

B 6 KA 68/17 R

Land
Bundesrepublik Deutschland
Sozialgericht
Bundessozialgericht
Sachgebiet
Vertragsarztangelegenheiten
Abteilung
6
1. Instanz
SG Mainz (RPF)
Aktenzeichen
S 12 KA 277/15
Datum
02.11.2016
2. Instanz
LSG Rheinland-Pfalz
Aktenzeichen
L 5 KA 1/17
Datum
19.10.2017
3. Instanz
Bundessozialgericht
Aktenzeichen
B 6 KA 68/17 R
Datum
26.06.2019
Kategorie
Urteil
Leitsätze

1. Die besonderen Mitwirkungspflichten, die den Vertragsarzt im Verwaltungsverfahren zur Wirtschaftlichkeitsprüfung treffen, gelten nicht in gleicher Weise für die sachlich-rechnerische Richtigstellung des Honorars.
2. Zu den Voraussetzungen, unter denen die Vergütung einer vertragsärztlichen Leistung von der Erfüllung von Begründungsanforderungen abhängig gemacht werden darf.
Auf die Revision der Klägerin wird das Urteil des Landessozialgerichts Rheinland-Pfalz vom 19. Oktober 2017 aufgehoben. Der Rechtsstreit wird zur erneuten Verhandlung und Entscheidung an das Landessozialgericht zurückverwiesen.

Gründe:

I

1

Die Beteiligten streiten um die Rechtmäßigkeit einer sachlich-rechnerischen Richtigstellung von Leistungen, die im Quartal 2/2014 in der Notfallambulanz eines Krankenhauses erbracht wurden.

2

Die Klägerin ist Trägerin eines im Bezirk der beklagten Kassenärztlichen Vereinigung (KÄV) gelegenen Krankenhauses. Im Quartal 2/2014 erbrachte sie in ihrer Notfallambulanz ambulante Leistungen für Versicherte der gesetzlichen Krankenversicherung und rechnete diese unter Vorlage der Notfallscheine gegenüber der Beklagten ab.

3

Die Beklagte berichtigte mit Bescheid vom 14.8.2014 die Honoraranforderung der Klägerin. Sie kürzte die Honorarabrechnung unter anderem mit der Begründung, dass es sich bei den näher bezeichneten, während der üblichen Sprechstundenzeiten erbrachten laboratoriumsmedizinischen und radiologischen Leistungen aus den Kapiteln 32 und 34 des Einheitlichen Bewertungsmaßstabs für ärztliche Leistungen (EBM-Ä) sowie bei einzelnen Leistungen der Gebührenordnungspositionen (GOP) 02300 (Kleinchirurgischer Eingriff I und/oder primäre Wundversorgung und/oder Epilation) und 02301 EBM-Ä (Kleinchirurgischer Eingriff II und/oder primäre Wundversorgung mittels Naht) nicht um Leistungen der Notfallbehandlung handeln würde. Besondere Umstände, die es erlauben würden, diese Leistungen ausnahmsweise als Notfalleleistungen einzuordnen, habe die Klägerin in der Abrechnung nicht dargelegt.

4

Soweit die Klägerin mit dem Widerspruch geltend machte, dass Leistungen, die Gegenstand der Richtigstellung sind, im Rahmen einer Notfallbehandlung erbracht worden seien, wies die Beklagte den Widerspruch mit Teilwiderspruchsbescheid vom 29.7.2015 zurück und führte zur Begründung aus: Die in § 6 des Honorarverteilungsmaßstabs (HVM) geregelten Voraussetzungen für die Abrechenbarkeit der Leistungen als Notfalleistung seien nicht erfüllt, weil sie während der regulären Sprechstundenzeiten erbracht worden seien und die Klägerin keine besonderen Umstände dargelegt habe, die eine Ausnahme rechtfertigen würden. Sie honoriere selbst Behandlungen, die nach der Rechtsprechung des BSG nicht als Notfälle zu beurteilen wären, stets mit der Notfallpauschale nach GOP 01210 EBM-Ä, da auch

zum Ausschluss eines Notfalles ein Arzt-Patienten-Kontakt in der Regel erforderlich sei. Damit werde dem Gleichbehandlungsgebot ausreichend Rechnung getragen. Insofern dürften weitere Leistungen, die nicht Bestandteil der Notfallpauschale sind, regelmäßig nicht mehr abgerechnet werden. Der Arzt im Notfalldienst sei auf die Erstversorgung beschränkt. Die Klägerin habe jedoch Diagnosen ohne Notfallcharakter angegeben. Dazu listete die Beklagte einige der Behandlungsfälle mit Diagnosen wie "offene Wunde eines oder mehrerer Finger ohne Schädigung des Nagels", "Schmerzen mit Lokalisation in anderen Teilen des Unterbauches" und "Prellung des Thorax", auf die sich die sachlich-rechnerische Richtigstellung bezieht, beispielhaft auf.

5

Das SG hat die Beklagte unter Aufhebung des Bescheides vom 14.8.2014 in der Gestalt des Teilwiderspruchsbescheides vom 29.7.2015 verpflichtet, über den Vergütungsanspruch der Klägerin für die Notfallbehandlungen im Quartal 2/2014 unter Beachtung der Rechtsauffassung des Gerichts neu zu entscheiden. Der angefochtene Bescheid sei bereits deshalb rechtswidrig, weil die sachlich-rechnerische Richtigstellung grundsätzlich anhand des Einzelfalles zu erfolgen habe, der Verwaltungsakte der Beklagten jedoch nicht zu entnehmen sei, dass diese eine Einzelfallprüfung vorgenommen habe. Selbst wenn § 6 HVM eine generelle Begründungspflicht statuieren, folge daraus nicht, dass die Beklagte unter Hinweis auf die Nichteinhaltung der Begründungspflicht auf die grundsätzlich durchzuführende Einzelfallprüfung verzichten könne. Überdies ordne der Wortlaut des HVM eine besondere Begründungspflicht lediglich für den Fall an, dass eine Versorgung durch einen Vertragsarzt aufgrund der Umstände nicht vertretbar gewesen sei. Für den Fall, dass die Versorgung durch einen Vertragsarzt entsprechend [§ 76 SGB V](#) nicht möglich gewesen sei, werde keine gesonderte Darlegung gefordert. Im Rahmen des Notfalldienstes bestehe kein genereller Ausschluss der Vergütung von Laborleistungen und von Leistungen der Radiologie. Entgegen der Auffassung der Beklagten sei die Klägerin im Klageverfahren nicht mit weiterem Vorbringen zum Vorliegen der Voraussetzungen einer Notfallbehandlung ausgeschlossen.

6

Auf die Berufung der Beklagten hat das LSG das Urteil des SG aufgehoben und die Klage abgewiesen. Die sachlich-rechnerische Richtigstellung der abgerechneten Notfalleleistungen sei nicht zu beanstanden. Die Klägerin habe im Rahmen der Abrechnung lediglich die durchgeführten Behandlungen und Diagnosen anhand der ICD-Verschlüsselung angeführt, aber keine weiteren Angaben gemacht, abgesehen von dem pauschalen Hinweis, dass eine dringende Behandlungsbedürftigkeit vorliege. Damit sei die Klägerin ihrer Darlegungspflicht im Verwaltungs- bzw. Widerspruchsverfahren nicht hinreichend nachgekommen.

