

L 5 KA 29/11

Land
Hamburg
Sozialgericht
LSG Hamburg
Sachgebiet
Vertragsarztangelegenheiten
Abteilung

5
1. Instanz
SG Hamburg (HAM)

Aktenzeichen
S 3 KA 153/08

Datum
13.04.2011

2. Instanz
LSG Hamburg
Aktenzeichen

L 5 KA 29/11
Datum

25.02.2015

3. Instanz
Bundessozialgericht
Aktenzeichen

-
Datum

-
Kategorie
Urteil

1. Auf die Berufung des Klägers wird das Urteil des Sozialgerichts Hamburg vom 13. April 2011 dahingehend abgeändert, dass die Beklagte verurteilt wird, den Kläger unter Abänderung des Honorarbescheides vom 23. August 2006 und des Bescheides vom 29. August 2006, beide in Gestalt der Bescheide vom 30. Januar 2008 und vom 19. August 2008 und des Widerspruchsbescheides vom 11. September 2008, die Honorarabrechnung des Klägers für das Quartal I/2006 mit der Maßgabe neu zu bescheiden, dass sieben Leistungen nach Nummer 03313 EBM 2000plus zu vergüten sind. Im Übrigen wird die Berufung zurückgewiesen. 2. Der Kläger trägt die Kosten des Berufungsverfahrens. Im Übrigen bleibt es bei der Kostenentscheidung des Sozialgerichts Hamburg. 3. Die Revision wird nicht zugelassen.

Tatbestand:

Der Kläger begehrt die Neubescheidung seiner Honorarabrechnung für das Quartal I/2006.

Er war im streitigen Quartal als Facharzt für Allgemeinmedizin im Bezirk der Beklagten zur vertragsärztlichen Versorgung zugelassen. Neben seiner regulären Tätigkeit sowie der Teilnahme an dem von der Beklagten in Wahrnehmung ihres Sicherstellungsauftrags organisierten Notdienst ([§ 73 Abs. 2](#) Sozialgesetzbuch Fünftes Buch (SGB V) in Verbindung mit [§ 75 Abs. 1 Satz 2](#) erster Halbsatz SGB V) behandelte er Patienten auch in der Hausärztlichen Notfallpraxis am M. (i.F.: H.) in H1. Hierbei handelt es sich um eine Einrichtung niedergelassener Hausärzte in Zusammenarbeit mit dem M., die die allgemeinärztliche Notfallbehandlung sichern und die Zusammenarbeit zwischen Krankenhaus und Hausarzt verbessern soll. Die Praxis hat am Wochenende und an Feiertagen von 9 Uhr bis 21 Uhr geöffnet.

Mit Bescheid vom 23. August 2006 setzte die Beklagte für das Quartal I/2006 ein Honorar von 36.790,49 Euro fest. Mit Bescheid vom 29. August 2006 erklärte sie außerdem, sie habe das vom Kläger angeforderte Honorar für das Quartal I/2006 um 27.055 Punkte und 17,20 Euro gemindert: Der Kläger habe u.a. "im Rahmen des Notfalldienstes im Krankenhaus" die Nrn. 01100 und 01101 des zum 1. April 2005 in Kraft getretenen Einheitlichen Bewertungsmaßstabes für ärztliche Leistungen (EBM 2000plus) unberechtigt in Ansatz gebracht, da im Notfalldienst nicht von einer unvorhergesehenen Inanspruchnahme ausgegangen werden könne. Im organisierten Notfalldienst habe der Kläger u.a. zu Unrecht nach Nr. 03313 EBM 2000plus abgerechnet: Die Erbringung der Leistung nach Nr. 03313 EBM 2000plus sei – wie sich auch aus § 10 Abs. 1 der Notfalldienstordnung der Kassenärztlichen Vereinigung H1 (vom 16. Juni 2005, NDO) ergebe – nicht Aufgabe des Arztes im Notfalldienst. Weiterhin habe der Kläger – offenbar im Rahmen seiner regulären Praxistätigkeit – auch die Nrn. 01821 und 03351 EBM 2000plus zu Unrecht angesetzt: Er habe weder über die erforderliche Weiterbildung verfügt, noch habe er entsprechende Leistungen bereits vor dem 31. Dezember 2002 abgerechnet.

Mit Schreiben vom 5. September 2006 (eingegangen bei der Beklagten am 6. September 2006) erklärte der Kläger, er habe bereits mit Schreiben vom 28. August 2006 Widerspruch eingelegt und wolle diesen nun begründen: Die Nrn. 01100 und 01101 EBM 2000plus seien abzurechnen oder aber in die Nr. 01210 EBM 2000plus zu ändern. Auch die Nrn. 03313, 01821 und 03351 EBM 2000plus seien abrechenbar. Die Beklagte werde bei Durchsicht ihrer Unterlagen feststellen, dass er "diese pädiatrischen Ziffern" seit zwanzig Jahren abrechne und daher auch die Nr. 03351 EBM 2000plus ansetzen könne. Im Januar 2008 ergänzte er seinen Vortrag dahingehend, dass er bereits vor dem Jahr 2002 Leistungen nach den Nrn. 953/955 EBM 1996 abgerechnet habe. Dies sei aus den Leistungsstatistiken zu ersehen und den entsprechenden Beweis werde er gegebenenfalls vor dem Sozialgericht führen. Weiterhin ergänze er seinen Widerspruch u.a. dahingehend, dass die Beklagte nach dem praxisindividuellen Punktwert abzurechnen habe.

Mit Bescheid vom 30. Januar 2008 half die Beklagte dem Widerspruch insoweit ab, als sie in 41 Fällen die Nr. 01102 EBM 2000plus anerkannte und in acht Fällen die Nr. 01821 EBM 2000plus in die Nr. 03120 EBM 2000plus änderte. Mit Bescheid vom 19. August 2008 half sie dem Widerspruch weiterhin dahingehend ab, dass sie fünf Behandlungsfälle nach Nr. 03120 EBM 2000plus vergütete.

Mit Widerspruchsbescheid vom 11. September 2008 wies sie Beklagte den Widerspruch im Übrigen zurück.

Am 13. Oktober 2008 hat der Kläger hinsichtlich verschiedener Quartale Klage vor dem Sozialgericht erhoben. Das Sozialgericht hat mit Beschluss vom 7. Oktober 2009 die Verfahren hinsichtlich aller anderen Quartale abgetrennt.

Der Kläger hat ausgeführt, die Nrn. 01100 und 01101 EBM 2000plus kämen zur Anwendung, da es sich bei dem Dienst in der H. nicht um eine reguläre Sprechstunde gehandelt habe. Die Patienten hätten ihn unvorhergesehen in Anspruch genommen, da die H. nicht einmal eine eigene Telefonnummer habe. Wenn Patienten als Notfall im M. vorstellig würden, obliege den Mitarbeitern am Empfang des Krankenhauses die Entscheidung, sie in die zentrale Notaufnahme oder die H. weiterzuleiten. Leistungen nach Nr. 03351 EBM 2000plus seien abrechenbar, da der Kläger entsprechende Leistungen bereits unter dem zuvor geltenden EBM 1996 abgerechnet habe. Er habe auch die Nr. 03313 EBM 2000plus zu Recht in Ansatz gebracht, denn er habe auf der Rückseite der Notfallprotokolle den vollständigen psychopathologischen Befund des Notfallpatienten mit Hilfe eines Stempels notiert, während nach der Leistungslegende insoweit nur eine orientierende Erhebung erforderlich sei. Auch die Beklagte stelle in ihren eigenen Notfallpraxen einen Stempelvordruck für die Erhebung dieses Status zur Verfügung. Schließlich müssten sämtliche Abrechnungen neu erfolgen, da der praxisindividuelle Punktwert zugrunde zu legen sei.

