

L 1 KA 20/10

Land
Hamburg
Sozialgericht
LSG Hamburg
Sachgebiet
Vertragsarztangelegenheiten
Abteilung

1

1. Instanz
SG Hamburg (HAM)

Aktenzeichen
S 3 KA 289/09

Datum
25.08.2010

2. Instanz
LSG Hamburg
Aktenzeichen

L 1 KA 20/10
Datum

25.04.2013

3. Instanz
Bundessozialgericht
Aktenzeichen

-

Datum

-

Kategorie
Urteil

Die Berufung wird zurückgewiesen. Der Kläger trägt die Kosten des Berufungsverfahrens. Die Revision wird zugelassen.

Tatbestand:

Gegenstand des Verfahrens ist ein Anspruch des Klägers auf höheres Honorar für ambulante Notfallbehandlungen im Krankenhaus für das Quartal II/2008.

Der Kläger ist Träger des Berufsgenossenschaftlichen Krankenhauses H., das regelmäßig ambulante Notfallbehandlungen im Bezirk der Beklagten erbringt. Diese bewilligte dem Kläger hierfür mit Honorarbescheid vom 20. November 2008 für das Quartal II/2008 ein Honorar in Höhe von EUR 120.589,22 und legte hierfür die Gebühren nach den Nummern 01210 ff. des Einheitlichen Bewertungsmaßstabes, Stand 2. Quartal 2008 (im Folgenden: EBM), zugrunde.

Mit seinem dagegen erhobenen Widerspruch machte der Kläger geltend, dass die ambulante Notfallbehandlung im Krankenhaus nicht niedriger vergütet werden dürfe als die vertragsärztliche Behandlung außerhalb des organisierten Notdienstes. Die Leistungen seien daher so zu vergüten, als wären sie in einer regulären vertragsärztlichen Sprechstunde erbracht worden, und zwar nach den Nummern 01100 und 01101 (Gebühren für eine unvorhergesehene Inanspruchnahme des Vertragsarztes zu bestimmten Zeiten) sowie nach den Nummern 07210, 07211 und 07212 (chirurgische Grundpauschalen).

Am 19. August 2009 hat der Kläger Untätigkeitsklage erhoben. Während des laufenden Klagverfahrens hat die Beklagte den Widerspruch durch Widerspruchsbescheid vom 17. September 2009 zurückgewiesen und sich auf die Verbindlichkeit der Regelungen des EBM berufen. Der Kläger hat seine Klage hiergegen weitergeführt und vorgetragen, die Beklagte halte nur zwei Notfallpraxen vor, die nur einen kleinen Teil des Einzugsgebiets abdeckten, sowie den Fahrdienst, der nicht gewährleisten könne, dass die Patienten von einem für ihre Erkrankung passenden Facharzt behandelt würden. Daher würden im Notfall hauptsächlich die Krankenhäuser aufgesucht, deren hierfür erforderliche Vorhaltekosten nicht mehr dem normalen Krankenhausbetrieb zugerechnet werden könnten. Insgesamt sei die ambulante Notfallversorgung unwirtschaftlich, wobei dieser Verlust anders als bei Vertragsärzten nicht über den regulären Sprechstundenbetrieb ausgeglichen werden könne. Darin liege eine ungerechtfertigte Schlechterstellung der Krankenhäuser gegenüber Vertragsärzten. Angemessen sei daher allein die Vergütung, die ein niedergelassener Arzt für eine vergleichbare Behandlung im Rahmen seiner Sprechstunde erhalte, und zwar bei unvorhergesehener Inanspruchnahme, denn der Klinikarzt sei für die stationäre Versorgung vorgesehen und werde daher bei der ambulanten Notfallbehandlung unvorhergesehen in Anspruch genommen.

Die Beklagte hat an ihren Ausführungen im Widerspruchsbescheid festgehalten.

Das Sozialgericht hat die Klage mit Urteil vom 25. August 2010 abgewiesen und ausgeführt, die Beklagte habe den EBM ohne sachliche oder rechnerische Fehler angewandt. Eine unmittelbare Schlechterstellung der Krankenhäuser sei hierdurch auch nicht erfolgt, denn die vom Kläger erbrachten Notfallleistungen seien im selben Umfang vergütet worden wie die von einem Vertragsarzt im organisierten Not(fall)dienst erbrachten Leistungen. Auch eine mittelbare Schlechterstellung sei nicht erkennbar. Um die Vergütung der Krankenhäuser über die Notfallbehandlung hinaus mit derjenigen der Vertragsärzte zu vergleichen, müsse man die gesamte Krankenhausvergütung in den Blick nehmen. Dass sich dabei eine deutliche Benachteiligung der Krankenhäuser ergebe, sei aber weder vorgetragen worden noch sonst ersichtlich. Im Übrigen sei die Trennung der Vergütungssysteme für stationäre und ambulante Behandlung dem Recht der Leistungserbringer wesensimmanent und rechtlich nicht zu beanstanden.