7

Zwar gebe es wegen des Amtsermittlungsgrundsatzes weder im Sozialverwaltungsverfahren noch im sozialgerichtlichen Verfahren eine dem Zivilprozess entsprechende Darlegungslast, allerdings würden hiervon in Wirtschaftlichkeitsprüfungsverfahren im Vertragsarztrecht Ausnahmen gelten. Hier treffe den Vertragsarzt eine Darlegungslast für besondere, einen höheren Behandlungsaufwand rechtfertigende atypische Umstände wie Praxisbesonderheiten und kompensatorische Einsparungen. Der Vertragsarzt habe im Rahmen seiner Mitwirkungspflicht die zur Begründung seines Anspruchs dienenden Tatsachen spätestens im Widerspruchsverfahren anzugeben. Diese Rechtsprechung trage dem Umstand Rechnung, dass Wirtschaftlichkeitsprüfungsgremien einen Beurteilungsspielraum haben und dass daher einzelfallbezogene Umstände, die nicht Gegenstand des Verwaltungs- bzw. Widerspruchsverfahrens waren und den Prüfungsgremien nicht bekannt seien, regelmäßig unberücksichtigt bleiben müssen.

8

Im Rahmen der Prüfung der sachlich-rechnerischen Richtigkeit einer Abrechnung bestehe ein vergleichbarer Beurteilungsspielraum nicht. Dennoch würden nach dem Urteil des BSG vom 12.12.2012 ([B 6 KA 5/12 R](#)) entsprechende Substantiierungsanforderungen gelten, die spätestens bis zum Erlass des Widerspruchsbescheides zu erfüllen seien. Danach dürfe eine Substantiierung im Notfalldienst bei der Erbringung normalerweise nur zur Regelversorgung gehörender Leistungen gefordert werden, da nur der Leistungserbringer in der Lage sei, die Umstände zu schildern, aus denen sich die Besonderheit des Falles ergeben könne. Der Senat folge dem jedenfalls für den Fall, dass es sich - wie vorliegend - um Tatsachen aus der Sphäre des Arztes handele, dass eine Vielzahl von GOP betroffen seien und dass außerdem eine einschlägige Regelung existiere, wonach ausdrücklich schon im Abrechnungsverfahren die Angabe der betreffenden Tatsachen erforderlich sei. Letzteres sei vorliegend in § 6 Abs 2 S 2 HVM der Fall. Dass sich die Darlegungslast nach § 6 Abs 2 S 2 HVM lediglich auf nicht vertretbare Umstände im Sinne des Abs 1 beschränke und die Fälle einer unmöglichen Versorgung durch einen Vertragsarzt nicht erfasst seien, komme - entgegen der Ansicht des SG - keine Bedeutung zu. Die Klägerin habe weder im Verwaltungs- noch im Widerspruchsverfahren Umstände vorgebracht, die den Ansatz der in Rede stehenden Leistungen rechtfertigen könnten. Im gerichtlichen Verfahren sei sie mit entsprechenden Darlegungen ausgeschlossen.

9

Mit ihrer Revision rügt die Klägerin zunächst als Verfahrensmangel die Verletzung des rechtlichen Gehörs nach [Art 103 Abs 1 GG](#) und [§ 62 SGG](#). Das LSG habe angenommen, dass auf den betreffenden Notfallscheinen lediglich die durchgeführten Behandlungen, die Diagnosen anhand des ICD-Codes sowie ein pauschaler Hinweis auf eine dringende Behandlungsbedürftigkeit angegeben seien. Auf diese Bewertung des Sachverhalts habe das LSG im Rahmen des Berufungsverfahrens nicht hingewiesen. Zwar treffe dies auf eine Vielzahl, aber nicht auf alle Notfallscheine zu.

10

Die Klägerin wendet sich ausdrücklich nicht dagegen, dass Notfalleleistungen auf die Erstversorgung zu beschränkt sind und dass auch die Diagnostik darauf auszurichten ist. Es bestehe jedoch weder ein allgemeiner Leistungsausschluss für Laborleistungen oder radiologische Leistungen im Rahmen der Notfallbehandlung noch gebe es eine besondere Begründungspflicht für die Erbringung und Abrechnung dieser Leistungen. Eine solche Begründungspflicht folge weder aus dem EBM-Ä noch aus sonstigen Regelungen. Anderes ergebe sich auch nicht aus § 6 Abs 2 S 2 HVM. Nach Angabe der Beklagten habe deren Vorstand beschlossen, dass Notfallbehandlungen zu vergüten seien, wenn

der Patient durch den organisierten Rettungsdienst zur Notfallbehandlung verbracht werde oder wenn er durch einen Vertragsarzt an die Notfallambulanz verwiesen worden sei. Mit der sachlich-rechnerischen Richtigstellung auch in Fällen, in denen die Patienten mit dem Rettungsdienst in ihre - der Klägerin - Notfallambulanz eingeliefert worden seien, habe sich die Beklagte nicht einmal an ihre eigenen Vorgaben gehalten. Jedenfalls sei für die streitbefangenen Laborleistungen und radiologischen Untersuchungen im Rahmen der sachlich-rechnerischen Richtigstellung eine Überprüfung anhand des jeweiligen Einzelfalles geboten. Auch sei nicht transparent, welche Diagnosen die Beklagte als "Notfall-Diagnose" anerkenne. § 6 HVM regle keine allgemeine Begründungspflicht als Voraussetzung für die Abrechnung von Notfallbehandlungen. Entgegen der Auffassung des LSG sei die Rechtsprechung zur Präklusion im Rahmen der Wirtschaftlichkeitsprüfung nicht auf die sachlich-rechnerische Richtigstellung übertragbar.

11

Die Klägerin beantragt, das Urteil des LSG Rheinland-Pfalz vom 19.10.2017 aufzuheben und die Berufung der Beklagten gegen das Urteil des SG Mainz vom 2.11.2016 zurückzuweisen.

12

Die Beklagte beantragt, die Revision zurückzuweisen.