Die Beklagte hat ausgeführt, die Nr. 03351 EBM 2000plus entspreche der Nr. 1620 EBM 1996, allerdings habe der Kläger derartige Leistungen vor dem einschlägigen Stichtag nicht abgerechnet. Hinsichtlich der Nrn. 01100 und 01101 EBM 2000plus sei die Inanspruchnahme auch nicht unvorhergesehen erfolgt, denn der Kläger habe auch im Rahmen der H. damit rechnen müssen, in Anspruch genommen zu werden. Die Frage nach dem zutreffenden Punktwert sei lediglich in den Widersprüchen betreffend die Quartale IV/2006, II/2007 und III/2007 angesprochen worden. Hinsichtlich des Quartals I/2006 habe der Kläger sie erstmals mit Schriftsatz vom 13. September 2010 thematisiert, so dass insoweit Bestandskraft eingetreten sei.

Das Sozialgericht hat die Beklagte durch Urteil vom 13. April 2011 (dem damaligen Prozessbevollmächtigten des Klägers zugestellt am 11. Mai 2011) hinsichtlich zwölf Leistungen nach Nr. 01821 EBM 2000plus zur Neubeschreibung verurteilt und im Übrigen die Klage abgewiesen. Der Kläger habe für seine Tätigkeit in der H. keine Leistungen nach den Nrn. 01100 und 01101 EBM 2000plus abrechnen dürfen. Der diensthabende Vertragsarzt werde durch die Patienten in einer Notfallpraxis nicht unvorhergesehen in Anspruch genommen, denn auch wenn sich die Patienten ohne vorherige Ankündigung im M. vorstellten und allein die Krankenhausmitarbeiter darüber entschieden, ob die Notfallbehandlung durch die Klinikärzte oder in der hausärztlichen Notfallpraxis auf dem Klinikgelände erfolgen solle, würden die Patienten doch innerhalb fester und nach außen veröffentlichter Öffnungszeiten in der Notfallpraxis vorstellig. Genau für diese Form der Inanspruchnahme sei die H. errichtet worden. Während der Öffnungszeiten der Notfallpraxis habe sich der dort eingeteilte Vertragsarzt in einer Dienstsituation befunden. Wie der Kläger anschaulich geschildert habe, habe er sich während seines Dienstes in den Räumen der Notfallpraxis aufgehalten oder sei über Funk erreichbar geblieben. Für ruhigere Phasen habe er sich Papierarbeit mit in die Notfallpraxis genommen. Die Inanspruchnahme im Rahmen von Dienstsituationen wie im organisierten Not(fall)dienst, bei organisierten Sprechstunden oder bei anderen Ambulanzdiensten sei aber nicht mit den Nrn. 01100 oder 01101 EBM 2000plus berechnungsfähig gewesen. Der Kläger habe in der Notfallpraxis auch keine Leistungen nach Nr. 03313 EBM 2000plus abrechnen können. Zwar habe kein grundsätzlicher Ausschluss dieser Leistungen in der Not(fall)versorgung bestanden. Doch habe ausweislich der Leistungslegende die schriftliche ärztliche Aufzeichnung zur Leistungserbringung gehört. Eine Dokumentation, die sowohl das Ergebnis der orientierenden Statuserhebung als auch die erhobenen Lebensgeschichtlichen und sozialen Daten wiedergebe, fehle. Die Aufzeichnungen seien bei großzügiger Betrachtung und unter besonderer Berücksichtigung der Notfallsituation in keinem der Fälle ausreichend. Dabei habe die Kammer keine grundsätzlichen Bedenken gegen die Nutzung eines Stempelvordrucks, zumal der verwendete Stempel die Kategorien "Lebensgesch. Daten" und "Soziale Daten" umfasse. Der Kläger habe jedoch keine Einträge in diesen Kategorien vorgenommen oder sich auf pauschale Vermerke wie "Ø suizidal" oder "in psych. Behandlung" beschränkt. Der Kläger habe keine Leistungen nach Nr. 03351 EBM 2000plus abrechnen können. Auch insoweit gelte, dass nach der Leistungslegende Fachärzte für Allgemeinmedizin Leistungen nach dieser Gebührenposition unter anderem dann berechnen könnten, wenn sie nachwiesen, dass sie diese Leistung bereits vor dem 31. Dezember 2002 abgerechnet hätten. Alternativ ("und/oder") reiche es aus, wenn sie über eine mindestens einjährige pädiatrische Weiterbildung verfügten. Ausweislich der von der Beklagten vorgelegten Umwandlungstabelle entspreche der Nr. 03351 EBM 2000plus die Nr. 1620 EBM 1996. Nach dieser Gebührenposition habe der Kläger vor dem Stichtag nicht abgerechnet, wie er selber einräume. Aus dem Umstand, dass er Leistungen nach den Nrn. 953 und Nr. 955 EBM 1996 erbracht habe, könne er nichts für die Abrechnung der Nr. 03351 EBM 2000plus herleiten. Die Nr. 953 EBM 1996 sei zur Nr. 03350 EBM 2000plus (Orientierende entwicklungsneurologische Untersuchung eines Neugeborenen, Säuglings, Kleinkindes oder Kindes) umgewandelt worden, während die Nr. 955 EBM 1996 in der Nr. 04350 EBM 2000plus (Untersuchung und Beurteilung der funktionellen Entwicklung eines Säuglings, Kleinkindes oder Kindes bis zum vollendeten 6. Lebensjahr) aufgegangen sei. Über eine mindestens einjährige pädiatrische Weiterbildung, die den Kläger alternativ zur Abrechnung der Gebührenposition 03351 EBM 2000plus berechnete, verfüge er nicht. Soweit der Kläger die Vergütung sämtlicher in der H. erbrachter Leistungen unter Zugrundelegung seines arztindividuellen Punktwertes verlange, sei seine Klage zulässig, aber unbegründet. Die Beklagte könne sich auf § 10 Abs. 1 Buchstabe d der seinerzeit gültigen Honorarverteilungsvereinbarung (i.F.: VM) stützen. Es sei weder vorgetragen noch sonst ersichtlich, dass die Regelung gegen höherrangiges Recht verstoße. Insbesondere sei es nicht zu beanstanden, dass für die im Rahmen von hausärztlichen Notfallpraxen am Krankenhaus erbrachten Leistungen ein anderer Punktwert gelte als für die ansonsten in den hausärztlichen Praxen erbrachten Leistungen. Die Berücksichtigung unterschiedlicher Punktwerte sei keine sachwidrige Ungleichbehandlung, weil sich die Vergütung der im Rahmen von hausärztlichen Notfallpraxen am Krankenhaus erbrachten Leistungen insgesamt ganz wesentlich von der Vergütung der ansonsten im Rahmen von hausärztlichen Praxen erbrachten Leistungen unterscheiden habe. Bei ersteren habe es sich um außerbudgetäre Leistungen gehandelt, während letztere einer Mengenbegrenzung durch praxisbezogene Regelversorgungsvolumina unterlegen hätten. Sofern budgetüberschreitende Leistungen in der regulären Praxis erbracht worden seien, seien sie nicht gesondert vergütet worden. Die in der hausärztlichen Notfallpraxis vom selben Vertragsarzt erbrachten Leistungen seien hingegen unabhängig von einer etwaigen Budgetüberschreitung vergütet worden, was sie derart von den übrigen Leistungen abgehoben habe, dass auch der Ansatz eines abweichenden Punktwerts gerechtfertigt sei. Dass sich der Punktwert dann am Arztgruppendurchschnitt des Vorquartals orientiert habe, sei nicht als sachwidrig zu beanstanden.

