L 5 KA 226/13

Land
Baden-Württemberg
Sozialgericht
LSG Baden-Württemberg
Sachgebiet
Vertragsarztangelegenheiten
Abteilung
5
1. Instanz
SG Stuttgart (BWB)
Aktenzeichen
S 20 KA 1991/11
Datum
22.11.2012
2. Instanz
LSG Baden-Württemberg
Aktenzeichen
L 5 KA 226/13
Datum
24.02.2016
3. Instanz
Bundessozialgericht
Aktenzeichen
-
Datum
-
Kategorie
Urteil
Leitsätze
Der Abzug des Investitionskostenabschlags von 10 % für von Krankenhäusern erbrachte Leistungen der ambulanten Notfallversorgung an gesetzliche Versicherte war auch nach Einführung des EBM 2008 entsprechend § 120 Abs. 3 Satz 2 SGB V in der bis zum 31.12.2015 geltenden Fassung zulässig. Der in dieser Vorschrift institutionell festgelegte Investitionskostenabschlag geht dem untergesetzlichen vertragsärztlichen Vergütungsrecht vor.
Die Berufung der Klägerin gegen das Urteil des Sozialgerichts Stuttgart vom 22.11.2012 wird zurückgewiesen. Die Klage gegen die Bescheide vom 12.02.2016 wird abgewiesen.

Die Klägerin trägt die Kosten des Verfahrens in beiden Rechtszügen zu 3/4, die Beklagte zu 1/4.

Der Streitwert wird für beide Rechtszüge endgültig auf 18.615,93 EUR festgesetzt.

Tatbestand:

Die Klägerin begehrt eine höhere Vergütung für im Quartal 1/2008 in den Kreiskrankenhäusern L., O. und R. sowie in der Kreisklink B. erbrachte ambulante Notfallbehandlungen von Versicherten der gesetzlichen Krankenversicherung.

Die Klägerin ist Trägerin der in den Krankenhausplan des Landes B.-W. aufgenommenen Krankenhäuser L., O., R. und B ... Für keines der Krankenhäuser ist eine Ermächtigung für die ambulante Erbringung von Leistungen für gesetzlich Versicherte durch Krankenhausärzte oder ärztlich geleitete Einrichtungen erteilt worden.

Für das Quartal 1/2008 rechnete die Klägerin gegenüber der Beklagten für bei gesetzlich Krankenversicherten sowie bei Berechtigten mit Anspruch auf freie Heilfürsorge in der allgemeinen Notfallaufnahme des jeweiligen Krankenhauses vorgenommene ambulante Notfallbehandlungen Leistungen nach dem ab 01.01.2008 geltenden Einheitlichen Bewertungsmaßstab für vertragsärztliche Leistungen (EBM 2008) wie folgt ab:

GOP KH B. KH L. KH R. KH O. 01210 (405 Pkte) 1.510 1.007 724 370 01214 (100 Pkte) 92 63 12 24 01216 (330 Pkte) 15 19 16 12 01218 (405 Pkte) 18 3 2 0

Der EBM 2008 enthält für die Notfallversorgung die folgenden Regelungen:

1.2 Gebührenordnungspositionen für die Versorgung im Notfall und im organisierten ärztlichen Not(-fall)dienst

1. Neben den Gebührenordnungspositionen dieses Abschnitts sind nur Gebührenordnungspositionen berechnungsfähig, die in unmittelbarem diagnostischen oder therapeutischen Zusammenhang mit der Notfallversorgung stehen. ( ) 2. Neben den Gebührenordnungspositionen 01210 bis 01219 sind Beratungs-, Gesprächs- und Erörterungsleistungen nicht berechnungsfähig. 3. Die Zusatzpauschalen nach den Gebührenordnungspositionen 01211, 01215, 01217, 01219 für die Vorhaltung der Besuchsbereitschaft sind 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. 4. Nicht an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmende Ärzte, Institute und Krankenhäuser dürfen die Gebührenordnungspositionen 01210 bis 01219 nur berechnen, 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.

Die sodann aufgeführten Gebührenordnungspositionen (GOP) lauten wie folgt:

- GOP 01210 EBM: Notfallpauschale im organisierten Not(-fall)dienst und für nicht an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmende Ärzte, Institute und Krankenhäuser (bewertet mit 405 Punkten) - GOP 01211 EBM: Zusatzpauschale zu der Gebührenordnungsposition 01210 für die Besuchsbereitschaft im Notfall bzw. im organisierten Not(-fall)dienst (bewertet mit 255 Punkten) - GOP 01214 EBM: Notfallkonsultationspauschale 1 im organisierten Not(-fall)dienst und für nicht an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmende Ärzte, Institute und Krankenhäuser (bewertet mit 100 Punkten) - GOP 01215 EBM: Zusatzpauschale zu der Gebührenordnungsposition 01214 für die Besuchsbereitschaft im Notfall bzw. im organisierten Not(-fall)dienst (bewertet mit 50 Punkten) - GOP 01216 EBM: Notfallkonsultationspauschale II im organisierten Not(-fall)dienst und für nicht an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmende Ärzte, Institute und Krankenhäuser (bewertet mit 330 Punkten) - GOP 01217 EBM: Zusatzpauschale zu der Gebührenordnungsposition 01216 für die Besuchsbereitschaft im Notfall bzw. im organisierten Not(-fall)dienst (bewertet mit 205 Punkten) - GOP 01218 EBM: Notfallkonsultationspauschale III im organisierten Not(-fall)dienst und für nicht an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmende Ärzte, Institute und Krankenhäuser (bewertet mit 405 Punkten) - GOP 01219 EBM: Zusatzpauschale zu der Gebührenordnungsposition 01218 für die Besuchsbereitschaft im Notfall bzw. im organisierten Not(-fall)dienst (bewertet mit 255 Punkten)

Zu den obligatorischen Leistungsinhalten der GOP 01210 gehörte der (erstmalige) persönliche Arzt-Patienten-Kontakt, zur GOP 01214 der weitere persönliche Arzt-Patienten-Kontakt außerhalb der in den GOP 01216 und 01218 angegebenen Zeiten. Die GOP 01216 war anzusetzen bei der Inanspruchnahme des Notdienstes in der Zeit zwischen 19:00 und 22:00 Uhr sowie an Samstagen, Sonntagen und gesetzlichen Feiertagen, am 24.12.und am 31.12. zwischen 7:00 und 19:00 Uhr. Die GOP 01218 fand Anwendung bei Inanspruchnahme des Notdienstes in der Zeit zwischen 22:00 und 7:00 Uhr sowie an Samstagen, Sonntagen und gesetzlichen Feiertagen, am 24.12. und am 31.12. zwischen 19:00 und 7:00 Uhr.

Mit Honorarbescheiden jeweils vom 15.07.2008 kürzte die Beklagte die Punktzahlen dieser GOP sowie sämtlicher weiter abgerechneten GOP jeweils um zehn Prozent. Sie vergütete für die einzelnen Krankenhäuser folgende Gesamtbeträge:

Kreisklink B. 54.851,28 EUR Kreiskrankenhaus L. 36.063,48 EUR Kreiskrankenhaus R. 25.991,14 EUR Kreiskrankenhaus O. 13.247,89 EUR.

Die Klägerin erhob gegen die Abrechnungsbescheide jeweils mit Schreiben vom 29.07.2008 Widerspruch. Sie machte geltend, es verstoße gegen die Honorarverteilungsgerechtigkeit, dass die ambulante Notfallbehandlung im Krankenhaus aufgrund fehlender Vorhaltung einer Besuchsbereitschaft um bis zu 255 Punkte je Kontakt mit dem Patienten schlechter vergütet werde, als die Notfallbehandlung durch andere Leistungserbringer.

Die Beklagte wies die Widersprüche mit Widerspruchsbescheiden vom 03.03.2011 zurück. In dem zum 01.01.2008 in Kraft getretenen neuen EBM 2008 seien die GOP 01210 bis 01218 grundlegend überarbeitet worden. Die Leistungen im organisierten Notfalldienst und die Notfallpauschalen für nicht an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmende Ärzte, Institute und Krankenhäuser seien gleichgesetzt und unter jeweils einer GOP zusammengefasst worden. Eine Unterscheidung hinsichtlich der Leistungen der Vertragsärzte und der Nichtvertragsärzte bzw. Institute und Krankenhäuser finde nicht mehr statt. Die Leistungen würden nunmehr zu gleichen Punktwerten vergütet. Mit der Änderung des EBM für das Jahr 2008 sei zugleich die Neuaufnahme von Zusatzpauschalen für das Vorhalten der ständigen ärztlichen Besuchsbereitschaft für die aufsuchende Tätigkeit im Notfall bzw. im organisierten Notdienst erfolgt. Die Pauschalen nach 01211, 01215, 01217 und 01219 würden nach Feststellung der Besuchsbereitschaft durch die Kassenärztliche Vereinigung Baden-Württemberg (KVBW) von dieser automatisch zugesetzt. Dazu müsse von den Ärzten, die nicht an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmen würden, von Instituten und Krankenhäusern bei der KVBW ein Antrag auf diese Feststellung der Besuchsbereitschaft gestellt werden. Die von der Klägerin behauptete Ungleichbehandlung zwischen den Krankenhäusern und den vertragsärztlichen Leistungserbringern hinsichtlich der Vergütung der ambulanten Notfallbehandlungen sei somit behoben worden. Die Vorgaben im EBM basierten auf bundesgesetzlichen Regelungen nach § 87 Abs. 1 und Abs. 2 Sozialgesetzbuch (SGB) V und den bindenden Beschlüssen des Bewertungsausschusses und müssten daher von der KVBW so umgesetzt werden. Anhand der Anlage zur Honorarabrechnung könne die Klägerin nachvollziehen, dass die GOP 01210, 01214, 01216 und 01218 korrekt abgerechnet worden seien. Dabei sei zu beachten, dass der von der Rechtsprechung als rechtmäßig anerkannte zehnprozentige Investitionskostenabschlag von diesen GOP habe abgezogen werden müssen und sich deshalb jeweils eine Bewertung i.H.v. 364,5 Punkten ergeben habe.