13

Nicht an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmende Ärzte, Institutionen und Krankenhäuser dürften ambulante Notfallbehandlungen nur dann abrechnen, wenn die Erkrankung des Patienten aufgrund ihrer Beschaffenheit einer sofortigen Maßnahme bedürfe und eine Versorgung durch einen Vertragsarzt entsprechend [§ 76 SGB V](#) nicht möglich und/oder aufgrund der Umstände nicht vertretbar sei. Besondere Umstände, die zu einer Notfallbehandlung während der Sprechstundenzeiten der Vertragsärzte führen, seien im Rahmen der Abrechnung gesondert darzulegen. Das BSG habe bereits entschieden, dass Krankenhäuser nicht ohne Einschränkungen Notfallbehandlungen auch für Zeiten erbringen und abrechnen dürfen, in denen die vertragsärztlichen Praxen für die Versorgung akuter Gesundheitsstörungen zur Verfügung stehen. Es wäre daher Aufgabe der Klägerin gewesen, Gründe darzulegen, aus denen sich die Besonderheiten des Behandlungsfalles ergeben. In Anlehnung an die Rechtsprechung des BSG habe das LSG entsprechende Substantiierungsanforderungen entwickelt, die spätestens bis zum Erlass des Widerspruchsbescheides erfüllt sein müssten. Dieser Darlegungspflicht in Gestalt einer einzelfallbezogenen Begründung sei die Klägerin nicht nachgekommen, obwohl ihr dies möglich gewesen wäre. Es sei nicht ihre Aufgabe als KÄV, bei mehr als 100 Krankenhäusern in Rheinland-Pfalz die besonderen Abrechnungsvoraussetzungen für Notfallbehandlungen im Einzelfall zu ermitteln. Entscheidend sei, dass sie mit Ende eines Abrechnungsquartals erkennen könne, welche Beträge aus der Gesamtvergütung zu leisten seien. Daher billige das BSG auch zB Abrechnungsfristen. Denselben Regelzweck verfolge § 6 HVM. Um zu gewährleisten, dass die Gesamtvergütung möglichst in dem Quartal zur Auszahlung gelange, für das sie gezahlt wurde, sei eine terminlich straffe Prüfung der Abrechnung erforderlich. Die zusätzliche Prüfung von Dokumentationen oder die Möglichkeit eines unbefristeten Nachschiebens von Gründen sei damit nicht vereinbar.

II

14

Die zulässige Revision ist im Sinne der Zurückverweisung an das LSG begründet.

15

1. Richtige Klageart wäre hier die Anfechtungs- und Leistungsklage, weil die Rechtmäßigkeit einer sog quartalsgleichen Richtigstellung und nicht einer nachgehenden Richtigstellung im Streit steht (vgl BSG Urteil vom 12.12.2012 - [B 6 KA 5/12 R](#) - SozR 4-2500 § 115 Nr 1 RdNr 9 mwN). Abweichend davon hat das SG - offenbar in der Annahme, dass es sich um den weitergehenden Antrag handeln würde - über eine reine Anfechtungsklage der Klägerin entschieden und dieser - jedenfalls nach dem Inhalt der Entscheidungsgründe - ausdrücklich nicht stattgegeben (Urteilsumdruck S 12; im Tenor findet sich dazu keine Aussage), sondern dem Begehren der Klägerin allein im Sinne der hilfswise begehrten Verurteilung zur Neubescheidung entsprochen. Auch weil allein die Beklagte dagegen (erfolgreich) Berufung eingelegt hat, kann zulässiger Gegenstand des Revisionsverfahrens kein Anspruch der Klägerin auf Zahlung, sondern nur noch der - dahinter zurückbleibende - Anspruch auf Neubescheidung sein. Dem entsprechend hat die Klägerin ihren Antrag im Revisionsverfahren auf die Aufhebung des Urteils des LSG und die Zurückweisung der gegen das Urteil des SG gerichteten Berufung der Beklagten sachgerecht beschränkt.

16

2. Gegenstand des vorliegenden Rechtsstreits ist die sachlich-rechnerische Richtigstellung laboratoriumsmedizinischer und radiologischer Leistungen aus den Kapiteln 32 und 34 des EBM-Ä sowie der GOP 02300 (Kleinchirurgischer Eingriff I und/oder primäre Wundversorgung und/oder Epilation) und 02301 (Kleinchirurgischer Eingriff II und/oder primäre Wundversorgung mittels Naht) EBM-Ä. Nur darüber hat die Beklagte mit dem Teilwiderspruchsbescheid vom 29.7.2015 entschieden, der Gegenstand des Klageverfahrens geworden ist. Wie sich aus der in den Entscheidungsgründen des Urteils des LSG (Umdruck S 10) in Bezug genommenen Auflistung auf S 42 ff des Richtigstellungsbescheides vom 14.8.2014 ergibt, hat die Beklagte nicht die von der Klägerin jeweils abgerechnete Notfallpauschale berichtet. Soweit die Beklagte die von der Klägerin in Ansatz gebrachte Zusatzpauschale für die Besuchsbereitschaft nach GOP 01211 EBM Ä aF berichtet hat (Auflistung auf S 2 bis 40 des Richtigstellungsbescheides), ist dies nicht Gegenstand des streitgegenständlichen Teilwiderspruchsbescheides und auch nicht der dagegen erhobenen Klage geworden.

17

3. Rechtsgrundlage der sachlich-rechnerischen Richtigstellung, deren Rechtmäßigkeit hier im Streit steht, ist [§ 106a Abs 2 S 1 Halbs 1 SGB V](#)

(hier noch idF des GKV-Modernisierungsgesetzes vom 14.11.2003, [BGBI I 2190](#) (aF); heute [§ 106d Abs 2 Halbs 1 SGB V](#)). Danach stellt die KÄV die sachliche und rechnerische Richtigkeit der Abrechnungen der an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Ärzte und Einrichtungen fest. Die Prüfung auf sachlich-rechnerische Richtigkeit der Abrechnungen des Vertragsarztes zielt auf die Feststellung, ob die Leistungen rechtmäßig, also im Einklang mit den gesetzlichen, vertraglichen oder satzungsrechtlichen Vorschriften des Vertragsarztrechts - mit Ausnahme des Wirtschaftlichkeitsgebots - erbracht und abgerechnet worden sind (vgl BSG Urteil vom 29.11.2017 - [B 6 KA 33/16 R](#) - SozR 4-2500 § 106a Nr 17 RdNr 19; BSG Urteil vom 2.4.2014 - [B 6 KA 20/13 R](#) - SozR 4-2500 § 117 Nr 6 RdNr 13; s auch BSG Urteil vom 24.10.2018 - [B 6 KA 45/17 R](#) - RdNr 14, zur Veröffentlichung in SozR 4 vorgesehen; BSG Urteil vom 24.10.2018 - [B 6 KA 42/17 R](#) - RdNr 10, zur Veröffentlichung in BSGE und SozR 4 vorgesehen, jeweils mwN).

18

Ob die genannten Voraussetzungen für die sachlich-rechnerische Richtigstellung hier in vollem Umfang oder auch nur teilweise vorgelegen haben, kann auf der Grundlage der Feststellungen des LSG nicht entschieden werden. Das LSG ist zutreffend davon ausgegangen, dass der Klägerin ein Anspruch auf Vergütung nur für Notfallbehandlungen iS des [§ 76 Abs 1 S 2 SGB V](#) zusteht (nachfolgend a). Allerdings ist die Abrechnung der Klägerin nicht bereits deshalb richtigzustellen, weil sie besondere, bei der Abrechnung von Notfallbehandlungen geltende Begründungsanforderungen verletzt hätte. Entscheidend ist, ob die Voraussetzungen einer Notfallbehandlung tatsächlich erfüllt waren. Diese Frage ist nicht allein auf der Grundlage der Angaben der Klägerin aus der Zeit bis zum Abschluss des Widerspruchsverfahrens zu beantworten; vielmehr sind auch die im gerichtlichen Verfahren gewonnenen Erkenntnisse zu berücksichtigen (nachfolgend b). Danach erforderliche Tatsachenfeststellungen zu der Frage, ob es sich bei den abgerechneten Leistungen um diagnostische oder therapeutische Maßnahmen gehandelt hat, die in einem Notfall erforderlich waren, hat das LSG - auf der Grundlage seiner Rechtsauffassung zu Recht - nicht getroffen. Deshalb kann der Senat auf der Grundlage der getroffenen Feststellungen auch nicht beurteilen, ob die sachlich-rechnerischen Richtigstellungen im Ergebnis zu Recht erfolgt sind.