Am 23. Mai 2011 hat der Kläger Berufung eingelegt.

Er führt hinsichtlich der Nr. 03313 EBM 2000plus aus, er habe ausweislich des von ihm verwendeten Stempels Befunde abgefragt, die den Inhalt der Leistungslegende sogar übererfüllt hätten. Unausgefüllt seien manche Felder nur geblieben, wenn aufgrund des

Gesundheitszustandes des Patienten keine Daten hätten erhoben werden können. Auch sei eine Darstellung in Kurzform ausreichend. Sodann habe er Leistungen nach Nr. 03351 EBM 2000plus abrechnen dürfen, denn entgegen der Auffassung des Sozialgerichts sei diese Nummer nicht die Nachfolgerregelung der Nr. 1620 EBM 1996, sondern sie sei abrechenbar, wenn der Vertragsarzt die Nr. 953 und/oder 1620 EBM 1996 abgerechnet habe. Der Kläger habe jedoch die Nr. 953 EBM in den Jahren 1998 und 1999 abgerechnet.

Weiterhin sei die Tätigkeit insgesamt unter Zugrundelegung seines arztindividuellen Punktwertes zu vergüten. Die Honorarbescheide seien entgegen der Auffassung der Beklagten auch nicht etwa insoweit bestandskräftig geworden. Eine entsprechende Beschränkung des Streitgegenstandes auf einzelne Teile der Bescheide sei dem erstinstanzlichen Klageantrag nicht zu entnehmen. In der Sache habe das Bundessozialgericht durch Urteil vom 2. Juli 2014 (Az. [B 6 KA 30/13 R](#), [NZS 2014, 916](#), vorgesehen für SozR 4-2500 § 76 Nr. 2) entschieden, dass die Tätigkeit eines Vertragsarztes in der Notfallambulanz eines Krankenhauses nicht schlechter vergütet werden dürfe als die in seiner Praxis erbrachten Leistungen. Wenn jedoch die Beklagte eine Abrechnung nach den Nrn. 01100 und 01101 EBM 2000plus versage, habe der Kläger im hausärztlichen Notdienst lediglich die Versichertenpauschalen nach den Nrn. 03110, 03111 und 03112 EBM 2000plus abrechnen können. Dadurch, dass die Beklagte zusätzlich nicht mit einem praxisorientierten Punktwert abrechne, liege die Vergütung für die ärztliche Tätigkeit am Wochenende im Ergebnis unterhalb derer, die der Kläger in der Woche erziele. Hierbei falle ins Gewicht, dass es sich bei der Tätigkeit in der H. um eine Fortsetzung der regulären Praxistätigkeit gehandelt habe, denn sie sei im Rahmen festgelegter Öffnungszeiten erfolgt und die Inanspruchnahme des Arztes sei nicht als unvorhergesehen anzusehen gewesen, da er sich in einer Dienstsituation befunden habe. Auch der Umstand, dass die Tätigkeit in der H. im Gegensatz zur Praxistätigkeit nicht budgetiert sei, stelle kein sachliches Unterscheidungsmerkmal dar, denn die Budgetierung sei kein die vertragsärztliche Tätigkeit prägendes Merkmal, sondern lediglich ein Detail der Vergütung. Vielmehr sei allein darauf abzustellen, ob die Tätigkeit eine Fortsetzung der Praxistätigkeit oder aber eine besondere Inanspruchnahme darstelle. Schließlich habe die Beklagte dem Kläger auch mit Schreiben vom 20. März 2008 eine Vergütung nach "seinem arztindividuellen Punktwert" zugesichert. Allerdings sei die einschlägige Berechnung nicht nachvollziehbar und die Beklagte habe sie auf Nachfrage nicht zu erklären vermocht.

Für den Fall, dass der Senat eine Vergütung nach dem arztindividuellen Punktwert ablehne, habe der Kläger jedoch Anspruch auf Vergütung unter Zugrundelegung der Nrn. 01100 und 01101 EBM 2000plus. Andernfalls drohe eine ungerechtfertigte Ungleichbehandlung gegenüber dem organisierten Notdienst.

Der Kläger beantragt,

das Urteil des Sozialgerichts Hamburg vom 13. April 2011 abzuändern und die Beklagte unter Abänderung ihres Honorarbescheides vom 23. August 2006 sowie unter Aufhebung des Bescheides vom 29. August 2006, beide in Gestalt der Bescheide vom 30. Januar 2008 und vom 19. August 2008 und des Widerspruchsbescheides vom 11. September 2008, zu verurteilen, seine Honorarabrechnung für das Quartal I/2006 mit der Maßgabe erneut zu bescheiden, dass 7 Leistungen nach Nr. 03313 EBM 2000plus und eine Leistung nach Nr. 03351 EBM 2000plus zu vergüten sind und dass alle in der Hausärztlichen Notfallpraxis am M. erbrachten Leistungen nach dem arztindividuellen Punktwert zu vergüten sind, hilfsweise mit der Maßgabe, dass 44 Leistungen nach Nr. 01100 EBM 2000plus und 5 Leistungen nach 01101 EBM 2000plus zu vergüten sind.

Die Beklagte beantragt,

die Berufung zurückzuweisen.

Sie verteidigt die angegriffene Entscheidung. Hinsichtlich der Nr. 03351 EBM 2000plus beruft sie sich auf das Transkodierungstool, das die Kassenärztliche Bundesvereinigung anlässlich der Überleitung des bis zum 31. März 2005 geltenden EBM in den EBM 2000plus zur Verfügung gestellt habe. Die Kassenärztliche Bundesvereinigung, deren fachliche Einschätzung für sie bindend sei, habe ausschließlich darauf abgestellt, ob der Vertragsarzt unter Geltung des EBM 1996 berechtigt gewesen sei, die dortige Nr. 1620 anzusetzen. Überdies sei auf den in Nr. 03351 EBM 2000plus enthaltenen Genehmigungsvorbehalt hinzuweisen. Der Kläger habe einen entsprechenden Antrag nicht gestellt. Hinsichtlich der Frage, welcher Punktwert anzunehmen ist, vertritt die Beklagte die Auffassung, dass nur die Honorarbescheide betreffend die Quartale IV/2006, II/2007 und III/2007 in diesem Punkt angefochten worden seien. Alle anderen Bescheide seien bestandskräftig geworden.

