S 1 KA 33/09

Land
Sachsen-Anhalt
Sozialgericht
SG Magdeburg (SAN)
Sachgebiet
Vertragsarztangelegenheiten
Abteilung
1
1. Instanz
SG Magdeburg (SAN)
Aktenzeichen
S 1 KA 33/09
Datum
02.11.2011
2. Instanz
LSG Sachsen-Anhalt
Aktenzeichen
-
Datum
-
3. Instanz
Bundessozialgericht
Aktenzeichen
-
Datum
-
Kategorie
Urteil
Die Klage wird abgewiesen. Die Klägerin trägt die Kosten des Rechtsstreits. Die Sprungrevision wird zugelassen.

Tatbestand:

Die Beteiligten streiten über die Höhe der Vergütung der ambulanten Notfallbehandlungen im Krankenhaus der Klägerin.

Die Klägerin ist Trägerin eines im Bezirk der beklagten Kassenärztlichen Vereinigung gelegenen und zur Versorgung von Versicherten der gesetzlichen Krankenversicherung zugelassenen Krankenhauses. Sie wendet sich gegen die sachlich-rechnerische Richtigstellung des von der Beklagten gezahlten Honorars für die im 1. Quartal 2008 ambulant erbrachten Notfallbehandlungen in einer – von der Klägerin angegebenen – Höhe von rund ...EUR.

Die nach den Gebührenordnungspositionen (GOP) 01211, 01215, 01217 und 01219 des EBM 2008 neben der entsprechenden Grundpauschale pro Behandlungsfall in der ambulanten Notfallversorgung gezahlte Zusatzpauschale setzt als obligaten Leistungsinhalt die "Vorhaltung der ständigen ärztlichen Besuchsbereitschaft für die aufsuchende Tätigkeit im Not(-fall)dienst" voraus. Nach Kapitel II Abschnitt 1.2 Ziff. 3 der Präambel zu den Leistungen nach GOP 01210 ff. EBM 2008 sind die Zusatzpauschalen für die Vorhaltung der Besuchsbereitschaft nur berechnungsfähig, wenn die zuständige Kassenärztliche Vereinigung die jeweilige Besuchsbereitschaft für Notfallbehandlungen durch nicht an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmende Ärzte, Institute und Krankenhäuser bzw. im Rahmen des organisierten Not(-fall)dienstes festgestellt hat. Vor diesem Hintergrund beantragte die Klägerin bei der Beklagten mit Schreiben vom 22. Januar 2008, die Besuchsbereitschaft ihres Krankenhauses für Notfallbehandlungen festzustellen.

Die Beklagte beschied diesen Antrag nicht. Auf die Anforderung des Honorars für die im 1. Quartal 2008 vom Krankenhaus der Klägerin ambulant erbrachten Leistungen setzte die Beklagte indes mit entsprechendem Honorarbescheid ein Honorar in Höhe von ... EUR fest. Zugleich berichtigte sie unter anderem die Honoraranforderung, indem sie das für Leistungen nach den GOP 01211, 01215, 01217 und 01219 des EBM 2008 angeforderte Honorar in 1.808 Fällen ersatzlos unberücksichtigt ließ:

EBM-GOP

Primärkassen

Ersatzkassen

Sonstige Kostenträger

01211

(280 Punkte)

1169

488

19

1676

01215

(55 Punkte)

86

38

1

125

01217

(225 Punkte)

4

1

0

5

01219

(280 Punkte)

1

1

0

2

1260

528

20

1808

Mit dem dagegen am 11. August 2008 bei der Beklagten eingelegten Widerspruch wandte sich die Klägerin gegen die Streichung des angeforderten Honorars für die Leistungen nach den GOP 01211, 01215, 01217 und 01219 des EBM 2008. Der Antrag vom 22. Januar 2008 sei nicht beschieden worden, jedoch vermittle bereits die Institutsermächtigung ihres Krankenhauses einen Anspruch auf Abrechnung der genannten Ziffern, denn dadurch nehme das Krankenhaus an der vertragsärztlichen Versorgung teil.

Mit Widerspruchsbescheid vom 4. März 2009 wies die Beklagte den Widerspruch zurück und führte zur Begründung aus: Die Klägerin erfülle die für die Abrechnung der Zusatzpauschalen erforderliche Leistung nicht, weil sie keine ärztliche Besuchsbereitschaft für die aufsuchende Tätigkeit im Not(-fall)dienst vorhalte. Die Notfallambulanz der Klägerin werde von akut erkrankten Patienten lediglich in den Fällen in Anspruch genommen, in denen die vertragsärztliche Versorgung nicht vollumfänglich gewährleistet sei. Die ambulante Behandlung erfolge durch Krankenhausärzte, die zugleich auch die stationäre ärztliche Versorgung sicherstellten. Diese Krankenhausärzte seien bislang für Hausbesuche im Rahmen der ambulanten Notfallversorgung nicht angefordert worden. Dies sei auch nicht üblich, weil für die Hausbesuche, die außerhalb der Sprechstundenzeiten der niedergelassenen Vertragsärzte notwendig würden, in aller Regel der vertragsärztliche Notfalldienst und bei lebensbedrohlichen Situationen der Rettungsdienst in Anspruch genommen werde. Die Notfallambulanz des Krankenhauses sei für die Durchführung von Hausbesuchen nicht zuständig, daher könne die Vorhaltung der ständigen Besuchsbereitschaft für die Einrichtung der Klägerin nicht festgestellt werden.