19

a) [§ 95 Abs 3 SGB V](#) überträgt das Recht und die Pflicht zur Behandlung gesetzlich Krankenversicherter in erster Linie zugelassenen Vertragsärzten und zugelassenen Medizinischen Versorgungszentren (MVZ). Unter näher geregelten Voraussetzungen werden darüber hinaus Ärzte und Einrichtungen ermächtigt. Diese sind dann im Rahmen dieser Ermächtigung ebenfalls zur Teilnahme an der vertragsärztlichen Versorgung berechtigt und verpflichtet (vgl [§ 95 Abs 4 SGB V](#)). Damit übereinstimmend beschränkt [§ 76 Abs 1 S 1 SGB V](#) die Arztwahl der Versicherten im Grundsatz auf zugelassene oder ermächtigte Ärzte bzw Einrichtungen. Nur in Notfällen dürfen Versicherte nach [§ 76 Abs 1 S 2 SGB V](#) andere Ärzte in Anspruch nehmen. Krankenhäuser, die wie die Klägerin über keinen Teilnahmestatus bezogen auf die Erbringung der hier maßgebenden ambulanten Leistungen verfügen, dürfen gesetzlich Versicherte daher grundsätzlich nur in Notfällen behandeln. Nur in diesen Fällen besteht auch ein Vergütungsanspruch des Krankenhauses gegenüber der KÄV nach den für die Abrechnung vertragsärztlicher Leistungen maßgeblichen Bestimmungen.

20

Im Einklang damit bestimmte Nr 4 der Präambel zu Bereich II Abschnitt 1.2 EBM-Ä in der Fassung, die zum Zeitpunkt der Leistungserbringung und auch der Richtigstellung gegolten hat, dass die Notfall- und Zusatzpauschalen nach GOP 01210 bis 01219 EBM-Ä (nach der rückwirkenden Änderung dieser GOP durch Beschlüsse des Bewertungsausschusses vom 17.12.2014 (341. Sitzung), vom 19.1.2015 (schriftliche Beschlussfassung, 344. Sitzung) und vom 8.6.2015 (schriftliche Beschlussfassung, 354. Sitzung): GOP 01210, 01212, 01214, 01216 und 01218 EBM-Ä, vgl dazu das Urteil des Senats vom 3.4.2019 - [B 6 KA 67/17 R](#) - RdNr 3, 18, zur Veröffentlichung in SozR 4 vorgesehen) von nicht an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Ärzten nur berechnet werden dürfen, wenn die Erkrankung des Patienten aufgrund ihrer Beschaffenheit einer sofortigen Maßnahme bedarf und die Versorgung durch einen Vertragsarzt entsprechend [§ 76 SGB V](#) nicht möglich und/oder aufgrund der Umstände nicht vertretbar ist. Aus der Zuordnung der Notfallleistungen zur vertragsärztlichen Versorgung folgt auch, dass die KÄV gesetzlich berechtigt und verpflichtet ist, die sachliche und rechnerische Richtigkeit der Abrechnung von Notfallleistungen zu prüfen, die durch nicht an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmende Krankenhäuser erbracht worden sind (BSG Urteil vom 10.12.2008 - [B 6 KA 37/07 R](#) - [BSGE 102, 134](#) = SozR 4-2500 § 295 Nr 2, RdNr 14).

21

Vorliegend hat die Beklagte die Vergütung von Leistungen, die die Klägerin in ihrer Notfallambulanz erbracht hat, nicht vollständig abgelehnt, sondern die Vergütung in Höhe der Notfallpauschalen geleistet. Die sachlich-rechnerische Richtigstellung, deren Rechtmäßigkeit im Streit steht, bezieht sich allein auf darüber hinausgehende Leistungen, die innerhalb der üblichen Sprechstundenzeiten erbracht worden sind. Dabei geht die Beklagte zutreffend davon aus, dass es sich bei den Leistungen, die auf der Grundlage des [§ 76 Abs 1 S 2 SGB V](#) als Notfallleistungen erbracht und abgerechnet werden, nur um solche handeln kann, die auf die Erstversorgung ausgerichtet sind. In einer Krankenhausambulanz dürfen weder reguläre vertragsärztliche Behandlungen durchgeführt werden, die dem Umfang und der Ausrichtung nach über die Notfallversorgung hinausgehen, noch darf das Krankenhaus regulär Sprechstunden anbieten. Allein der Wunsch eines Versicherten nach einer ambulanten Behandlung im Krankenhaus verbunden mit der Geltendmachung akuten Behandlungsbedarfs stellt zu Zeiten regulärer vertragsärztlicher Sprechstunden keinen "Notfall" im iS des [§ 76 Abs 1 S 2 SGB V](#) dar (BSG Urteil vom 2.7.2014 - [B 6 KA 30/13 R](#) - SozR 4-2500 § 76 Nr 2 RdNr 13).

22

Auf der anderen Seite hat der Senat bezogen auf die Behandlung außerhalb der regulären Sprechstundenzeiten bereits entschieden, dass die Vergütung einer Notfallbehandlung durch ein Krankenhaus nicht davon abhängig gemacht werden darf, dass ein Vertragsarzt oder eine vertragsärztliche Notfallpraxis nicht in zumutbarer Zeit aufgesucht werden konnten, weil die Mitarbeiter von Notfallambulanzen mit solchen Ermittlungen vielfach überfordert würden (BSG Urteil vom 2.7.2014 - [B 6 KA 30/13 R](#) - SozR 4-2500 § 76 Nr 2 RdNr 10). Diese Aussage kann zwar auf die Inanspruchnahme der Notfallambulanz zu den üblichen Sprechstundenzeiten nicht unmittelbar übertragen werden, weil zu Sprechstundenzeiten eher erwartet werden kann, dass sich ein Patient auch in dringenden Fällen zunächst an einen Vertragsarzt oder ein MVZ wendet, ehe er eine Krankenhausambulanz aufsucht. Ferner ist das Anliegen, eine Inanspruchnahme der Notfallambulanzen von

Krankenhäusern zu den üblichen Sprechstundenzeiten nach Möglichkeit zu vermeiden, vom Senat bereits wiederholt als berechtigt bewertet worden (BSG Urteil vom 17.9.2008 - [B 6 KA 46/07 R - SozR 4-2500 § 75 Nr 8](#) RdNr 30; BSG Beschluss vom 17.7.2013 - [B 6 KA 8/13 B](#) - Juris RdNr 10), auch weil die Eröffnung eines zweiten Versorgungswegs in den Krankenhausambulanzen mit dem gesetzlich geregelten Vorrang der Vertragsärzte und der MVZ im Rahmen der ambulanten Versorgung nicht vereinbar wäre (BSG Urteil vom 2.7.2014 - [B 6 KA 30/13 R](#) - SozR 4-2500 § 76 Nr 2 RdNr 13). Dieses Ziel kann indes nicht dadurch erreicht werden, dass einem Versicherten, der eine Notfallsituation annimmt und der deshalb die Notfallambulanz eines Krankenhauses zu Sprechstundenzeiten aufsucht, die Behandlung ohne Weiteres verweigert wird. Vielmehr muss sich der Krankenhausarzt zumindest über die Beschwerden des Patienten und dessen Zustand unterrichten, ehe er eine Entscheidung über das weitere Vorgehen trifft. Bereits diese orientierende Befragung und Untersuchung ist eine ärztliche Tätigkeit, die einen Vergütungsanspruch nach sich zieht (BSG Urteil vom 1.2.1995 - [6 RKa 9/94 - SozR 3-2500 § 76 Nr 2 S 5](#) = Juris RdNr 18). Davon ist auch die Beklagte im Ergebnis ausgegangen, indem sie Vergütung in Höhe der von der Klägerin geltend gemachten Notfallpauschalen geleistet hat.