Der Senat hat hinsichtlich der Transkodierung eine Auskunft der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (vom 19. November 2014) eingeholt, in der es heißt, Voraussetzung für die Abrechnung von Nr. 03351 EBM 2000plus sei die frühere Abrechnung von Nr. 953 und/oder 1620 EBM 1996.

Der Senat hat am 25. Februar 2015 über die Berufungen mündlich verhandelt. Auf das Sitzungsprotokoll wird verwiesen.

Wegen der weiteren Einzelheiten des Sach- und Streitstandes wird auf den Inhalt der Prozessakte (2 Bände), die beigezogene Verwaltungsakte der Beklagten sowie die vom Kläger vorgelegten Formulare "Dokumentation für den Arzt" verwiesen, deren wesentlicher Inhalt Gegenstand der mündlichen Verhandlung gewesen ist.

Entscheidungsgründe:

Die statthafte und auch im Übrigen zulässige Berufung ist im Hauptantrag nur hinsichtlich der nach Nr. 03313 EBM 2000plus abgerechneten Leistungen begründet. Im Übrigen ist sie in Haupt- und Hilfsantrag unbegründet.

A. Im Hauptantrag ist die Berufung teilweise begründet, denn die Beklagte durfte die nach Nr. 03313 EBM 2000plus abgerechneten Leistungen nicht sachlich-rechnerisch richtigstellen. Hinsichtlich der nach Nr. 03351 EBM 2000plus abgerechneten Leistungen war die Beklagte hingegen zu den vorgenommenen sachlich-rechnerischen Richtigstellungen befugt. Weiterhin hat der Kläger auch keinen Anspruch auf Neubescheidung seiner Honorarabrechnung unter Zugrundelegung eines anderen Punktwertes.

I.) Die Berechtigung der Beklagten zur sachlich-rechnerischen Richtigstellungen von Honorarforderungen ergab sich im streitigen Quartal

aus § 45 Abs. 2 Satz 1 Bundesmantelvertrag-Ärzte bzw. § 34 Abs. 4 Satz 2 Bundesmantelvertrag-Ärzte/Ersatzkassen, wonach die Kassenärztliche Vereinigung die Honorarforderung des Vertragsarztes bei Fehlern hinsichtlich der sachlich-rechnerischen Richtigkeit berichtigt (LSG Hamburg, Urteil vom 7. Juni 2012, [L 1 KA 59/09](#), juris, dort auch zur fehlenden Anwendbarkeit von [§ 106a SGB V](#) auf Sachverhalte vor dem Quartal I/2007). Zur sachlich-rechnerischen Richtigstellung von Honorarforderungen ist die Beklagte befugt, soweit ein Vertragsarzt bei seiner Quartalsabrechnung Gebührennummern ansetzt, deren Tatbestand durch seine Leistungen nicht erfüllt ist oder die er aus anderen Gründen nicht in Ansatz bringen darf (z.B. Fachfremdheit der Leistung oder Leistungsausschluss). Dasselbe gilt, wenn der Vertragsarzt Leistungen unter Verstoß gegen die Vorschriften über formale oder inhaltliche Voraussetzungen der Leistungserbringung durchgeführt und abgerechnet hat (BSG, Urteil vom 12. Dezember 2012 – [B 6 KA 5/12 R](#), SozR 4-2500 § 115 Nr. 1 m.w.N.).

1.) Die Beklagte war allerdings nicht befugt, die nach Nr. 03313 EBM 2000plus abgerechneten Leistungen im Wege der sachlich-rechnerischen Richtigstellung von der Vergütung auszunehmen.

a) Zunächst hat der Senat keine Bedenken gegen die Abrechenbarkeit dieser Gebührenziffer im freiwilligen Notfalldienst. Der Senat geht hierbei davon aus, dass es für diese Frage auf dieselben Kriterien ankommt, die das Bundessozialgericht für die Abrechnung im organisierten Notdienst ([§ 75 Abs. 1 Satz 2 SGB V](#)) entwickelt hat. Aus dem Urteil des Bundessozialgerichts vom 12. Dezember 2012 (Az. [B 6 KA 5/12 R](#), SozR 4-2500 § 115 Nr. 1) ergibt sich, dass die Sozialgerichte bei der Überprüfung sachlich-rechnerischer Richtigstellungen, die die Abrechnung der im organisierten Notdienst ([§ 75 Abs. 1 Satz 2 SGB V](#)) erbrachten Leistungen betreffen, auch zu prüfen haben, ob diese Leistungen im Rahmen einer Notfall-Erstversorgung geblieben sind. Dasselbe hat für vertragsärztliche Leistungen zu gelten, die nicht im organisierten, sondern im (gesetzlich nicht geregelten) freiwilligen Notfalldienst erbracht werden, denn seine Funktion und seine konkrete Ausgestaltung rücken den freiwilligen Notfalldienst – jedenfalls in der vorliegenden Konstellation – so weit in die Nähe des organisierten Notdienstes, dass Abrechnungsbeschränkungen, die sich speziell aus der Funktion des Notdienstes ergeben, auch auf ihn Anwendung finden. Maßgeblich ist somit, dass der Not(fall)dienst ausschließlich auf eine Notfall-Erstversorgung ausgerichtet ist (d.h. Gefahren für Leib und Leben sowie unzumutbaren Schmerzen der Patienten zu begegnen und überdies die Notwendigkeit einer stationären Behandlung abzuklären hat) und der Vertragsarzt dabei nicht mehr Leistungen erbringen und verordnen darf, als es dem Rahmen einer solchen Notfall-Erstversorgung entspricht (BSG, Urteil vom 12. Dezember 2012 – [B 6 KA 5/12 R](#), SozR 4-2500 § 115 Nr. 1 m.w.N.). Behandlungsausrichtung und Behandlungsumfang sind geringer als in der allgemeinen vertragsärztlichen Versorgung und beschränken sich auf alle erforderlichen Maßnahmen bis zum erneuten Einsetzen der Regelversorgung in den üblichen Sprechstundenzeiten. Der Notfalldienst berechtigt den Arzt von vornherein nicht zur Erbringung von Leistungen, die typischerweise im Rahmen einer kontinuierlichen Patientenbetreuung anfallen (BSG, Urteil vom 17. September 2008 – [B 6 KA 51/07 R](#), SozR 4-2500 § 75 Nr. 10). Auch der Umfang der Diagnostik ist auf die Erstversorgung des Patienten ausgerichtet. Befunde, die dazu nicht benötigt werden, sind im Notfalldienst nicht zu erheben (BSG, Urteil vom 12. Dezember 2012 – [B 6 KA 5/12 R](#), SozR 4-2500 § 115 Nr. 1). Die ohnehin nur orientierende Erhebung des psychopathologischen Status, die u.a. der Abklärung von Selbst- oder Fremdgefährdung dient, ist allerdings grundsätzlich geeignet, solche Krankheitszustände aufzudecken, bei denen eine sofortige Intervention erforderlich ist. Sie kann daher auch und gerade im Not(fall)dienst geboten sein.

b) Sodann erfüllen die vorgelegten Dokumentationen nach Einschätzung des u.a. mit zwei sachkundigen ehrenamtlichen Richtern besetzten Senats die Anforderungen aus der Leistungslegende von Nr. 03313 EBM 2000plus. Dokumentiert ist, dass der Kläger den psychopathologischen Status orientierend erhoben und dabei lebensgeschichtliche und soziale Daten einbezogen hat. Dass die schriftliche ärztliche Aufzeichnung eher kursorischer Natur ist und häufig nur Abkürzungen oder Symbole verwendet, ist dem nur orientierenden Charakter der abgerechneten Leistung geschuldet und entspricht im Übrigen ärztlicher Übung. Nach dem Eindruck, den sich der Senat von den Aufzeichnungen verschafft hat, wäre der Kläger jedenfalls in der Lage gewesen, auf der Grundlage seiner Dokumentationen zwar eher knappe, aber auch ausreichende Befundberichte abzufassen.