Der Kläger hat gegen das ihm am 31. August 2010 zugestellte Urteil am 27. September 2010 Berufung eingelegt. Er trägt vor, die Beklagte halte für die Notfallversorgung lediglich zwei Notfallpraxen und einen so genannten Fahrdienst vor. Die Notfallpraxen hätten nur begrenzte Öffnungszeiten und der Fahrdienst sei noch weniger effektiv, weil die dort tätigen Ärzte naturgemäß nicht auf alle Arten von Notfällen spezialisiert sein könnten. Dementsprechend sei die Beklagte nicht in der Lage, den ihr gemäß [§ 75 Sozialgesetzbuch Fünftes Buch – Gesetzliche Krankenversicherung \(SGB V\)](#) obliegenden Sicherstellungsauftrag zu erfüllen, was dazu geführt habe, dass etwa 50 Prozent der ambulanten Notfallbehandlungen in H. von den Krankenhäusern geleistet würden, wobei im Krankenhaus des Klägers im hier streitigen Quartal lediglich 14,1 Prozent zu einer stationären Aufnahme geführt hätten. Insofern beinhalte die unterschiedliche Bewertung der jeweils erbrachten Leistungen eine nicht zu rechtfertigende Ungleichbehandlung zwischen Krankenhäusern und Vertragsärzten und der Kläger mache zwangsläufig gravierende Verluste, weil die Beklagte ihren Sicherstellungsauftrag nicht erfülle. Es sei bereits erstinstanzlich angeregt worden, die dem EBM zugrunde liegende betriebswirtschaftliche Kalkulation beizuziehen, damit geprüft werden könne, ob diese die in Krankenhäusern anfallenden Vorhaltekosten hinreichend berücksichtige. Dabei sei zu beachten, dass den am Not(fall)dienst teilnehmenden Vertragsärzten keine Personal- oder Sachkosten entstünden, weil Notfallpraxen und Notdienstfahrzeuge durch die Beklagte zur Verfügung gestellt würden. Des Weiteren sei der Vertragsarzt wirtschaftlich selbständig und erhalte ein Honorar für erbrachte Leistungen. Werde er im Notfalldienst nicht in Anspruch genommen, erhalte er zwar keine Vergütung, habe aber auch keine Kosten. Demgegenüber müssten die Krankenhäuser für die Behandlung ambulanter Notfälle Personal vorhalten und hätten hierdurch zusätzliche Personalkosten, unabhängig davon, ob Notfallbehandlungen durchgeführt würden oder nicht. Die Krankenhäuser stünden sich also schlechter als ein Vertragsarzt, was durch eine höhere Vergütung ausgeglichen werden müsse.

Der Kläger beantragt,

das Urteil des Sozialgerichts Hamburg vom 25. August 2010 und den Bescheid der Beklagten vom 20. November 2008 in Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 17. September 2009 abzuändern und die Beklagte zu verurteilen, über die Honoraransprüche des Klägers für das Quartal II/2008 unter Beachtung der Rechtsauffassung des Gerichts erneut zu entscheiden.

Die Beklagte beantragt,

die Berufung zurückzuweisen.

Sie hält das angefochtene Urteil für zutreffend und trägt vor, es sei offenkundig, dass sie ihren Sicherstellungsauftrag erfülle. Sie verfüge mit dem Ärztlichen Notfalldienst H. über ein zentrales großstädtisches Notfalldienstsystem, das sowohl in qualitativer als auch in quantitativer Hinsicht die ärztliche Versorgung der Bevölkerung mit Notfallbehandlungen gewährleiste. Es möge dem Wunsch einiger Versicherter entsprechen, der Notfallbehandlung im Krankenhaus den Vorzug zu geben, daraus lasse sich aber nicht auf eine fehlende Sicherstellung der ärztlichen Notfallversorgung durch die Beklagte schließen. Im Übrigen sei diese Frage nicht entscheidungserheblich, da es sich dabei nicht um eine Voraussetzung handle, die den geltend gemachten Anspruch stützen könne. Vielmehr führe der klägerische Vortrag immer weiter ab von einem fundierten Vortrag zu der Frage, ob der von der Beklagten unstreitig korrekt angewendete EBM sie unrechtmäßig benachteilige.