23

Auch bei Notfallbehandlungen, die innerhalb der üblichen Sprechstundenzeiten stattfinden, können je nach den Umständen des Einzelfalles diagnostische oder therapeutische Maßnahmen erforderlich sein, die nicht bereits mit einer Notfallpauschale abgegolten, sondern zusätzlich zu vergüten sind. Dabei besteht ein Vergütungsanspruch nur für solche diagnostischen und therapeutischen Leistungen, die entweder erforderlich sind, um erkennen zu können, ob ein Notfall vorliegt oder die ggf für eine Erstversorgung des Patienten erforderlich sind. Die Erstversorgung hat sich darauf zu konzentrieren, Gefahren für Leib und Leben sowie unzumutbaren Schmerzen der Patienten zu begegnen sowie die Notwendigkeit einer stationären Behandlung abzuklären (BSG Urteil vom 12.12.2012 - [B 6 KA 5/12 R](#) - SozR 4-2500 § 115 Nr 1 RdNr 15). Dass dazu auch radiologische Untersuchungen und kleinchirurgische Eingriffe gehören können, um deren Vergütung hier ua gestritten wird, liegt auf der Hand. Nachvollziehbar illustriert wird das durch die von der Klägerin im Klageverfahren vorgelegte Behandlungsdokumentation zB zu einem siebenjährigen Kind, das mit dem Fahrrad gestürzt und auf das Gesicht gefallen war, oder zu einem 83-jährigen, der auf der Treppe gestürzt, auf die Hüfte gefallen und mit dem Notarztwagen eingeliefert worden war. Für die ebenfalls streitige Vergütung von Laboruntersuchungen gilt dies zwar nicht in gleicher Weise; aber auch insoweit sind Leistungen denkbar, die etwa im Zusammenhang mit einer chirurgischen Erstversorgung anfallen können. Wie der Senat bereits entschieden hat, kann selbst eine Bestimmung der Blutalkoholkonzentration oder des C-reaktiven Proteins in besonders gelagerten Einzelfällen Bestandteil einer Notfallbehandlung sein (BSG aaO, RdNr 17).

24

Bei allem verkennt der Senat nicht, dass es sinnvoll ist, dem weithin als problematisch bewerteten Anstieg der Inanspruchnahme der Notfallambulanzen von Krankenhäusern durch Versicherte entgegenzuwirken (vgl dazu zB AQUA - Institut für angewandte Qualitätsförderung und Forschung im Gesundheitswesen GmbH, Ambulante Notfallversorgung, 2016, S 10; Gutachten 2018 des Sachverständigenrates zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen, BT-Drucks 19/3180 S 568, RdNr 952). Das Ziel, Patienten der richtigen Versorgungsebene zuzuweisen (vgl dazu die im Dezember 2018 vom Bundesgesundheitsministerium (BMG) vorgelegten Eckpunkte zur Reform der Notfallversorgung), kann aber nicht dadurch erreicht werden, dass Versicherten, die eine Krankenhausambulanz jedenfalls in der Annahme aufsuchen, dass ein Notfall vorliege, und denen nicht bekannt ist, an welche anderen Stellen sie sich in dieser Situation wenden könnten, die für die Erkennung eines Notfalls erforderliche Diagnostik oder eine erforderliche Erstversorgung (vgl RdNr 23) verweigert wird oder indem Krankenhäusern die Vergütung für solche Leistungen versagt wird. Erforderlich sind vielmehr geänderte Rahmenbedingungen, die dazu beitragen, dass Versicherte in tatsächlichen oder vermeintlichen Notfällen in die für die erforderliche Behandlung richtige Versorgungsebene vermittelt werden. Diese können nur durch den Gesetzgeber geschaffen werden (vgl dazu bereits BSG Urteil vom 2.7.2014 - [B 6 KA 30/13 R](#) - SozR 4-2500 § 76 Nr 2 RdNr 10). Schritte in diese Richtung sind ua mit der in [§ 75 Abs 1a S 3 Nr 3 SGB V](#) idF des Terminservice- und Versorgungsgesetzes - TSVG - vom 6.5.2019 ([BGBl I 646](#)) vorgesehenen - spätestens bis zum 1.1.2020 durchzuführenden - Vermittlung von Versicherten in Akutfällen auf der Grundlage eines bundesweit einheitlichen standardisierten Ersteinschätzungsverfahrens unternommen worden. Die og Eckpunkte des BMG sehen zudem die Einrichtung zentraler Anlaufstellen in noch einzurichtenden integrierten Notfallzentren (INZ) vor. Zum Zeitpunkt der Erbringung der Leistungen, deren Vergütung als Notfallsleistungen hier im Streit steht, und auch zum Zeitpunkt der Entscheidung des Senats existierte ein solches System nicht, sodass einem Vergütungsanspruch der Klägerin - soweit er eine im Einzelfall erforderliche Notfallbehandlung zum Gegenstand hat - auch nicht entgegengehalten werden kann, dass mit der Behandlung der Versicherten die für die Notfallversorgung geltenden Strukturen unterlaufen würden.

25

b) Der Frage, ob es sich bei den von der Klägerin abgerechneten diagnostischen (radiologischen, laboratoriumsmedizinischen) und therapeutischen Leistungen um Leistungen der Notfallbehandlung handelt, ist das LSG in der Annahme nicht weiter nachgegangen, dass eine Vergütung bereits deshalb ausscheide, weil die Klägerin die ihr im Rahmen der Abrechnung obliegenden Darlegungsanforderungen nicht erfüllt habe. Zu berücksichtigen seien allein die Darlegungen der Klägerin bis zum Abschluss des Verwaltungsverfahrens, sodass gerichtliche Ermittlungen von Amts wegen insoweit nicht durchzuführen seien. Auch das Vorbringen der Klägerin im gerichtlichen Verfahren habe außer Betracht zu bleiben. Dies trifft indes nicht zu. Die für Wirtschaftlichkeitsprüfungen geltenden Anforderungen an die Mitwirkung des Vertragsarztes sind auf die sachlich-rechnerische Richtigstellung nicht ohne Weiteres übertragbar (dazu aa). Zwar können im HVM unter bestimmten Voraussetzungen auch Anforderungen an die Begründung der Honorarabrechnung geregelt werden (dazu bb). Eine wirksame Regelung zu den Begründungsanforderungen bei der Abrechnung von Notfallbehandlungen existiert jedoch im Bezirk der beklagten KÄV nicht (dazu cc).