Am 2. April 2009 hat die Klägerin beim Sozialgericht Magdeburg Klage erhoben. Sie trägt vor, sie könne eine Besuchbereitschaft in Notfällen gewährleisten und halte hierfür sowohl die entsprechende Ausrüstung als auch die erforderlichen Kapazitäten vor, so dass die Beklagte die Besuchsbereitschaft ihres Krankenhauses als Voraussetzung für die Abrechnung der Zusatzpauschalen festzustellen habe. Für die Abrechnung komme es weder darauf an, wer die Leistungen nach der Grundpauschale erbracht habe, noch ob Hausbesuche durch Krankenhausärzte üblich seien. Für den Ansatz der Zusatzpauschale genüge die Bereitschaft zur Durchführung von Hausbesuchen, dass sie tatsächlich stattgefunden haben, setze die Leistungslegende nicht voraus. Die Beklagte verstoße vielmehr gegen den verfassungsrechtlichen Grundsatz der Gleichbehandlung, wenn sie ihr die Abrechnung der Gebührenziffern verwehre, denn es bestehe kein

rechtfertigender Unterschied in der ambulanten Notfallversorgung durch einen Vertragsarzt und der Notfallambulanz in einem Krankenhaus. Dies belege auch die Handhabung der Beklagten in den von ihr organisierten ambulanten Notfallambulanzen. Dort sei ein Arzt im "Sitzdienst" nur für die ambulante Behandlung der Notfallpatienten vor Ort zuständig, wohingegen ein zweiter Arzt ausschließlich Hausbesuche (Fahrdienst) durchführe. Das Bundessozialgericht habe es bereits in seinen Entscheidungen vom 17. September 2008 (B 6 KA 46/07 und 47/07 R) als unzulässig angesehen, bei der Vergütung der im Notfalldienst erbrachten Ordinationsleistungen zwischen Vertragsärzten und Krankenhäusern zu differenzieren. Es sei kein sachlicher Grund ersichtlich, weshalb für die Zusatzpauschalen etwas anderes gelten solle. Schließlich sei die Notfallambulanz ihres Krankenhauses über eine Institutsermächtigung in die vertragsärztliche Versorgung eingebunden. Auch wenn die Anzahl der Patienten, die die Notfallaufnahme bzw. die Notfallambulanz im Krankenhaus in Anspruch nähmen, deutlich angestiegen sei, stellten organisatorische Maßnahmen sicher, dass bei Bedarf ein Arzt für einen auswärtigen Patientenbesuch zur Verfügung stehe. Sie – die Klägerin – sei nicht verpflichtet, diese Bereitschaft umfangreich nachzuweisen, denn dies werde von den niedergelassenen Vertragsärzten auch nicht verlangt. Mit Schriftsatz vom 13. Oktober 2011 trägt die Klägerin ergänzend vor, sie sei dadurch benachteiligt, dass sie zwar eine Notfallambulanz für ambulant zu behandelnde Patienten betreiben dürfe, es ihr aber wegen des Notfallbegriffs aus § 76 SGB V verwehrt sei, eine Besuchsambulanz für Notfälle zu unterhalten. Für das Aufsuchen des Patienten im häuslichen Bereich sei der Rettungsdienst oder der ambulante Notfalldienst der niedergelassenen Ärzte zuständig. Hierdurch werde sie aber von der Vergütung für die Besuchsbereitschaft ausgeschlossen. In Anlehnung an die Rechtsprechung des Bundessozialgerichts sei dies unzulässig, weil es nicht erlaubt sei, finanzielle Anreize für die Teilnahme am Notfalldienst anzubieten, insbesondere wenn diese faktisch nur für die niedergelassenen Ärzte in Betracht kämen. Die Zusatzpauschale für die Besuchsbereitschaft sei ein solch unzulässiger Anreiz, der nur niedergelassene Ärzte erreiche.

Die Klägerin beantragt,

den Honorarbescheid für das 1. Quartal 2008 in der Fassung des Widerspruchsbescheides vom 4. März 2009 abzuändern und die Beklagte zu verpflichten, ein höheres Honorar für das 1. Quartal 2008 unter Berücksichtigung der für die Leistungen nach den Gebührenordnungspositionen 01211, 01215, 01217 und 01219 des EBM 2008 angeforderte Vergütung neu zu festzusetzen.

Die Beklagte beantragt,

die Klage abzuweisen.

Sie trägt vor, die unterschiedliche Abrechnung der GOP für die Zusatzpauschalen im Notfalldienst bei der Honorierung der Klägerin einerseits und bei den niedergelassenen Ärzten andererseits sei sachlich gerechtfertigt. Sie sei nicht verpflichtet gewesen, die Besuchsbereitschaft des Krankenhauses der Klägerin festzustellen, selbst wenn diese sich zu einer solchen Leistung bereit erklärt habe. Die der vertragsärztlichen Versorgung unterworfenen Patienten dürften nur in Notfällen ausnahmsweise auch die Ärzte für eine ambulante Behandlung in Anspruch nehmen, die nicht an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmen. Um einen solchen Fall handele es sich bei der Behandlung in der Notfallambulanz eines Krankenhauses. Ansonsten müssten sich die Patienten an den organisierten ambulanten Notfalldienst wenden, zu dem die Klägerin nicht gehöre. Überdies habe die Klägerin nicht geschildert, wie sie die angebliche Besuchsbereitschaft mit abkömmlichen Ärzten, Fahrzeugen usw. geregelt hat und ob es hierzu eine Dienstanweisung gibt.