Wegen der weiteren Einzelheiten des Sachverhalts wird auf den Inhalt der Prozessakte und die ausweislich der Sitzungsniederschrift vom 25. April 2013 zum Gegenstand der mündlichen Verhandlung gemachten Akten Bezug genommen.

Entscheidungsgründe:

Die statthafte, form- und fristgerecht eingelegte Berufung ist auch im Übrigen zulässig ([§§ 143, 151 Sozialgerichtsgesetz – SGG](#)). Sie ist jedoch nicht begründet, denn das Sozialgericht hat die Klage zu Recht abgewiesen.

Rechtsgrundlage für den geltend gemachten Anspruch des Klägers auf höheres Honorar für das Quartal II/2008 ist [§ 85 Abs. 4](#) und 4a SGB V in der im Jahr 2008 geltenden Fassung. Danach steht jedem Vertragsarzt ein Anspruch auf Teilhabe an den von den Krankenkassen entrichteten Gesamtvergütungen entsprechend der Art und dem Umfang der von ihm erbrachten abrechnungsfähigen Leistungen nach Maßgabe der Verteilungsregelungen im Honorarverteilungsmaßstab zu. Das Nähere zu Inhalt und Umfang der abrechnungsfähigen Leistungen ist im Einheitlichen Bewertungsmaßstab für ärztliche Leistungen bestimmt, an dessen Vorgaben die Kassenärztliche Vereinigung bei der Ausgestaltung ihrer Honorarverteilung gebunden ist. Sofern – wie hier – ein Krankenhaus ambulante Notfallleistungen erbringt ([§ 76 Abs. 1 S. 2 SGB V](#)), richten sich dessen Honoraransprüche nach den Grundsätzen, die für die Leistungen der Vertragsärzte und der zur Teilnahme an der vertragsärztlichen Versorgung ermächtigten Personen und Institute gelten (BSG, Urteil vom 17.09.2008 – [B 6 KA 46/07 R](#) – Juris, m.w.N.).

Die dem angefochtenen Honorarbescheid zugrunde liegende punktzahlmäßige Bewertung der vom Kläger erbrachten ambulanten Notfallleistungen ist in Anwendung des hier maßgeblichen EBM (Stand 2. Quartal 2008) korrekt erfolgt, was im Übrigen zwischen den Beteiligten auch nicht streitig ist. Die Beklagte hat insoweit die Nummern 01210 bis 01218 EBM zugrunde gelegt, die ausdrücklich für Vertragsärzte im organisierten Not(fall)dienst und für nicht an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Ärzte, Institute und Krankenhäuser gelten.

Diese Bestimmungen des EBM, bei denen es sich um untergesetzliche Rechtsnormen in der Form der Normsetzungsverträge handelt (BSG, Urteil vom 12.12.2012 – [B 6 KA 3/12 R](#) – Juris, m.w.N.), verstoßen auch nicht gegen höherrangiges Recht. Die auf der Grundlage von [§ 87 SGB V](#) von den Bewertungsausschüssen vereinbarten einheitlichen Bewertungsmaßstäbe sind wegen ihrer spezifischen Struktur und der Art ihres Zustandekommens nicht in vollem Umfang der gerichtlichen Überprüfung zugänglich. Sie können ihren Zweck nur erfüllen, wenn Eingriffe von außen grundsätzlich unterbleiben. Die gerichtliche Überprüfung ist daher im Wesentlichen darauf beschränkt, ob der Ausschuss den ihm zustehenden Entscheidungsspielraum überschritten oder seine Bewertungskompetenz missbräuchlich ausgenutzt hat. Insoweit kommt auch das Gleichbehandlungsgebot des [Art. 3 Abs. 1 Grundgesetz](#) als Prüfungsmaßstab in Betracht (BSG, Urteil vom 17.09.2008, [a.a.O.](#)).

Ein Verstoß gegen den Gleichbehandlungsgrundsatz, der vorschreibt, wesentlich Gleiches gleich und wesentlich Ungleiches entsprechend