26

aa) Zutreffend weist das LSG darauf hin, dass den Vertragsarzt nach stRspr im Rahmen von Wirtschaftlichkeitsprüfungen besondere Mitwirkungspflichten treffen. Einwände zu Tatsachen, die nur dem Arzt bekannt sind (zB zu Praxisbesonderheiten) oder die nur mit seiner Hilfe ermittelt werden können und die der Arzt erst im gerichtlichen Verfahren vorträgt, obwohl es ihm oblegen hätte, diese schon den Prüfungsgremien gegenüber geltend zu machen, können danach unberücksichtigt bleiben (BSG Urteil vom 21.3.2012 - [B 6 KA 17/11 R](#) - SozR

4-2500 § 106 Nr 35 RdNr 40 f mwN). Auf das Verfahren der sachlich-rechnerischen Richtigstellung sind diese Maßstäbe jedoch nicht uneingeschränkt übertragbar: Zwar ist der Arzt auch bei der Prüfung der Richtigkeit der Honorarabrechnung zur Mitwirkung verpflichtet, indem er bei entsprechenden Zweifeln die allein ihm bekannten Tatsachen aus seiner Sphäre vorträgt. Wenn der Arzt diesen Anforderungen nicht entspricht und wenn Voraussetzungen für die Abrechnung von Leistungen aus diesem Grunde nicht festzustellen sind, dann geht das zu Lasten des Arztes (vgl zB BSG Beschluss vom 6.9.2000 - [B 6 KA 17/00 B](#) - Juris RdNr 8; BSG Urteil vom 13.8.2014 - [B 6 KA 41/13 R](#) - SozR 4-2500 § 106 Nr 46 RdNr 23). Gerade in Verfahren der Wirtschaftlichkeitsprüfung gehen die Mitwirkungspflichten des Arztes aber noch darüber hinaus (vgl BSG Urteil vom 5.6.2013 - [B 6 KA 40/12 R](#) - SozR 4-2500 § 106 Nr 41 RdNr 18). Grund dafür ist, dass das Verfahren der Wirtschaftlichkeitsprüfung sachverständigen Ausschüssen übertragen worden ist, denen bei ihrer Entscheidung ein Beurteilungsspielraum zukommt. Vor diesem Hintergrund ist der Senat in stRspr davon ausgegangen, dass der Arzt nicht berechtigt ist, das Prüfverfahren zu unterlaufen, indem er sich daran nicht beteiligt und erstmals im gerichtlichen Verfahren Einwendungen erhebt (BSG Urteil vom 20.9.1988 - [6 RKa 22/87](#) - SozR 2200 § 368n Nr 57 S 197 f = Juris RdNr 33; BSG Urteil vom 8.5.1985 - [6 RKa 24/83](#) - ArztR 1986, 45 = Juris RdNr 24). Auf das Verfahren der sachlich-rechnerischen Richtigstellung sind diese Maßstäbe nicht unmittelbar zu übertragen. Im Unterschied zum Verfahren der Wirtschaftlichkeitsprüfung obliegt die sachlich-rechnerische Richtigstellung nicht paritätisch besetzten Prüfungsgremien, sondern der KÄV, der bei der Beurteilung der Frage, ob die Voraussetzungen einer Notfallbehandlung iS des [§ 76 Abs 1 S 2 SGB V](#) vorgelegen haben, kein der gerichtlichen Prüfung entzogener Entscheidungsspielraum zukommt (ebenso bezogen auf die Voraussetzungen einer vollstationären Krankenhausbehandlung: Großer Senat des BSG Beschluss vom 25.9.2007 - [GS 1/06](#) - [BSGE 99, 111](#) = [SozR 4-2500 § 39 Nr 10](#), RdNr 27 ff).

27

Etwas anderes folgt auch nicht aus der Entscheidung vom 12.12.2012 ([B 6 KA 5/12 R](#) - SozR 4-2500 § 115 Nr 1). Der Senat hat dort (RdNr 17) bezogen auf bestimmte Laborleistungen, die nur in besonders gelagerten Einzelfällen als Leistungen der Notfallbehandlung in Betracht kommen, ausgeführt, dass wegen des Ausnahmecharakters solcher Fälle verlangt werden kann, dass die dafür maßgebliche medizinische Diagnose jedenfalls für die Abrechnungsprüfung erkennbar sein muss, dass es aber möglicherweise ausreichen würde, wenn die nähere Begründung im Verfahren des Widerspruchs gegen die sachlich-rechnerische Berichtigung nachgeliefert wird. Der Senat hält daran insoweit fest, als die KÄV berechtigt ist, die Vergütung jedenfalls von Notfalleleistungen, die üblicherweise nicht Bestandteil der Notfallversorgung sind, von der Erfüllung solcher Begründungsanforderungen abhängig zu machen. Die Begründung hat dann grundsätzlich bereits mit der Abrechnung zu erfolgen. Voraussetzung ist aber, dass Inhalt und Umfang der Begründungspflicht klar und eindeutig geregelt worden sind. Soweit der og Entscheidung des Senats vom 12.12.2012 (RdNr 17 f) entnommen werden konnte, dass die zur Wirtschaftlichkeitsprüfung entwickelten Begründungsanforderungen auch unabhängig von konkretisierenden Regelungen auf das Verfahren der sachlich-rechnerischen Richtigstellung jedenfalls solcher Notfalleleistungen zu übertragen sind, die nur ausnahmsweise für die Erstversorgung erforderlich sind (dies im Ergebnis ablehnend: SG Marburg Urteil vom 18.3.2015 - [S 12 KA 616/14](#) - Juris RdNr 28 ff), hält der Senat daran ausdrücklich nicht fest.