Wegen der weiteren Einzelheiten des Sachverhaltes und des Sachvortrages der Beteiligten wird ergänzend auf den Inhalt der Gerichtsakten und der Verwaltungsakten der Beklagten verwiesen, die Gegenstand der mündlichen Verhandlung waren.

Entscheidungsgründe:

Die Kammer entscheidet gemäß § 12 Abs. 3 Satz 2 Sozialgerichtsgesetz (SGG) in der für die Angelegenheiten der Vertragsärzte vorgesehenen Besetzung mit zwei ehrenamtlichen Richtern aus dem Kreis der Vertragsärzte und -psychotherapeuten.

Die zulässige Anfechtungs- und Verpflichtungsklage (§ 54 Abs. 1 Satz 1 1. Alt. SGG) ist nicht begründet. Die Entscheidung der Beklagten, das Honorar der Klägerin für das 1. Quartal 2008 sachlich-rechnerisch zu berichtigen und ohne Berücksichtigung der Leistungen nach den Zusatzpauschalen der GOP 01211, 01215, 01217 und 01219 des EBM 2008 festzusetzen, ist rechtmäßig und beschwert die Klägerin nicht in ihren Rechten.

Gemäß § 106a Abs. 1 und 2 SGB V in Verbindung mit § 45 Bundesmantelvertrag Ärzte (BMV-Ä)/§ 34 Abs. 4 Bundesmantelvertrag Ärzte/Ersatzkassen (EKV-Ä) stellt die Kassenärztliche Vereinigung die sachliche und rechnerische Richtigkeit der Honorarabrechnungen der Vertragsärzte fest. Sie ist berechtigt, die angeforderte Vergütung zu korrigieren (Bundessozialgericht (BSG), Urteile vom 17.9.2008 – B 6 KA 51/07 R, und vom 5.11.2008 – B 6 KA 1/08 R, SozR 4-2500 § 106a Nr 4 und www.bsg.bund.de). Die im Streit stehende sachlich-rechnerische Berichtigung, die die Klägerin dem Grunde, nicht aber der Höhe nach angefochten hat, ist nicht zu beanstanden. Die Voraussetzungen für die Abrechnung der Zusatzpauschalen lagen nicht vor.

Die Leistungslegenden der Grundpauschalen und den Zusatzpauschalen in der ambulanten Notfallversorgung werden wie folgt beschrieben:

GOP 01210

Notfallpauschale im organisierten Not(-fall)dienst und Notfallpauschale für nicht an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Ärzte, Institute und Krankenhäuser

Obligater Leistungsinhalt

Persönlicher Arzt-Patienten-Kontakt im organisierten Not(-fall)dienst und für nicht an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmende Ärzte, Institute und Krankenhäuser

Fakultativer Leistungsinhalt

- In Anhang 1, Spalte GP, aufgeführte Leistungen,

einmal im Behandlungsfall 405 Punkte

GOP 01211

Zusatzpauschale zu der Gebührenordnungsposition 01210 für die Besuchsbereitschaft im Notfall bzw. im organisierten Not(-fall)dienst

Obligater Leistungsinhalt

- Vorhaltung der ständigen ärztlichen Besuchsbereitschaft für die aufsuchende Tätigkeit im Not(-fall)dienst

einmal im Behandlungsfall 255 Punkte

GOP 01214

Notfallkonsultationspauschale I im organisierten Not(-fall)dienst und für nicht an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmende Ärzte, Institute und Krankenhäuser

Obligater Leistungsinhalt

- Weiterer persönlicher oder anderer Arzt-Patienten-Kontakt gemäß 4.3.1 der Allgemeinen Bestimmungen im organisierten Not(-fall)dienst oder für nicht an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmende Ärzte, Institute und Krankenhäuser bei Inanspruchnahme außerhalb der in den Gebührenordnungspositionen 01216 und 01218 angegebenen Zeiten,

je Arzt-Patienten-Kontakt 100 Punkte

GOP 01215

Zusatzpauschale zu der Gebührenordnungsposition 01214 für die Besuchsbereitschaft im Notfall bzw. im organisierten Not(-fall)dienst

Obligater Leistungsinhalt

- Vorhaltung der ständigen ärztlichen Besuchsbereitschaft für die aufsuchende Tätigkeit im Not(-fall)dienst,

je Arzt-Patienten-Kontakt 50 Punkte

GOP 01216

Notfallkonsultationspauschale II im organisierten Not(-fall)dienst und für nicht an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmende Ärzte, Institute und Krankenhäuser bei Inanspruchnahme

zwischen 19:00 und 22:00 Uhr

an Samstagen, Sonntagen und gesetzlichen Feiertagen, am 24.12. und 31.12. zwischen 07:00 und 19:00 Uhr