unterschiedlich zu behandeln, liegt indes nicht vor. Danach wäre es unzulässig, wenn die gleiche Leistung von verschiedenen medizinischen Leistungserbringern erbracht, diese aber abhängig vom jeweiligen Behandlerstatus jeweils unterschiedlich bewertet würde. Dabei darf der Bewertungsausschuss als Normgeber pauschalieren, typisieren, generalisieren und schematisieren (BSG, Urteil vom 23.05.2007 – [B 6 KA 16/06 R](#) – Juris). Vergleichsgruppe können hier nur die Vertragsärzte sein, die Leistungen im Rahmen organisierten Not(fall)dienstes erbringen. Diese können aber ihre Leistungen ebenfalls nur nach den Gebührenordnungspositionen 01210 ff. abrechnen, sodass eine Ungleichbehandlung nicht gegeben ist. Soweit früher Krankenhäuser tatsächlich schlechter gestellt waren als Vertragsärzte im organisierten Not(fall)dienst, wurde diese Ungleichbehandlung durch die hier streitigen Gebührenordnungspositionen 01210 ff. des ab 1. Januar 2008 geltenden EBM als Reaktion auf die Rechtsprechung des Bundessozialgerichts (Urteil vom 17.09.2008, [a.a.O.](#)) gerade beseitigt.

Vergleichsgruppe können entgegen der Ansicht des Klägers dagegen nicht Vertragsärzte sein, die eine vergleichbare Behandlung im Rahmen ihrer regulären Sprechstunde erbringen, denn eine solche Behandlung ist etwas grundsätzlich anderes als eine Notfallbehandlung, die in der Regel nur auf die Erstversorgung nach einem Unfall oder einer plötzlich aufgetretenen Erkrankung abzielt. Der EBM hat in den Gebührenordnungspositionen 01210 ff. die Notfallpauschalen abschließend und einheitlich für alle Arztgruppen geregelt. Dies ist nicht zu beanstanden, denn der Bewertungsausschuss hat grundsätzlich eine weitgehende Gestaltungsfreiheit, ob und inwieweit er für verschiedene Fachgruppen unterschiedliche Regelungen trifft oder sie gleichbehandelt (BSG, Urteil vom 23.05.2007, [a.a.O.](#)). Die jeweiligen arztgruppenspezifischen Versicherten-, Grund- oder Konsiliarpauschalen können dementsprechend nach der Leistungsbeschreibung zur Gebührenordnungsposition 01210 auch von Vertragsärzten neben den Notfallpauschalen nur abgerechnet werden, wenn in demselben Behandlungsfall mindestens ein weiterer persönlicher Arzt-Patienten-Kontakt außerhalb des organisierten Not(fall)dienstes stattgefunden hat. Im Übrigen ist schon der Ansatz des Klägers fehlerhaft, wenn er meint, aufgrund einer derartigen Gleichstellung neben den chirurgischen Grundpauschalen (Nummern 07210 ff. EBM) auch die Pauschalen für eine unvorhergesehene Inanspruchnahme (Nummern 01100, 01101 EBM) erhalten zu können. Das von dem Kläger herangezogene Konstrukt einer "unvorhergesehenen Inanspruchnahme des Vertragsarztes im Rahmen seiner regulären Sprechstunde" kann es nämlich nicht geben, denn eine Behandlung innerhalb der regulären Sprechzeiten ist gerade nicht unvorhergesehen (vgl. Urteil des Senats vom 25. April 2013 – [L 1 KA 5/12](#)).

Soweit der Kläger vorträgt, dass die Krankenhäuser wegen der Nichterfüllung ihres Sicherstellungsauftrages durch die Beklagte unverhältnismäßig stark mit Notfallbehandlungen belastet seien, hierfür höhere Vorhaltekosten hätten als niedergelassene Ärzte und daher eine höhere Vergütung erhalten müssten als diese, fordert er tatsächlich auch keine Gleichbehandlung mit den Vertragsärzten, sondern vielmehr eine Ungleichbehandlung im Sinne einer Besserstellung der Krankenhäuser. Dies vermag jedoch nicht zu überzeugen.

Zunächst einmal kann nicht festgestellt werden, dass die Beklagte ihren Sicherstellungsauftrag im Rahmen der Notfallversorgung nicht erfüllt, denn sie unterhält zwei Notfallpraxen sowie einen zentralen Notfalldienst in Form eines Besuchsdienstes, wobei letzterer die Zeiten, in denen keine regulären Sprechstunden stattfinden, rund um die Uhr abdeckt. Dass es einige Patienten vorziehen, sich zur Notfallbehandlung ins Krankenhaus zu begeben, beruht auf deren Wahlfreiheit ([§ 76 Abs. 1 S. 2 SGB V](#)), bedeutet aber nicht, dass die Notfallversorgung durch die Beklagte nicht gewährleistet wäre. Auch ist weder vorgetragen worden noch sonst ersichtlich, dass die Krankenhäuser insgesamt durch ihre Beteiligung an den Notfallbehandlungen unzumutbar belastet wären. Aufgrund der Spezialisierung des Klägers auf Unfallbehandlungen ist es nachvollziehbar, dass dort ein relativ hoher Anteil an Patienten nach Unfällen Hilfe sucht anstatt die Notfallpraxen aufzusuchen oder den zentralen Notfalldienst in Anspruch zu nehmen. Der Bewertungsausschuss ist jedoch nicht gehalten, derartigen Sonderfällen Rechnung zu tragen, sondern darf bei der Bewertung von Leistungen nach abstrakten Merkmalen generalisieren und pauschalieren. Vor diesem Hintergrund ist es nicht zu beanstanden, dass er für Notfallbehandlungen eine allgemeine Pauschale bestimmt hat, die unabhängig von der Art und Schwere des konkreten Notfalls heranzuziehen ist und die für alle Leistungserbringer im Rahmen der Notfallversorgung gilt.