28

bb) Es entspricht der stRspr des Senats, dass die KÄV im HVM Regelungen zu den Modalitäten der Abrechnung durch Vertragsärzte treffen darf (BSG Urteil vom 22.6.2005 - [B 6 KA 19/04 R](#) - [SozR 4-2500 § 85 Nr 19](#) RdNr 13 = Juris RdNr 21; BSG Urteil vom 25.8.1999 - [B 6 KA 34/98 R](#) - [SozR 3-2500 § 85 Nr 32](#) = Juris RdNr 14). Gesetzliche Grundlage ist bezogen auf die Vergütung im hier maßgebenden Quartal 2/2014 [§ 87b Abs 1 S 2 SGB V](#) idF des GKV-Versorgungsstrukturgesetzes (GKV-VStG) vom 22.12.2011 ([BGBl I 2983](#)). Danach wendet die KÄV bei der Verteilung der Gesamtvergütung den Verteilungsmaßstab an, der im Benehmen mit den Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen festgesetzt worden ist. Eine entsprechende Regelung fand sich bereits in [§ 85 Abs 4 S 1](#) und 2 SGB V idF des Gesundheitsstrukturgesetzes vom 21.12.1992 ([BGBl I 2266](#); vgl dazu BSG Urteil vom 22.6.2005 - [B 6 KA 19/04 R](#) - [SozR 4-2500 § 85 Nr 19](#) RdNr 13 = Juris RdNr 21). Im HVM kann die KÄV alle Sachverhalte regeln, die mit der Honorarverteilung im Zusammenhang stehen und die für die Prüfung der sachlich-rechnerischen Richtigkeit der Abrechnung von Bedeutung sind (BSG Urteil vom 25.8.1999 - [B 6 KA 34/98 R](#) - [SozR 3-2500 § 85 Nr 32](#) = Juris RdNr 14; Engelhard in Hauck/Noftz, SGB V, § 85 RdNr 161 mwN, Stand der Einzelkommentierung Oktober 2016). Dazu gehören insbesondere Bestimmungen über die Form und den Zeitpunkt der Vorlage der Abrechnungen (BSG Urteil vom 22.6.2005 - [B 6 KA 19/04 R](#) - [SozR 4-2500 § 85 Nr 19](#) RdNr 13 = Juris RdNr 21), aber auch Regelungen darüber, welche Unterlagen Vertragsärzte ihrer Quartalsabrechnung beifügen müssen (BSG Urteil vom 25.8.1999 - [B 6 KA 34/98 R](#) - [SozR 3-2500 § 85 Nr 32](#) = Juris RdNr 14). Auch [§ 44 Abs 7 S 1 Bundesmantelvertrag-Ärzte](#), der die Angaben von Arztnummer und Betriebsstättennummer bei der Abrechnung vorschreibt, geht davon aus, dass die KÄVen konkretisierende Regelungen zur Abrechnung treffen. Insbesondere im Zusammenhang mit Abrechnungsfristen hat der Senat bereits näher begründet, dass es sich dabei um Berufsausübungsregelungen iS des [Art 12 Abs 1 S 1 GG](#) handelt, die nur dann mit Bundesrecht vereinbar und damit wirksam sind, wenn sie keinen Eingriff bewirken, der so schwer wiegt, dass er außer Verhältnis zu dem der Regelung innewohnenden Zweck steht (BSG Urteil vom 29.8.2007 - [B 6 KA 29/06 R](#) - [SozR 4-2500 § 85 Nr 37](#) RdNr 11, 13, 16 mwN).

29

Für Anforderungen, die an die Begründung einer Honorarabrechnung gestellt werden, gilt nichts anderes. Dass auch dem EBM-Ä Begründungsanforderungen für bestimmte Leistungen zu entnehmen sind, bedeutet nicht, dass die KÄV gehindert wäre, im HVM weitere Anforderungen zu formulieren. Ohne eine normative Grundlage besteht jedoch im Grundsatz keine Pflicht des Vertragsarztes zur einzelfallbezogenen Begründung der in Ansatz gebrachten GOP bereits mit Einreichung der Honorarabrechnung (BSG Urteil vom 1.7.1998 - [B 6 KA 48/97 R](#) - [SozR 3-2500 § 75 Nr 10](#) = Juris RdNr 16 ff; BSG Beschluss vom 17.3.2010 - [B 6 KA 23/09 B](#) - Juris RdNr 16). Soweit entsprechende Begründungsanforderungen im HVM geregelt werden, müssen diese - und das stellt der Senat mit Bezug auf die og Ausführungen aus dem Urteil vom 12.12.2012 ([B 6 KA 5/12 R](#) - SozR 4-2500 § 115 Nr 1 RdNr 17) hiermit klar - eindeutig und verständlich formuliert sowie mit vertretbarem Aufwand umsetzbar sein. Dabei gilt: Je höher die Begründungsanforderungen sind und je eingeschränkter die Möglichkeit ist, eine unzureichende Begründung nachzuholen, desto höher sind die Anforderungen an die Ausgestaltung der Regelung. Für den Leistungserbringer muss immer erkennbar sein, was er in welchen Vordruck bzw in welches Feld einer Eingabemaske am Bildschirm einzutragen hat, damit den formalen Begründungsanforderungen entsprochen wird. Eine steuernde Wirkung in dem Sinne, dass die Abrechnung für Krankenhäuser so aufwändig oder unkalkulierbar ausgestaltet wird, dass die Erbringung von Notfalleleistungen für diese unwirtschaftlich wird, darf mit den Begründungsanforderungen nicht verfolgt werden. Soweit an die Abrechnung von Notfalleleistungen durch Krankenhäuser höhere Anforderungen gestellt werden als an die Abrechnung anderer vertragsärztlicher Leistungen, müssen dafür sachliche

Gründe aus dem Bereich der Honorarabrechnung und der Prüfung der sachlich-rechnerischen Richtigkeit maßgebend sein.

30

cc) Eine den dargestellten Anforderungen gerecht werdende Regelung zur Begründung der Erforderlichkeit einer Notfallbehandlung galt für das Quartal 2/2014 im Bezirk der beklagten KÄV nicht. Der Auffassung des LSG, dass § 6 Abs 2 HVM eine entsprechende wirksame Regelung enthalten würde, folgt der Senat nicht.

31

§ 6 HVM lautete in der hier maßgebenden Fassung des Quartals 2/2014 wie folgt:

"§ 6

Vergütung von ambulanten Notfalleleistungen

(1) Nicht an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmende Ärzte, Institutionen und Krankenhäuser können ambulante Notfallbehandlungen nur dann abrechnen, wenn die Erkrankung des Patienten aufgrund ihrer Beschaffenheit einer sofortigen Maßnahme bedarf und eine Versorgung durch einen Vertragsarzt entsprechend [§ 76 SGB V](#) nicht möglich und/oder aufgrund der Umstände nicht vertretbar ist.

(2) Ein Vergütungsanspruch für ambulante Notfalleleistungen durch die in Abs. 1 genannten Leistungserbringer besteht nur dann, wenn die Inanspruchnahme in sprechstundenfreien Zeiten erfolgte und dadurch Vertragsärzte die Behandlung nicht übernehmen konnten. Nicht vertretbare Umstände i.S. des Abs. 1 sind im Rahmen der Abrechnung gesondert darzulegen."

32

Das LSG ist davon ausgegangen, dass die Klägerin auf der Grundlage dieser Regelung verpflichtet gewesen wäre, die Notwendigkeit der berechtigten Notfalleistung spätestens im Widerspruchsverfahren speziell zu begründen. Dass eine Notfallbehandlung (im Sinne einer medizinischen Klärung, ob ein Notfall vorliegt) im Grundsatz erforderlich war, steht hier im Übrigen nicht im Streit; die entsprechende Notfallpauschale ist von der Beklagten vergütet worden und nicht Gegenstand der sachlich-rechnerischen Richtigstellung. Es geht hier allein darum, ob die Klägerin im Rahmen einer Notfallbehandlung weitergehende Leistungen und dabei insbesondere solche diagnostischer Art, die nicht mit der Pauschale abgegolten sind (Röntgen, Labor, ua), erbringen und abrechnen durfte. Aus Sicht des Senats erscheint ua fraglich, ob der vom LSG in Bezug genommenen Regelung in § 6 Abs 2 S 2 HVM Begründungsanforderungen bezogen auf den Umfang der in einem Notfall erforderlichen Diagnostik und Behandlung entnommen werden können. Das kann jedoch dahingestellt bleiben, weil der Senat an die - jedenfalls nicht willkürliche - Auslegung dieser Bestimmung durch das LSG gebunden ist. In der Auslegung durch das LSG verstößt die Vorschrift jedoch gegen Bundesrecht und ist unwirksam.