Obligater Leistungsinhalt

- Weiterer persönlicher oder anderer Arzt-Patienten-Kontakt gemäß 4.3.1 der Allgemeinen Bestimmungen im organisierten Not(-fall)dienst oder für nicht an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmende Ärzte, Institute und Krankenhäuser,

je Arzt-Patienten-Kontakt 330 Punkte

GOP 01217

Zusatzpauschale zu der Gebührenordnungsposition 01216 für die Besuchsbereitschaft im Notfall bzw. im organisierten Not(-fall)dienst

Obligater Leistungsinhalt

- Vorhaltung der ständigen ärztlichen Besuchsbereitschaft für die aufsuchende Tätigkeit im Not(-fall)dienst,

je Arzt-Patienten-Kontakt 205 Punkte

GOP 01218

Notfallkonsultationspauschale III im organisierten Not(-fall)dienst und für nicht an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmende Ärzte, Institute und Krankenhäuser bei Inanspruchnahme

zwischen 22:00 und 7:00 Uhr

an Samstagen, Sonntagen und gesetzlichen Feiertagen, am 24.12. und 31.12. zwischen 19:00 und 7:00 Uhr

Obligater Leistungsinhalt

- Weiterer persönlicher oder anderer Arzt-Patienten-Kontakt gemäß 4.3.1 der Allgemeinen Bestimmungen im organisierten Not(fall)dienst oder für nicht an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmende Ärzte, Institute und Krankenhäuser,

je Arzt-Patienten-Kontakt 405 Punkte

GOP 01219

Zusatzpauschale zu der Gebührenordnungsposition 01218 für die Besuchsbereitschaft im Notfall bzw. im organisierten Not(-fall)dienst

Obligater Leistungsinhalt

- Vorhaltung der ständigen ärztlichen Besuchsbereitschaft für die aufsuchende Tätigkeit im Not(-fall)dienst,

je Arzt-Patienten-Kontakt 255 Punkte.

Die Vergütung nach den Zusatzpauschalen setzt nicht nur die Erbringung der darin beschriebenen Leistungen voraus, sondern auch das Vorliegen der Umstände und der Feststellung nach Kapitel II Abschnitt 1.2 Nr. 3 und 4 der Präambel zu den Leistungen nach GOP 01210 ff. EBM 2008. Nach Ziff. 4 der Präambel dürfen nicht an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmende Ärzte, Institute und Krankenhäuser die GOP 01210 bis 01219 nur berechnen, wenn die Erkrankung des Patienten auf Grund ihrer Beschaffenheit einer sofortigen Maßnahme bedarf und die Versorgung durch einen Vertragsarzt entsprechend § 76 SGB V nicht möglich und/oder auf Grund der Umstände nicht vertretbar ist. Nach Ziff. 3 der Präambel dürfen diese Leistungserbringer die Zusatzpauschalen nach den GOP 01211, 01215, 01217 und 01219 für die Vorhaltung der Besuchsbereitschaft nur abrechnen, wenn die zuständige Kassenärztliche Vereinigung ihre Besuchsbereitschaft für Notfallbehandlungen bzw. im Rahmen des organisierten Not(-fall)dienstes festgestellt hat.

Die Leistung nach den Zusatzpauschalen wird demnach dadurch erbracht, dass der Arzt im Rahmen des Notfalldienstes eine ständige Bereitschaft für Hausbesuche zur ambulanten Behandlung von Patienten vorgehalten hat. In Abgrenzung zu den sonstigen Leistungen in der ambulanten Notfallversorgung, wie der ambulanten Notfallbehandlung nach den GOP 01210, 01214, 01216 und 01218 und dem Krankenbesuch nach dem GOP 01411, beinhaltet die mit der Zusatzpauschale vergütete Leistung isoliert die während des ambulanten Notfalldienstes erwartete ständige Verfügbarkeit und Bereitschaft des Arztes, einen Patienten aufzusuchen und im häuslichen Umfeld zu behandeln. Diese seit der Einführung des EBM 2008 bestehende Aufspaltung der unterschiedlichen Leistungen in der Notfallversorgung ist nicht sachwidrig, sondern dient der Vergütungsgerechtigkeit, die insbesondere bei pauschalierenden Honorarregelungen zu beachten ist.

