnung verlangt hätte. Dies tat er jedoch deutlich über weitere vier Wochen später. Dies verschiebt die Lastenverteilung vollständig zu seinen Ungunsten. Aufgrund der Informationen des Arztinformativbriefes hätte er bei gründlicher Befassung feststellen müssen, dass seine Abrechnung der Kataraktoperation unzureichend vorgenommen hatte. Im Falle D. war die Pseudoziffer 90403 von ihm angesetzt worden und auf Seite 7 dieses Arztinfobriefes genannt. Weiterhin war dort angeführt, dass der Sachkostenansatz nur neben der gleichzeitigen Erbringung von unter anderem der GOP Ziffer 31351 möglich ist. Schließlich wurde die GOP Folgeziffer 31719 in den hier interessierenden Fällen abgesetzt (Seite 6 des Arztinfobriefes). Diese Darstellungen führen beim Kläger zur Obliegenheit einer gründlichen Überprüfung. Eine solche hat er aber offensichtlich nicht vorgenommen, wie seine oben erwähnte Antwort an die Beklagte erkennen lässt. Dem Vorbringen des Klägers, er habe zu einem späteren Zeitpunkt, nach Kenntnis seines Fehlers, unverzüglich reagiert, kommt dabei keine Bedeutung mehr zu.

Angesichts der Verantwortlichkeit des Arztes für seine Abrechnung mag zweifelhaft sein, ob im Rahmen der Angemessenheitserwägungen eine Einbeziehung der subjektiven Seite der Beklagten überhaupt angezeigt ist. Dies kann aber dahinstehen, da auch in diesem Fall keine abweichende Bewertung erfolgt. Die Kammer gelangte im Rahmen ihrer Beratung nicht zu der Auffassung, dass der Beklagten die Hintergründe der fehlerhaften Abrechnung ersichtlich waren oder hätten ersichtlich werden müssen. Insbesondere in Bezug auf die Sachkosten gilt dies, weil der Kläger im Falle D. die zutreffende Pseudoziffer 90403 abgerechnet hatte, weswegen es keinen Anhaltspunkt gab anzunehmen, er sei mit dieser Ziffer nicht vertraut. Auf die beiden anderen Aspekte wies die Beklagte mit ihrem Arztinfobrief, wie oben erwähnt, ausdrücklich hin. Auch die Steigerung des Honorars vom Quartal III/2011 zum Quartal IV/2011 lässt keine Auffälligkeiten erkennen.

Sonstige Mängel am Honorarbescheid wurden weder vorgetragen noch sind sie erkennbar.

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

2016-06-02