33

Gerade wenn mit dem LSG davon auszugehen ist, dass § 6 Abs 2 S 2 HVM eine Begründung nach Abschluss des Widerspruchsverfahrens ausschließt, sind - wie oben dargelegt - hohe Anforderungen an die Ausgestaltung der Regelung zu stellen. Auch in der Auslegung durch das LSG kann der Leistungserbringer der Regelung in § 6 Abs 2 S 2 HVM aber jedenfalls nicht klar und eindeutig entnehmen, welche Angaben die Abrechnung enthalten muss, damit sie den Anforderungen entspricht. Dasselbe gilt für die nach dem Vorbringen der Klägerin durch den Vorstand der Beklagten beschlossenen Maßstäbe, nach denen die Abrechnung von Notfalleleistungen auch während der Sprechstundenzeiten nicht beanstandet werden soll, wenn der Patient durch den organisierten Rettungsdienst zur Notfallbehandlung verbracht oder wenn er durch einen Vertragsarzt an die Notfallambulanz verwiesen worden sei. Abgesehen davon, dass die Beklagte hier wohl nicht entsprechend verfahren ist, würde eine wirksame Regelung voraussetzen, dass solche Maßstäbe in der Form einer Rechtsnorm (Satzung, Normsetzungsvertrag) ergehen und öffentlich bekannt gemacht werden. Aus der Regelung müsste außerdem eindeutig hervorgehen, welche Begründungsanforderungen in Fallkonstellationen zu erfüllen sind, in denen der Versicherte die Notfallambulanz nicht mit dem Rettungswagen oder auf "Überweisung" durch einen Vertragsarzt erreicht. Auch in Fällen, in denen der Patient die Notfallambulanz während der Sprechstundenzeiten selbst aufsucht, kann das Vorliegen eines Notfalles nicht generell ausgeschlossen werden. Das wird dadurch bestätigt, dass der mit Beschlüssen des Bewertungsausschusses vom 17.12.2014 (341. Sitzung), vom 19.1.2015 (schriftliche Beschlussfassung, 344. Sitzung) und vom 8.6.2015 (schriftliche Beschlussfassung, 354. Sitzung) rückwirkend geänderte GOP 01210 EBM-Ä (vgl oben RdNr 20) eine Notfallpauschale ua für nicht an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmende Krankenhäuser bei Inanspruchnahme zwischen 7:00 und 19:00 Uhr (außer an Samstagen, Sonntagen, gesetzlichen Feiertagen und am 24.12. und 31.12.) regelt und in der Leistungslegende oder der Präambel keine entsprechenden Einschränkungen enthält; maßgeblich ist auch nach der Neufassung, ob die Erkrankung des Patienten aufgrund ihrer Beschaffenheit einer sofortigen Maßnahme bedarf und die Versorgung durch einen Vertragsarzt entsprechend [§ 76 SGB V](#) nicht möglich und/oder aufgrund der Umstände nicht vertretbar ist.

34

Die an die Abrechnung von Notfalleleistungen gestellten Begründungsanforderungen dürfen zudem nicht unverhältnismäßig ausgestaltet werden. So können zB an die Begründung für die Erbringung und Abrechnung einer radiologischen Untersuchung in einem Fall, in dem ein Versicherter einen gravierenden Unfall mit hohem Frakturrisiko erlitten hat, nur geringe Anforderungen gestellt werden. Etwas anderes gilt wie oben dargelegt zB für die Abrechnung solcher Laboruntersuchungen, die zur Diagnostik in Notfällen regelmäßig nicht erforderlich sind.

35

Der Senat folgt damit auch nicht der Auffassung der Beklagten, dass in der einzelfallbezogenen Begründung einer elektronisch übermittelten Abrechnung von Notfalleleistungen bereits alle Angaben enthalten sein müssten, die in einem Verfahren der sachlich-

rechnerischen Richtigstellung von Bedeutung sein können. Der damit für den Leistungserbringer verbundene Aufwand stünde in keinem Verhältnis zu den damit verfolgten legitimen Zielen. Soweit die Beklagte zur Begründung solcher Anforderungen geltend macht, dass sie bereits mit Ende des Abrechnungsquartals die Möglichkeit haben müsse zu erkennen, welche Beträge aus der Gesamtvergütung zu leisten sind, übersieht sie, dass sie nicht auf die Durchführung sog quartalsgleicher Richtigstellungen beschränkt ist. Honorarabrechnungen können im Vertragsarztrecht gerade deshalb auch noch nach Erlass des Honorarbescheides (innerhalb eines Zeitraums von vormals vier, nunmehr von zwei Jahren, vgl BSG Urteil vom 15.5.2019 - [B 6 KA 63/17 R](#) - RdNr 34) weitgehend ohne Einschränkungen durch Gesichtspunkte des Vertrauensschutzes richtiggestellt werden, weil der KÄV - auch im Interesse der Leistungserbringer an einer zeitnahen Vergütung - die Möglichkeit gegeben werden soll, einen Honorarbescheid bereits zu erlassen, bevor die Honorarforderung des Arztes umfassend geprüft werden konnte (vgl BSG Urteil vom 14.12.2005 - [B 6 KA 17/05 R](#) - [BSGE 96, 1](#) = [SozR 4-2500 § 85 Nr 22](#), RdNr 12; BSG Urteil vom 12.12.2001 - [B 6 KA 3/01 R](#) - [BSGE 89, 90](#) = [SozR 3-2500 § 82 Nr 3](#) = Juris RdNr 29). Insofern gilt für die Abrechnung von Notfallleistungen durch Krankenhäuser nichts anderes als für die Abrechnung anderer Leistungen im System der vertragsärztlichen Versorgung.

36

4. Auf die von der Klägerin erhobene Rüge der Verletzung des rechtlichen Gehörs durch das LSG kommt es danach im Ergebnis nicht an. Die Klägerin hat im Wesentlichen geltend gemacht, das LSG habe in der angegriffenen Entscheidung erstmals die Behauptung aufgestellt, dass sie, die Klägerin, bezüglich der von der Beklagten korrigierten Leistungen lediglich die Behandlungen und Diagnosen anhand der ICD-Verschlüsselung angeführt und im Textfeld allein angegeben habe, dass eine dringende Behandlungsbedürftigkeit vorliege. Tatsächlich treffe das zwar auf eine Vielzahl, nicht jedoch auf alle Behandlungsfälle zu. Wenn die Rüge durchgreifen würde, könnte sie nur die Zurückverweisung an das LSG zur Folge haben, die hier bereits aus anderen Gründen erforderlich ist. Auf die Frage, ob die genannten Feststellungen im Urteil des LSG zutreffen, kommt es ebenfalls nicht mehr an, weil die Klägerin hier entgegen der Auffassung des LSG die Möglichkeit hat, die Erforderlichkeit der Notfallbehandlung auch noch im gerichtlichen Verfahren zu begründen. Dazu wird die Klägerin im wiedereröffneten Berufungsverfahren weiterhin Gelegenheit haben.

37

5. Die Kostenentscheidung bleibt dem LSG im Rahmen seiner erneuten Entscheidung im wiedereröffneten Berufungsverfahren vorbehalten.

Rechtskraft

Aus

Login

BRD

Saved

2020-04-16