Das Bundessozialgericht hat in seinem bereits von der Klägerin zitierten Urteil vom 17. September 2008 (B 6 KA 46/07 R Rn. 18; vgl. auch Urteil vom 6. September 2006 – B 6 KA 31/05, www.bsg.bund.de) ausgeführt, dass ambulante Notfallleistungen, die zulässigerweise gemäß §§ 75 Abs. 1 Satz 2 und 76 Abs. 1 Satz 2 SGB V von Nichtvertragsärzten und Krankenhäusern bei gesetzlich krankenversicherten Patienten erbracht werden, der vertragsärztlichen Versorgung zuzuordnen sind. Dies entspricht der Vorschrift in § 2 Abs. 2 Nr. 4 BMV-Ä, wonach zur ärztlichen Behandlung im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung auch ambulant ausgeführte ärztliche Leistungen gehören, die in Notfällen durch Nichtvertragsärzte erbracht werden. Diese punktuelle Zuordnung knüpft an die tatsächliche Ausführung der in diesem Rahmen erbrachten Leistungen an und trägt dem Umstand Rechnung, dass gesetzlich krankenversicherte Patienten gemäß § 76 Abs. 1 Satz 2 SGB V andere Ärzte als Vertragsärzte nur in Notfällen in Anspruch nehmen dürfen. Vorrangig sollen sie sich an den von den Kassenärztlichen Vereinigungen nach § 75 Abs. 1 Satz 2 SGB V organisierten ambulanten Notfalldienst wenden. Daneben tragen Nichtvertragsärzte und die Notfallambulanzen der Krankenhäuser, soweit sie nicht am ambulanten Notfalldienst beteiligt sind, zur ambulanten Notfallversorgung in den sprechstundenfreien Zeiten bei, wenn die Patienten sie in Notfällen aufsuchen. Die punktuelle Leistungserbringung im Notfall führt nicht dazu, dass die Nichtvertragsärzte auch im Übrigen als Leistungserbringer innerhalb der vertragsärztlichen Versorgung zu betrachten sind. Dies gilt auch für Krankenhäuser, die in der sprechstundenfreien Zeit bei Notfällen ambulante Leistungen für gesetzlich krankenversicherten Patienten erbringen. Die Vergütung für Notfallleistungen, die in diesem Rahmen von Nichtvertragsärzten und Krankenhäusern erbracht werden dürfen, hat sich nach den Grundsätzen zu richten, die für die Vergütung der an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Ärzte und Institutionen gelten (BSG, a. a. O., m. w. N.). Das Bundessozialgericht hat weiter ausgeführt, der Vergütungsanspruch der Krankenhäuser und Nichtvertragsärzte für ambulante Notfallbehandlungen dürfe gegenüber dem Vergütungsniveau der Vertragsärzte nur dann reduziert oder im Umfang eingeschränkt werden, wenn dies durch sachliche Gründe gerechtfertigt sei. Auch eine mittelbare Schlechterstellung von Notfallleistungen im Krankenhaus gegenüber vergleichbaren Leistungen von Vertragsärzten sei mit Ausnahme der an § 120 Abs. 3 Satz 2 SGB V angelehnte Minderung des Honorars um 10% nicht zulässig. Diese Rechtsprechung verdeutlicht, dass es unzulässig ist, dieselbe Leistung abhängig von dem Status des Leistungserbringers unterschiedlich hoch zu vergüten. Der Bewertungsausschuss ist aber nach Ansicht der Kammer nicht daran gehindert, Leistungen im ambulanten Notfalldienst neu zu ordnen und danach aufzuschlüsseln, wer sie erbringt. Denn eine Vergütung ist nur gerechtfertigt, wenn die entsprechende Leistung erbracht wurde. Die Neugestaltung des EBM 2008 durch Herauslösen der Besuchsbereitschaft verstößt weder unmittelbar noch mittelbar gegen das Gleichbehandlungsgebot aus Art. 3 Abs. 1 Grundgesetz. Dies gilt in dem Zusammenhang auch für die Vorschrift, die Berechnungsfähigkeit der Zusatzpauschalen durch Krankenhäuser und Nichtvertragsärzte von der Feststellung der Besuchsbereitschaft durch die Kassenärztliche Vereinigung abhängig zu machen.

Der Gleichbehandlungsgrundsatz schreibt unter stetiger Orientierung am Gerechtigkeitsgedanken vor, wesentlich Gleiches gleich und wesentlich Ungleiches entsprechend unterschiedlich zu behandeln, wobei dem Normgeber nicht jede Differenzierung verwehrt ist. Das Grundrecht verletzt er nur, wenn er 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 (zitiert nach BSG, Urteil vom 17.9.2008 – B 6 KA 46/07 R, a. a. O. Rn 16, m. w. N. auch zur Rechtsprechung des Bundesverfassungsgerichts).

Die Leistungsbeschreibung zu den Zusatzpauschalen ist neutral gehalten und trifft unmittelbar keine Unterscheidung zwischen Vertragsärzten und Nichtvertragsärzten bzw. Krankenhäusern. Sie stellt allein darauf ab, ob der Arzt oder die Einrichtung sich während der

Tätigkeit im Notfalldienst ständig für einen (Haus-) Besuch bei einem Patienten bereit gehalten hat. Grundsätzlich ist deshalb die Abrechnung dieser Leistung auch Nichtvertragsärzten und Krankenhäusern nicht verwehrt. Allerdings setzt dies voraus, dass diese Leistungserbringer am Notfalldienst beteiligt sind, weil nur in diesem Rahmen die ständige ärztliche Bereitschaft für das Aufsuchen der Patienten zur ambulanten Behandlung im häuslichen Umfeld notwendig ist. Die Möglichkeit, die Zusatzpauschalen abzurechnen, knüpft daher vorrangig an die Teilnahme am Notfalldienst an. In dem Umstand, dass Krankenhäusern die Abrechnung der Zusatzpauschalen verwehrt ist, weil sie nicht am organisierten Notfalldienst teilnehmen können oder dürfen, ist keine verfassungswidrige Ungleichbehandlung gleicher Normadressaten zu sehen, weil die Differenzierung durch sachliche Gründe gerechtfertigt ist.