2.) Hinsichtlich der (im Rahmen der regulären Praxistätigkeit abgerechneten) Leistung nach Nr. 03351 EBM 2000plus ("Orientierende Untersuchung der Sprachentwicklung eines Säuglings, Kleinkindes, Kindes oder Jugendlichen") ist die sachlich-rechnerische Richtigstellung hingegen zu Recht erfolgt, denn der Kläger hat seine Befugnis zur Abrechnung dieser Leistungen nicht rechtzeitig nachgewiesen.

a) Der EBM 2000plus bestimmte ausdrücklich, dass Vertragsärzte des hausärztlichen Versorgungsbereiches die Leistungen berechnen konnten, wenn sie nachwiesen, dass sie diese Leistungen bereits vor dem 31. Dezember 2002 abgerechnet hatten (Nr. 03313 EBM 2000plus, Hervorhebungen hinzugefügt). Zwar dürfte die Abrechnung dieser Gebührenordnungsnummer in Anbetracht der vom Senat eingeholten Auskunft der Kassenärztlichen Bundesvereinigung vom 19. November 2014 nicht daran scheitern, dass der Kläger nicht unter Geltung der alten Abrechnungsbestimmungen "diese Leistungen" im Sinne von Nr. 03351 EBM 2000plus abgerechnet hätte, denn dazu zählen auch Leistungen nach Nr. 953 des damals gültigen EBM. Weiterhin findet sich auch kein normativer Anhaltspunkt für den von der Beklagten angenommenen Genehmigungsvorbehalt, und eine derart weitgehende ergänzende Auslegung dieser Abrechnungsbestimmung dürfte an den Grundsätzen der eingeschränkten Auslegbarkeit solcher Vorschriften (vgl. BSG, Urteil vom 28. April 2004 – [B 6 KA 19/03 R](#), SozR 4-2500 § 87 Nr. 5 = juris, Rn. 18) scheitern.

b) Die Abrechnung scheitert im vorliegenden Fall indes daran, dass der Kläger die Voraussetzungen seiner Befugnis zur Abrechnung "dieser Leistungen" nach altem Recht nicht im Sinne der Nr. 03351 EBM 2000plus nachgewiesen hat. Die Vorschrift ist so zu verstehen, dass der Vertragsarzt, der sich auf die darin enthaltene Übergangsregelung beruft, deren Voraussetzungen nicht nur selbst zu belegen hat, sondern dies auch nicht erst nachträglich tun kann. Für die Auslegung der vertragsärztlichen Vergütungsregelungen ist in erster Linie der Wortlaut der Bestimmungen maßgeblich. Nur soweit der Wortlaut einer Vergütungsregelung zweifelhaft ist und es seiner Klarstellung dient, kann eine systematische Interpretation im Sinne einer Gesamtschau der im inneren Zusammenhang stehenden vergleichbaren oder ähnlichen Regelungen erfolgen. Eine entstehungsgeschichtliche Auslegung unklarer oder mehrdeutiger Regelungen kommt nur unter noch engeren Voraussetzungen überhaupt in Betracht (hierzu und zum Vorangehenden BSG, Urteil vom 28. April 2004 – [B 6 KA 19/03 R](#), SozR 4-2500 § 87 Nr. 5 = juris, Rn. 18), und eine teleologische Auslegung ist nicht statthaft.

Der Wortlaut der Gebührenordnungsnummer verknüpft das Berechnen der Leistung mit dem in der Vorschrift näher definierten Nachweis. Nach der Rechtsprechung des Bundessozialgerichts zur Mitwirkungspflicht an der Wirtschaftlichkeitsprüfung steht dem Vertragsarzt ein Vergütungsanspruch nur dann zu, wenn er die Leistung im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung erbringen durfte; es ist daher seine Angelegenheit, die zur Begründung seines Anspruchs dienenden Tatsachen so genau wie möglich anzugeben und zu belegen. Dies gilt vor allem dann, wenn er sich auf für ihn günstige Tatsachen berufen will, die allein ihm bekannt sind oder nur durch seine Mithilfe aufgeklärt

werden können (BSG, Urteil vom 21. März 2012 – [B 6 KA 17/11 R](#), SozR 4-2500 § 106 Nr. 35; unter Berufung auf Treu und Glauben noch BSG, Urteil vom 8. Mai 1985 – [6 RKa 24/83](#), juris). Unterliegt der Vertragsarzt – wie Nr. 03351 EBM 2000plus dies anordnete – bei der Abrechnung seiner Leistungen einer Substantiierungslast, so müssen die insoweit maßgeblichen medizinischen Befunde und/oder Diagnosen "jedenfalls für die Abrechnungsprüfung aus der vorhandenen Dokumentation erkennbar sein" (so BSG, Urteil vom 12. Dezember 2012 – [B 6 KA 5/12 R](#), SozR 4-2500 § 115 Nr. 1 zur Begründung der Abrechnung einer bestimmten Leistung in Notdienst). Dasselbe muss für andere Abrechnungsvoraussetzungen nicht-medizinischer Natur gelten, wenn die einschlägige Bestimmung ihren Nachweis – wie hier – ausdrücklich dem Vertragsarzt auferlegt. Zwar trifft es zu, dass grundsätzlich auch die Beklagte die Frage beantworten könnte, ob der Kläger bereits nach altem Abrechnungsrecht "diese Leistungen" abgerechnet hatte. Abgesehen von der Frage, ob das Verhalten entsprechender Informationen auf Seiten einer Kassenärztlichen Vereinigung ohne unverhältnismäßigen Aufwand möglich und datenschutzrechtlich zulässig ist, ändert dies allerdings nichts daran, dass der EBM 2000plus eindeutig den Vertragsarzt mit einer entsprechenden Obliegenheit belastet.

Was den Zeitpunkt des gebotenen Nachweises angeht, so liegt dieser dem Wortlaut von Nr. 03351 EBM 2000plus grundsätzlich in der Berechnung der Leistung, d.h. in der Geltendmachung des Honoraranspruchs durch Abrechnung gegenüber der Beklagten. Das Bundessozialgericht hat in seinem Urteil vom 12. Dezember 2012 ([a.a.O.](#)) allerdings erwogen, dass es "möglicherweise () auch ausreichen (würde), wenn die nähere Begründung im Verfahren des Widerspruchs gegen die sachlich-rechnerische Richtigstellung nachgeliefert wird." Im vorliegenden Fall braucht sich der Senat hierzu allerdings nicht zu positionieren, denn einen Nachweis im Sinne von Nr. 03351 EBM 2000plus hat der Kläger jedenfalls bis zum Ende des Widerspruchsverfahrens nicht erbracht. Sein Vortrag im Widerspruchsverfahren hat sich darauf beschränkt, die Beklagte werde bei Durchsicht ihrer Unterlagen feststellen, dass er "diese pädiatrischen Ziffern" seit zwanzig Jahren abrechne und daher auch die Nr. 03351 EBM 2000plus ansetzen könne. Dies lässt sich als Beweisantrag im Rahmen des Widerspruchsverfahrens verstehen, nicht aber als den Nachweis, den Nr. 03351 EBM 2000plus gerade dem Kläger auferlegt. Dies gilt erst recht für den im Januar 2008 nachgeschobenen Vortrag, er habe bereits vor dem Jahr 2002 Leistungen nach den Nrn. 953/955 EBM 1996 abgerechnet und werde den entsprechenden Beweis vor dem Sozialgericht führen.