Entgegen der Auffassung des Klägers ist bei der Prüfung der Vereinbarkeit der streitigen Gebührenordnungspositionen 01210 ff. EBM mit höherrangigem Recht auch nicht zu hinterfragen, ob mit ihnen der Kostenaufwand für die Notfallbehandlungen insgesamt oder im jeweiligen Einzelfall hundertprozentig abgegolten wird. Dem Bewertungsausschuss als Normgeber steht bei der Ausgestaltung der Regelungen ein weiter Gestaltungsspielraum zu. Eine Überschreitung des ihm zustehenden Entscheidungsspielraums liegt daher nicht schon immer dann vor, wenn sich bei nachträglicher Überprüfung einer Gebührenregelung deren Unzulänglichkeit im Einzelfall erweist, sondern nur dann, wenn der Ausschuss seine Bewertungskompetenz zweifelsfrei missbräuchlich, d.h. nicht durch sachgerechte Erwägungen gedeckt, sondern von sachfremden Erwägungen getragen, ausgeübt hat (BSG, Urteil vom 16.05.2001 – [B 6 KA 20/00 R](#) – Juris). Hierfür gibt es jedoch keine Anhaltspunkte. Vielmehr führt der Umstand, dass die Regelungen des EBM für eine Vielzahl von Einzelfällen anwendbar sein sollen und damit notwendigerweise Pauschalierungen enthalten, zwingend dazu, dass sie nicht in jedem konkreten Fall genau kostendeckend sein können. Dem Zuschnitt der vertragsärztlichen Vergütung liegt insgesamt eine Mischkalkulation zugrunde, was bedeutet, dass es durchaus Leistungen geben kann, bei denen selbst für eine kostengünstig organisierte Praxis kein Gewinn zu erzielen ist. Entscheidend ist nur, dass der Vertragsarzt insgesamt Anspruch auf eine leistungsgerechte Teilhabe an der Gesamtvergütung hat, der in aller Regel dazu führt, dass das aus der vertragsärztlichen Tätigkeit erzielbare Einkommen Ärzten hinreichenden Anlass zur Mitwirkung an der vertragsärztlichen Versorgung bietet (BSG, Urteil vom 16.05.2001, [a.a.O.](#)). Dementsprechend muss auch bei Krankenhäusern, die nur ausnahmsweise – nämlich in Notfällen – an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmen, die Gesamtheit der erzielten Entgelte und Vergütungen in den Blick genommen werden und es kann nicht gesondert auf den Teil der ambulanten Notfallbehandlungen abgestellt werden, zumal es schon rein tatsächlich schwierig sein dürfte, exakt abzugrenzen, welche Vorhaltekosten des Krankenhauses auf den stationären Bereich entfallen und welche allein im Hinblick auf die ambulanten Notfalleleistungen anfallen. Ebenso wenig ist daher maßgebend, ob ein Vertragsarzt allein für seine Tätigkeit im Rahmen des organisierten Not(fall)dienstes geringere Aufwendungen hat als ein Krankenhaus oder ob er allein mit den Gebühren für die Notfallversorgung einen der normalen vertragsärztlichen Vergütung vergleichbaren Erlös erzielen könnte, denn das muss er genau so wenig wie der Kläger.

Eine Beiladung des Bewertungsausschusses nach [§ 75 Abs. 2 SGG](#) war nicht erforderlich (BSG, Urteil vom 12.12.2012 – [B 6 KA 3/12 R](#) – Juris).

Die Kostenentscheidung beruht auf [§ 197a SGG](#) i.V.m. [§ 154 Abs. 2 VwGO](#).

Der Senat hat die Revision wegen grundsätzlicher Bedeutung der Rechtssache zugelassen ([§ 160 Abs. 2 Nr. 1 SGG](#)).
Rechtskraft

Aus
Login
HAM
Saved
2013-06-25