Die beklagte Kassenärztliche Vereinigung hat gemäß § 75 Abs. 1 Satz 2 SGB V in Sachsen-Anhalt die vertragsärztliche Versorgung zu den sprechstundenfreien Zeiten sicherzustellen. Die notärztliche Versorgung durch den Rettungsdienst ist hiervon nicht erfasst (§ 75 Abs. 1 Satz 2 a. E. SGB V). Die ambulante ärztliche Behandlung ist gemäß § 73 Abs. 2 Satz 1 Nr. 1 SGB V Bestandteil der vertragsärztlichen Versorgung, so dass die Sicherstellung auch die ambulante Notfallbehandlung für gesetzlich Krankenversicherte umfasst. Die Beklagte kommt dieser Sicherstellungsverpflichtung nach, indem sie zusammen mit der Ärztekammer Sachsen-Anhalt gemäß § 2 Abs. 1 ihrer Gemeinsamen Notfalldienstordnung (GNO) in der Fassung vom 10.12.2003 alle niedergelassenen Ärzte sowie die bei diesen angestellten Ärzte, die Ärzte in Einrichtungen nach § 311 Abs. 2 SGB V und - trotz fehlender Approbation – nach deutschen Rechtsvorschriften ermächtigte Ärzte verpflichtet, am organisierten ambulanten Notfall-dienst teilzunehmen. Der ambulante Notfalldienst schließt die den Patienten aufsuchende Tätigkeit ein (s. § 3 Abs. 2 GNO, § 17 Abs. 6 Satz 2 BMV-Ä). Die Verpflichtung der niedergelassenen Vertragsärzte knüpft an ihren Zulassungsstatus und die Mitgliedschaft in der Kassenärztlichen Vereinigung an (vgl. Hess, in KassKomm, SGB V § 75 Rn 23, 27 m. w. N.) und ergibt sich im Übrigen sowie auch für die anderen niedergelassenen Nichtvertragsärzte aus § 19 Abs. 2 Nr. 2 Gesetz über die Kammern für Heilberufe Sachsen-Anhalt vom 13.7.1994 (GVBl. LSA 1994, S. 832), wonach die Teilnahme am Notfalldienst zur Berufspflicht eines in eigener Praxis zur ambulanten Versorgung tätigen Arztes gehört. Eine nach § 115 Abs. 2 Satz 1 Nr. 3 SGB V zulässige vertragliche Einbeziehung von Krankenhäusern in den organisierten ambulanten Notdienst (vgl. Hess, a. a. O., § 115 Rn 7) war im streitigen Zeitraum in Sachsen-Anhalt nicht vorgesehen, so dass die Notfallambulanz des Krankenhauses der Klägerin nicht zum Kreis der Leistungserbringer im organisierten ambulanten Notfalldienst gehörte. Weder aus der Ermächtigung eines Krankenhausarztes nach § 116 SGB V, der nicht einmal am ambulanten Notfalldienst beteiligt ist, noch aus der punktuellen Zuordnung der ambulanten Notfallbehandlung im Krankenhaus zur vertragsärztlichen Versorgung lässt sich eine unmittelbare oder mittelbare Verpflichtung oder Berechtigung eines Krankenhauses zur Beteiligung am ambulanten Notfalldienst ableiten. Ungeachtet des von der Klägerin vorgetragenen Angebotes, einen Bereitschaftsdienst für die Durchführung von Hausbesuchen vorzuhalten, lässt sich die Einbeziehung eines Krankenhauses in den organisierten ambulanten Notfalldienst und die Eröffnung der Abrechnung der Zusatzpauschalen daher nur durch eine einvernehmliche Regelung erreichen; ein Anspruch auf Teilnahme, wie er den niedergelassenen (Vertrags-) Ärzten eingeräumt wird (vgl. BSG, Urteil vom 28.9.2005 – B 6 KA 73/04 R, SozR 4-2500 § 75 Nr. 3), besteht nicht. Es obliegt allein der Kassenärztlichen Vereinigung, einzuschätzen und zu entscheiden, ob eine Einbeziehung weiterer Leistungserbringer wie z. B. einer Notfallambulanz/Notaufnahme eines Krankenhauses in den organisierten ambulanten Notfalldienst notwendig ist, um die ambulante vertragsärztliche Notfallversorgung sicherzustellen. (s. a. BSG Urteil vom 8.4.1992 – 6 RKa 24/90, BSGE 70, 240 ff.).