II.) Das Sozialgericht hat auch die auf Neubescheidung der Honorarabrechnung unter Zugrundelegung des arztindividuellen Punktwertes gerichtete Klage im Ergebnis zu Recht abgewiesen.

1.) Hinsichtlich des – erstmals mit Schriftsatz vom 13. September 2010 geltend gemachten – Klagebegehrens auf Vergütung aller im Rahmen der H. erbrachten Leistungen unter Zugrundelegung des arztindividuellen Punktwerts lagen die Sachentscheidungsvoraussetzungen nur vor, soweit der Kläger in seinem Widerspruchsschreiben die Vergütung aufgrund bestimmter Gebührennummern und somit letztlich die Vergütung bestimmter oder zumindest bestimmbarer Behandlungsleistungen gefordert und an diesen Begehren bis zuletzt (d.h. bis zur Antragstellung vor dem Sozialgericht) festgehalten hat. Im Übrigen sind der Honorar- und der Korrekturbescheid in Bestandskraft erwachsen und damit bindend im Sinne von [§ 77](#) Sozialgerichtsgesetz (SGG) geworden.

a) Bei der Auslegung eines Widerspruchs ist – ebenso wie im Klageverfahren – grundsätzlich davon auszugehen, dass der gesamte Abrechnungsbescheid zur Überprüfung gestellt wird (zum Klageverfahren Freudenberg in: jurisPK-SGB V, 2. Aufl. 2012, [§ 85 SGB V](#) Rn. 254). Eine Teilanfechtung kann nur angenommen werden, wenn ein Wille zur Begrenzung des Streitgegenstandes auf einen abgrenzbaren Teil klar und eindeutig zum Ausdruck gekommen ist (BSG, Urteil vom 23. Februar 2005 – [B 6 KA 77/03 R](#), SozR 4-1500 § 92 Nr. 2; Freudenberg, a.a.O.). Das Bundessozialgericht hat in diesem Zusammenhang eine Klagebeschränkung für den Fall angenommen, dass eine Klage ausweislich ihres Antrags oder ihrer Begründung nur insoweit erhoben wird, als die Honoraranforderung auf Grund der sachlich-rechnerischen Richtigstellung bestimmter Gebührenordnungsnummern reduziert worden ist (BSG, a.a.O. = juris, Rn. 20). Ein abgrenzbarer Teil des Regelungsgegenstandes liegt in dieser Konstellation deswegen vor, weil hinter einem Streit um die Einschlägigkeit bestimmter Gebührenordnungsnummern immer auch die im jeweiligen Einzelfall erbrachte Behandlungsleistung steht.

Zugleich folgt aus dem Urteil des Bundessozialgerichts vom 23. Februar 2005 (Az. [B 6 KA 77/03 R](#), SozR 4-1500 § 92 Nr. 2) aber auch, dass sich ein Rechtsbehelf, mit dem die Abrechnung einer bestimmten Behandlungsleistung gerügt wird, nicht gegenständlich auf die Fragen des EBM beschränkt. Denn während sich innerhalb der Honorarfestsetzung einzelne Behandlungsleistungen problemlos unterscheiden lassen, handelt es sich bei dem Punktwert um ein integrales Begründungselement im Rahmen der Honorarfestsetzung. Aus der Festsetzung des Honorars für ein bestimmtes Quartal lassen sich – dies zeigt der vorliegende Fall – einzelne Behandlungsleistungen herausrechnen, was den Gesamtanspruch mindert, aber nicht etwa entfallen lässt. Eine Herausnahme des Punktwertes brächte indes den Anspruch insgesamt, gewissermaßen dem Grunde nach, zu Fall. Es ist daher davon auszugehen, dass der Kläger eine höhere Vergütung für diejenigen Behandlungsleistungen, hinsichtlich derer die Sachentscheidungsvoraussetzungen noch vorliegen, unter allen denkbaren rechtlichen Gesichtspunkten verlangt.

b) Der Kläger hatte am 6. September 2006 Widerspruch gegen die Bescheide vom 23. und 29. August 2006 eingelegt. Soweit er in diesem Schreiben auf ein früheres Widerspruchsschreiben (vom 28. August 2006) Bezug nahm, musste ihm kurz danach anhand der Eingangsmittelteilung vom 13. September 2006 klar sein, dass ein solches Schreiben bei der Beklagten nicht eingegangen war (mit der Folge, dass sich hieraus nicht der Umfang des Widerspruchs ergeben konnte). Die Erweiterung des Widerspruchs auch auf den Punktwert für die im Rahmen der H. erbrachten Leistungen erfolgte erst im Januar 2008 und somit deutlich außerhalb der Widerspruchsfrist ([§ 84 SGG](#)).

Bei einer am sozialprozessualen Meistbegünstigungsprinzip ([§ 123 zweiter Halbsatz SGG](#)) orientierten Auslegung des Berufungsbegehrens ist somit zur Frage des zutreffenden Punktwertes bei der Vergütung derjenigen Behandlungen zu entscheiden, die der Kläger mit seinem Klageantrag vor dem Sozialgericht noch weiterverfolgt hat und die ihm dem Grunde nach auch zu vergüten sind, d.h. die vom Sozialgericht zugesprochenen Behandlungen im Sinne der Nr. 01821 EBM 2000plus sowie die Leistungen nach Nr. 03313 EBM 2000plus.

c) Etwas anderes ergibt sich auch nicht im Hinblick auf den Widerspruchsbescheid der Beklagten vom 7. April 2011, den der Kläger in einem gesonderten Berufungsverfahren (Az. [L 5 KA 4/13](#)) angegriffen hat. Der Bescheid der Beklagten vom 20. Dezember 2007 und der Widerspruchsbescheid der Beklagten vom 7. April 2011 sind nicht im Wege des [§ 96 SGG](#) Gegenstand des vorliegenden Verfahrens geworden. Ihnen kann bei einer am objektiven Empfängerhorizont orientierten Auslegung nicht – wie [§ 96 Abs. 1 SGG](#) es voraussetzt – der Inhalt entnommen werden, dass er diejenigen Bescheide abändern oder ersetzen sollte, mit denen seinerzeit über das Honorar des Klägers in den einzelnen Quartalen entschieden worden war.

Voraussetzung für eine Abänderung oder Ersetzung im genannten Sinne ist, dass der spätere Bescheid in einen Verfügungssatz des früheren Bescheids eingreift, was wiederum impliziert, dass beide Bescheide zumindest teilweise denselben Streitgegenstand betreffen (speziell zum Vertragsarztrecht BSG, Urteil vom 23. Februar 2005 – [B 6 KA 45/03 R](#), [SozR 4-1500 § 86 Nr. 2](#)). Der Bescheid vom 20. Dezember 2007 nahm deutlich auf den Rechtsbegriff der extrabudgetär vergüteten Leistungen Bezug, wie er sich nunmehr (seit dem 1. April 2007) aus [§ 87a Abs. 3 Satz 5 SGB V](#) ergibt. Die im zweiten Satzteil der Vorschrift eröffnete Möglichkeit, für vertragsärztliche Leistungen eine Vereinbarung außerhalb der Gesamtvereinbarung zu treffen, wenn diese Leistungen besonders gefördert werden sollen oder soweit dies medizinisch oder auf Grund von Besonderheiten bei Veranlassung und Ausführung der Leistungserbringung erforderlich ist, bestand gewohnheitsrechtlich auch schon vor der Schaffung dieser ausdrücklichen formell-gesetzlichen Regelung (Engelhardt, in: Hauck/Noftz, SGB V, § 87a Rn. 68). Die §§ 10 Abs. 1 Buchstabe a, 11 Abs. 1 Buchstabe a VM knüpften hieran an und sahen einen Vorabzug auch für von Haus- bzw. Fachärzten abgerechneten Leistungen vor, für die eine besondere Vergütung mit den Krankenkassen bzw. deren Verbänden vereinbart worden war.

Wenn der Bescheid vom 20. Dezember 2007 ausdrücklich auf Behandlungsleistungen wie bei der Substitutionsbehandlung (vgl. [§ 85 Abs. 2a SGB V](#) in der bis zum 31. März 2007 geltenden Fassung, jetzt [§ 87a Abs. 3 Satz 5](#) erster Satzteil SGB V) sowie auf Verhandlungen zwischen der Beklagten und bestimmten Krankenkassen Bezug nimmt, so ergibt sich bereits hieraus, dass mit extrabudgetär vergüteten Leistungen solche nach Buchstabe a der jeweiligen Vorschrift des VM und nicht nach Buchstabe d gemeint waren.

In Anbetracht des Widerspruchsbegehrens lässt sich dem Widerspruchsbescheid vom 7. April 2011 die Aussage entnehmen, dass die vom Kläger geltend gemachte Mehrvergütung für die in der H. erbrachten und (unstreitig) nach der Nr. 99506 (einer rein internen Abrechnungsziffer der Beklagten, die den in den §§ 10 Abs. 1, 11 Abs. 1 VM geregelten Vorabzug sicherstellen sollte) abzurechnenden Leistungen auch nicht aus den Mitteln zu zahlen ist, die die Beklagte im Wege einer Sondervereinbarung der geschilderten Art erlangt hat (zu einer entfernt vergleichbaren Fallkonstellation auch BSG, Urteil vom 23. Februar 2005 – [B 6 KA 45/03 R](#), [SozR 4-1500 § 86 Nr. 2](#)).

2.) Der Kläger hat im Übrigen auch keinen Anspruch auf Neubescheidung unter Zugrundelegung eines höheren Punktwertes.

a) Fehler auf der Ebene einfach- und untergesetzlichen Rechts sind nicht erkennbar. § 10 Abs. 1 Buchstabe d zweiter Satzteil VM bestimmte, dass aus dem Anteil der Gesamtvergütungen, die auf den hausärztlichen Bereich entfielen, vorab ambulante ärztliche Notfallleistungen im Rahmen der von Hausärzten am Krankenhaus organisierten Notfalldienste mit dem durchschnittlichen hausärztlichen Quartalspunktwert des Vorquartals zu berücksichtigen waren. Bei dem Vortrag des Klägers, die Beklagte habe die zugrundeliegenden Werte durchgängig unzutreffend ermittelt und erhebliche Diskrepanzen nicht zu erklären vermocht, handelt es sich um einen reinen Ausforschungsantrag, dem zu folgen der Senat keinen Anlass sieht.

b) Soweit sich der Kläger weiter darauf beruft, die Beklagte habe ihm mit Schreiben vom 20. März 2008 eine Vergütung nach dem arztindividuellen Punktwert "zugesichert", ergibt sich dergleichen aus dem Schreiben nicht. Weiterhin handelte es sich bei dem Schreiben, das im Übrigen ausdrücklich den Zeitraum ab Januar 2008 betraf, auch nicht um eine in Verwaltungsaktsform ergangene Zusicherung im Sinne von [§ 34](#) Zehntes Buch Sozialgesetzbuch (SGB X).

c) Die einschlägige Regelung in der Honorarverteilungsvereinbarung ist auch mit höherrangigem Recht vereinbar. Die im streitigen Quartal gültige Honorarverteilungsvereinbarung war ihrer Rechtsnatur nach ein öffentlich-rechtlicher Normsetzungsvertrag (vgl. allgemein zur Qualifikation von Honorarverteilungsvereinbarung: Clemens, in: Laufs, Handbuch des Arztrechts, 4. Aufl., 2010, § 34 Rn. 13). Prüfungsmaßstab ist daher [§ 58 Abs. 1 SGB X](#), wonach ein öffentlich-rechtlicher Vertrag nichtig ist, wenn sich die Nichtigkeit aus der entsprechenden Anwendung von Vorschriften des Bürgerlichen Gesetzbuches (BGB) ergibt. Da für die Honorarverteilungsvereinbarungen dieselben rechtlichen Maßstäbe zu gelten hatten wie für die in Satzungsform ergangenen Honorarverteilungsmaßstäbe, an deren Stelle besagte Vereinbarungen vorübergehend getreten waren, ergab sich der Prüfungsmaßstab insoweit aus [§ 134 BGB](#) in Verbindung mit den einschlägigen Vorschriften des SGB V (hierzu bereits Urteil des Senats vom 5. November 2014 – [L 5 KA 28/11](#), juris) sowie mit weiterem höherrangigen Recht, wozu naturgemäß auch der vom Kläger angeführte allgemeine Gleichheitssatz in [Art. 3 Abs. 1](#) Grundgesetz (GG) gehört.

Jedoch ist der allgemeine Gleichheitssatz durch die inzident angegriffene Regelung in § 10 VM nicht verletzt. [Art. 3 Abs. 1 GG](#) gebietet es, wesentlich Gleiches gleich und wesentlich Ungleiches entsprechend unterschiedlich zu behandeln (vgl. BVerfG, Beschluss vom 23. Mai 2006 – [1 BvR 1484/99](#), [BVerfGE 115, 381](#)). Verletzt ist dieses Grundrecht allerdings erst, wenn der Normgeber eine Gruppe von Normadressaten im Vergleich zu anderen Normadressaten anders behandelt, obwohl zwischen beiden Gruppen keine Unterschiede von solcher Art und solchem Gewicht bestehen, dass sie eine ungleiche Behandlung rechtfertigen könnten (vgl. BVerfG, Urteil vom 28. Januar 2003 – [1 BvR 487/01](#), [BVerfGE 107, 133](#)).