Durch die dargestellte Systematik entstehen innerhalb der Gruppe der Ärzte und Einrichtungen, die gesetzlich krankenversicherte Patienten im Notfall ambulant behandeln dürfen, zwei Gruppen, nämlich erstens die Gruppe derjenigen Ärzte, die am organisierten ambulanten Notfalldienst teilnehmen müssen oder dürfen und sich dabei für Hausbesuche bereithalten müssen, dafür aber auch die Zusatzpauschalen ansetzen können und zweitens die Gruppe der Ärzte und Einrichtungen, die zwar im Rahmen der ambulanten Notfallversorgung bei dem Patient, der sie aufsucht, die Behandlung durchführen und abrechnen dürfen, die aber nicht am organisierten ambulanten Notfalldienst teilnehmen und daher auch keine Hausbesuche durchführen müssen. Auch wenn beide Gruppen der Umstand eint, sich bei ihnen im Notfall vorstellende gesetzlich krankenversicherte Patienten behandeln zu dürfen und dafür auch das gleiche Honorar zu erhalten, unterscheidet sie doch ganz wesentlich, dass die zur zweiten Gruppe gehörenden Krankenhäuser (mit Ausnahme der einvernehmlich einbezogenen Einrichtungen) nur in einen Teil der Notfallversorgung eingebunden sind, weil sie ausschließlich nur von den Patienten in Anspruch genommen werden, die im Notfall selbständig zur Ambulanz kommen. Im Gegensatz dazu müssen die zum Notfalldienst verpflichteten Ärzte sich zusätzlich für Krankenbesuche zur ambulanten Behandlung bereithalten und sie auch durchführen. Diese zusätzliche Verpflichtung der Notdienstärzte rechtfertigt die isoliert auf den Notfalldienst bezogene Leistungsbeschreibung der streitbefangenen Zusatzpauschalen. Diese Vergütung sollen nur diejenigen erhalten, die auch die entsprechende Leistung erbringen, sich also für den Hausbesuch bereit halten. Eine verfassungsrechtlich relevante Benachteiligung der Klägerin kann nicht darin liegen, dass ihr die Vergütung für eine Leistung verwehrt wird, die sie nicht erbringen darf. Die auf der Ansicht der Klägerin beruhende gegenteilige Kontrollüberlegung würde dagegen selbst einen Verstoß gegen den Gleichbehandlungsgrundsatz bedeuten. Dürften – wie dies die Klägerin verlangt – auch die Krankenhäuser wie die Notfalldienst habenden Vertragsärzte die Zusatzpauschalen abrechnen, obwohl sie diese Leistungen – wie die Klägerin einräumt – in der Regel nie erbringen, dann würden wesentlich unterschiedliche Sachverhalte im Ergebnis gleich behandelt, ohne dass es hierfür einen sachlich rechtfertigenden Grund gäbe. Der Kammer leuchtet es ein, dass der Verpflichtung, sich zur Durchführung von Hausbesuchen ständig bereit zu halten, innerhalb des Leistungsspektrums der allgemeinen Notfallversorgung ein eigenes Gewicht zukommt. Dieses Gewicht rechtfertigt es, diese Leistung herausgelöst gesondert zu vergüten und sie bei denjenigen nicht zu berücksichtigen, die diese Bereitschaftspflicht nicht trifft.

Die Vorschrift in Nr. 3 der Präambel fügt sich zwanglos in die beschriebene Systematik ein und ist im Ergebnis nicht zu beanstanden. Vertragsärzte und Nichtvertragsärzte, die am organisierten ambulanten Notfalldienst teilnehmen, sind von der Vorschrift nicht beschwert, denn durch ihre Beteiligung am Notfalldienst sind sie Teil der vertragsärztlichen Versorgung. Dies gilt auch für Krankenhäuser, wenn deren einvernehmliche Teilnahme am organisierten ambulanten Notfalldienst festgestellt ist. Soweit die Vorschrift darüber hinaus der Kassenärztlichen Vereinigung im Einzelnen die Möglichkeit eröffnet, bei den genannten nichtvertragsärztlichen Leistungserbringern eine Besuchsbereitschaft festzustellen, handelt es sich ebenso wie in GOP 01411 – Dritter Spiegelstrich – um eine Auffangregelung für Fälle der Notfallversorgung außerhalb der vertragsärztlichen Versorgung. Im Übrigen ist keine Rechtsgrundlage ersichtlich, die der Klägerin bzw. ihrem Krankenhaus einen (sektorenfremden) Anspruch auf die Feststellung der Besuchsbereitschaft im Notfalldienst vermittelt.

Eine mittelbare verfassungswidrige Benachteiligung von Krankenhäusern ist auch nicht in der Ausgestaltung und Gewichtung der im EBM 2008 vorgesehenen Punkte für die Vergütung nach den Grund- und den Zusatzpauschalen zu sehen. Es fällt in den weiten Gestaltungsspielraum des Bewertungsausschusses, dass er die Vergütung für die Besuchsbereitschaft pauschal an die tatsächliche Anzahl der Inanspruchnahme durch einen Notfallpatienten (Arzt-Patienten-Kontakt) geknüpft hat und nicht an die Anzahl der tatsächlichen

Hausbesuche. Dass die Bewertung der Leistung schwierig ist, liegt schon daran, dass sie keine zählbaren Tätigkeiten voraussetzt, sondern ein Verhalten des Notdienstarztes, nämlich seine ständige Rufbereitschaft für die Durchführung eines Hausbesuches. Das Gewicht dieser Bereitschaft bemisst sich nicht allein nach den tatsächlich notwendigen Hausbesuchen, denn dies könnte dazu führen, dass die Bereitschaft, obwohl sie vom Bewertungsausschuss als vergütungswürdig angesehen wird, überhaupt nicht honoriert würde, wenn im Laufe des Notdienstes kein Hausbesuch abgefragt würde. Wegen der Verpflichtung zur ständigen Erreichbarkeit und den dafür notwendigen Vorkehrungen (vgl. § 8 Abs. 1 GNO) wäre dies nicht gerechtfertigt. Das ärztliche Verhalten bzw. die entsprechende Leistung wird aus diesen Gründen auch nicht durch die im Verhältnis deutlich höhere Honorierung des (Haus-) Besuches im organisierten Notfalldienst kompensiert (GOP 01411 – 1325 Punkte). Die differenziert gestaltete Notfallvergütung ist auch kein unzulässiger Anreiz (vgl. BSG, Urteil vom 6.9.2006, a. a. O., Rn 20), sondern verhält sich noch im Gestaltungsspielraum des Bewertungsausschusses, weil der Vergütung die abgrenzbar beschriebene Leistung (ständige Verfügbarkeit, Bereitschaftsdienst) gegenüber steht.

Auch hinsichtlich der Höhe der Punkte für die Zusatzpauschalen sieht die Kammer keine Benachteiligung durch mittelbare Reduzierung des Honorars der Ärzte und Krankenhäuser, die ebenfalls an der allgemeinen Notfallversorgung beteiligt sind, aber keine Zusatzpauschalen abrechnen dürfen. Der Bewertungsausschuss hatte folgende Punkte festgelegt:

Ordination

Konsultationspauschale

Punkte

Besuchsbereitschaft

Zusatzpauschale

Punkte

Anteil an der gesamten Vergütung für den Behandlungsfall

01210

405

01211

255

39%

01214

100

01215

50

33%

01216

330

01217

205

38%

01218

405

01219

255

39%

Nach der GOP 01411 können nicht an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmende Ärzte, Institute und Krankenhäuser die Vergütung für Krankenbesuche im Rahmen der Notfallversorgung ebenso ohne weiteres abrechnen wie Ärzte im organisierten Notfalldienst. Die Vergütung

für die Besuchsbereitschaft der Ärzte im Notfalldienst entspricht im Verhältnis zur gesamten Vergütung für die Notfallbehandlung pro Fall (ohne Krankenbesuch) einem Anteil von 33 bis 39%. Dies ist nicht zu beanstanden, weil die Besuchsbereitschaft ein wichtiger Bestandteil des organisierten ambulanten Notfalldienstes ist und daher pauschal mit diesem Wert honoriert werden darf. Eine zusätzliche Differenzierung nach dem Organisationsgrad ist nicht erforderlich. Auch eine arbeitsteilig angelegte Organisation des Notfalldienstes (Sitz-/Fahrdienst, Hintergrund-/ Facharztdienst) entbindet den teilnehmenden Arzt grundsätzlich nicht von der ständigen Verpflichtung, sich für einen notwendigen Hausbesuch bereitzuhalten. Tatsächliche Verfügbarkeit zur Durchführung von Hausbesuchen wird nach den Vorschriften der GNO von allen Ärzten erwartet, die zur Teilnahme am organisierten ambulanten Notfalldienst verpflichtet sind. Wegen der pauschalisierten Betrachtungsweise hinsichtlich der hierfür gezahlten Vergütung ist es ohne Belang, ob in Notdienstbereichen, in denen dies möglich ist, diese Verpflichtung intern in einen Sitz- und Fahrdienst aufgeteilt wird. Die grundsätzliche Bereitschaft soll nach dem Willen des Bewertungsausschusses pauschal honoriert werden.

Die Klägerin betreibt mit ihrem Krankenhaus eine Einrichtung, die nicht an der vertragsärztlichen Versorgung teilnimmt und die gemäß Kapitel II Abschnitt 1.2 Nr. 4 der oben genannten Präambel Notfallleistungen nach den GOP 01210 bis 01219 des EBM 2008 nur berechnen darf, wenn die Erkrankung des Patienten auf Grund ihrer Beschaffenheit einer sofortigen Maßnahme bedarf und die Versorgung durch einen Vertragsarzt nicht möglich und/oder auf Grund der Umstände nicht vertretbar ist. Die Klägerin war im streitigen 1. Quartal 2008 nur berechtigt, die Grundpauschalen für die Notfallleistungen, die bei der Behandlung von Versicherten, die die Notfallambulanz aufsuchen, zu erbringen sind, abzurechnen. Sie durfte keine Vergütung in Form der Zusatzpauschalen verlangen, weil sie – wie sie letztlich selbst eingeräumt hat – die Leistung nicht erbracht hat, also keine ärztliche Bereitschaft für die aufsuchende Tätigkeit im Rahmen des Notfalldienstes vorgehalten hat. Sie hatte auch keinen Anspruch auf Beteiligung am Notfalldienst, so dass ihrem Angebot, an der Besuchsbereitschaft mitzuwirken, der Erfolg versagt bleiben musste und es einer entsprechenden Feststellung der Beklagten letztlich nicht bedurfte.

Die Kostenentscheidung beruht auf § 197a Abs. 1 Satz 1 Halbsatz 3 SGG in Verbindung mit der entsprechenden Anwendung der § 154 ff Verwaltungsgerichtsordnung (VwGO). Die Klägerin ist im Rechtsstreit unterlegen, so dass sie gemäß § 154 Abs. 1 VwGO die Kosten der Verfahren zu tragen hat.

Die Kammer hat die Sprungrevision gemäß §§ 160 Abs. 2 Nr. 1, 161 Abs. 1 Satz 1 und Abs. 2 Satz 1 SGG wegen grundsätzlicher Bedeutung der Rechtssache zugelassen, weil die Grenzen der Zulässigkeit von differenzierenden Honorarvorschriften im Hinblick auf die Erbringung der Leistungen durch an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden und nicht teilnehmenden Ärzte, Krankenhäuser und Institute noch nicht abschließend geklärt erscheint.
Rechtskraft
Aus
Login
SAN
Saved
2012-02-24