Entgegen der Rechtsauffassung des Klägers lässt sich eine nach diesen Maßstäben relevante Ungleichbehandlung nicht daraus herleiten, dass der einschlägige Honorarverteilungsmaßstab die Vergütung von Leistungen im Rahmen des freiwilligen Notdienstes zumindest teilweise besonderen Regelungen unterwirft und sie damit anders behandelt als die reguläre Praxistätigkeit und die Tätigkeit im organisierten Notdienst im Sinne von [§ 75 Abs. 1 Satz 2 SGB V](#). Bei der vertragsärztlichen Tätigkeit im Rahmen des freiwilligen Notdienstes handelte es sich – jedenfalls in der im vorliegenden Fall anzutreffenden Konstellation – nicht um eine schlichte Fortsetzung der regulären Praxistätigkeit an einem anderen Ort und zu anderen Zeiten. Vielmehr wies bereits der organisatorische Rahmen, in dem sich diese Tätigkeit vollzog, ein Bild auf, das sich von dem der Praxis eines niedergelassenen Arztes gravierend unterschied. Aus dem Vortrag des Klägers im erstinstanzlichen Verfahren ergibt sich, dass die H. organisatorisch weitgehend dem M. eingegliedert war. Sie war für die Notfallpatienten nicht unmittelbar erreichbar, vielmehr wurde im Einzelfall von den Mitarbeitern am zentralen Empfang des Krankenhauses entschieden, ob ein Patient zur zentralen (offenbar: stationären) Notaufnahme weitergeleitet oder aber an die H. verwiesen wurde. Insbesondere war die in der Öffentlichkeit bekannt gemachte Telefonnummer der H. eine Telefonnummer des Krankenhauses.

Die Partner der Honorarverteilungsvereinbarung waren nicht aus Gleichbehandlungsgründen dazu verpflichtet, den freiwilligen Notfalldienst hinsichtlich der Vergütung dem organisierten Notfalldienst (völlig) gleichzustellen, denn es handelt sich rechtlich betrachtet um unterschiedliche Institute (zu letzterem bereits LSG Hamburg, Urteil vom 7. Juni 2012 – [L 1 KA 59/09](#), juris, Rn. 33). Der zentrale Unterschied liegt hierbei in der Freiwilligkeit der Teilnahme. Um der Sicherstellung eines organisierten Notdienstes willen ordnen das Vertragsarztrecht

und das ärztliche Berufsrecht eine grundsätzlich umfassende Teilnahmepflicht aller niedergelassenen Ärzte am organisierten Notdienst an (Laufs in: Laufs/Kern, Handbuch des Arztrechts, 4. Aufl. 2010, § 17 Rn. 2 ff.), während sich eine entsprechende Teilnahmepflicht am freiwilligen Notfalldienst ausschließlich aufgrund des autonom vom Arzt geschlossenen Vertrages ergeben kann (mit der Folge, dass bei einem Verstoß weit geringere Folge drohen als bei Verstoß gegen die öffentlich-rechtliche Teilnahmepflicht am organisierten Notdienst).

Soweit der Kläger in diesem Zusammenhang aus dem Urteil des Bundessozialgerichts vom 2. Juli 2014 (Az. [B 6 KA 30/13 R](#), [NZS 2014, 916](#), vorgesehen für SozR 4-2500 § 76 Nr. 2) den Schluss gezogen wissen möchte, dass die Tätigkeit eines Vertragsarztes in der Notfallambulanz eines Krankenhauses nicht schlechter vergütet werden dürfe als die in seiner Praxis erbrachten Leistungen, vermag der Senat dies der Entscheidung des Bundessozialgerichts nicht zu entnehmen. Sie betrifft die Vergütungsansprüche von Krankenhausträgern (und anderen Nichtvertragsärzten), deren Tätigkeit kraft [§ 76 Abs. 1 Satz 2 SGB V](#) der vertragsärztlichen Versorgung zugeordnet ist und daher nach deren Maßstäben honoriert wird (zu dieser Zuordnung etwa BSG, Urteil vom 17. September 2008 – [B 6 KA 46/07 R](#), [SozR 4-2500 § 75 Nr. 8](#) m.w.N.). Ein Gebot der Gleichstellung von freiwilligem und obligatorischem Notdienst lässt sich dem zitierten Urteil des Bundessozialgerichts hingegen gerade nicht entnehmen. Es betrifft die Gleichbehandlung zweier verschiedener Formen der vertragsärztlichen Versorgung ([§ 75 Abs. 1 Satz 2 SGB V](#) einerseits und [§ 76 Abs. 1 Satz 2 SGB V](#) andererseits), ordnet aber nicht an, dass eine völlig außerhalb des Sicherstellungsauftrags stattfindende Form der Notfallversorgung hiermit gleichzusetzen wäre.

B. Der Hilfsantrag ist unbegründet. Der Kläger hat keinen Anspruch auf Neubescheidung unter Berücksichtigung von Leistungen, die nach den Nrn. 01100 oder 01101 EBM 2000plus anzusetzen gewesen wären. Dies gilt gleichermaßen für Leistungen im organisierten Notdienst und im freiwilligen Notfalldienst.

Der EBM 2000plus enthielt in Abschnitt II (Arztgruppenübergreifende allgemeine Leistungen) 1. (Allgemeine Leistungen) 1.1 (Besondere Inanspruchnahme des Vertragsarztes durch einen Patienten) u.a. die beiden genannten Gebührennummern, die beide eine unvorhergesehene Inanspruchnahme des Vertragsarztes durch einen Patienten zu den dort näher bestimmten Uhrzeiten voraussetzten. Das Bundessozialgericht hat im Fall eines an der Notfallversorgung teilnehmenden Krankenhauses entschieden, dass die Abrechnung der sog. "Unzeitzuschläge" für die Leistungen im Krankenhaus zur Notfallversorgung von vornherein ausscheide (BSG, Urteil vom 2. Juli 2014, [B 6 KA 30/13 R](#), SozR 4-2500 § 76 Nr. 2 = juris, Rn. 12). Speziell zu einem Fall des freiwilligen Notdienstes hat der seinerzeit für das Vertragsarztrecht zuständige 1. Senat des Landessozialgerichts Hamburg bereits entschieden, dass ein Patient, der sich beim Vertragsarzt im Rahmen einer von diesem vorgehaltenen Notfallsprechstunde vorstelle, den Vertragsarzt nicht unvorhergesehen im Sinne der Nrn. 01100 und 01101 EBM 2000plus in Anspruch nehme (LSG Hamburg, Urteil vom 7. Juni 2012, [L 1 KA 59/09](#), juris). Der erkennende Senat schließt sich dieser Rechtsprechung des Bundessozialgerichts sowie des 1. Senats an.

C. Die Kosten des Berufungsverfahrens trägt gem. [§ 197a Abs. 1 Satz 1 SGG](#) in Verbindung mit [§ 154 Abs. 2](#) und [§ 155 Abs. 1 Satz 3](#) Verwaltungsgerichtsordnung der Kläger. Sein teilweises Obsiegen stellt sich als derart geringfügig dar, dass es – insbesondere da es keinen Gebührensprung auslöst – bei der Kostenentscheidung nicht zu berücksichtigen ist.

Gründe für die Zulassung der Revision ([§ 160 Abs. 2 SGG](#)) liegen nicht vor.

Rechtskraft

Aus

Login

HAM

Saved

2015-04-24