Am 01.04.2011 erhob die Klägerin Klage vor dem Sozialgericht Stuttgart (SG). Die Kürzung der Honorarforderungen um den zehnprozentigen Investitionskostenabschlag in Höhe von insgesamt 13.993,70 EUR sei zu Unrecht erfolgt. Hierfür bestehe keine Rechtsgrundlage. Weder im Honorarverteilungsmaßstab (HVM) 2008 noch im EBM 2008 sei ein Investitionskostenabschlag vorgesehen. Die Abrechnungsbestimmungen des EBM seien streng nach dem Wortlaut auszulegen. Demnach seien ambulante Notfallbehandlungen in Krankenhäusern mit der gleichen Punktzahl wie entsprechende Leistungen eines Vertragsarztes zu vergüten. Auch die Regelung des § 120 Abs. 3 Satz 2 SGB V finde keine Anwendung, weil die Kreiskrankenhäuser B., L., O. und R. nicht im Sinne des § 120 Abs. 1 SGB V zur Erbringung ambulanter Notfallbehandlungen ermächtigt seien. Für eine analoge Anwendung fehle es an einer planwidrigen Regelungslücke. Der Anwendungsbereich des § 120 Abs. 3 Satz 2 SGB V sei in Kenntnis der Rechtsprechung des BSG zur analogen Anwendung der Norm auf ambulante Notfallbehandlungen in nicht dazu ermächtigten Krankenhäusern bewusst nicht erweitert worden. Aus der Rechtsprechung des Bundessozialgerichts (BSG) seit dem Jahr 1992 folge, dass nur im Falle des Fehlens von Regelungen über die Vergütung der Leistungen der Notfallambulanzen § 120 Abs. 3 Satz 2 SGB V entsprechend anzuwenden sei. Seien gesamtvertraglich oder satzungsmäßig Regelungen getroffen worden, so sei ein Abschlag in Anlehnung an § 120 Abs. 3 Satz 2 SGB V in Höhe von maximal 10 % zulässig. Finde sich in den entsprechenden Verträgen oder Satzungen keine Regelung über einen Abschlag, so könne nicht auf § 120 Abs. 3 Satz 2 SGB V zurückgegriffen werden. Eine analoge Anwendung des § 120 Abs. 3 Satz 2 SGB V sei auch nicht nach Sinn und Zweck der Regelung geboten. Die Krankenhäuser der Klägerin erhielten keine Förderung für Einrichtungen zur Erbringung ambulanter Notfallleistungen, sondern nur für Investitionen im Zusammenhang mit der stationären Leistungserbringung. Sollten Einrichtungen eines Krankenhauses nicht nur vorübergehend für Zwecke mitbenutzt werden, die nicht der stationären Versorgung dienten, könnten die Mittel der Krankenhausförderung angemessen gekürzt werden (§ 13 Abs. 4 Landeskrankenhausgesetz (LKHG)). Der Sinn und Zweck des § 120 Abs. 3 Satz 2 SGB V, die

Vermeidung einer doppelten Förderung der Investitionskosten durch steuerfinanzierte Mittel des Landes einerseits und beitragsfinanzierte Vergütungen der Krankenversicherung andererseits könne daher durch eine analoge Anwendung der Norm nicht erreicht werden. Ob im konkreten Fall die nach Maßgabe des LKHG geleisteten Zahlungen tatsächlich gekürzt worden seien, sei unklar, weil es sich um Pauschalen ohne nachvollziehbare genaue Berechnung handle. Seit die Gesamtvertragsparteien mit Inkrafttreten des EBM 2008 eine ausdrückliche Vereinbarung über die Vergütung ambulanter Notfallbehandlungen im Krankenhaus getroffen hätten, bleibe für die Anwendung des Rechtsgedankens des § 120 Abs. 3 Satz 2 SGB V kein Raum mehr. Ein ohne Rechtsgrundlage vorgenommener Investitionskostenabschlag stelle eine sachlich nicht gerechtfertigte Ungleichbehandlung zwischen Krankenhäusern und niedergelassenen Vertragsärzten dar, die dadurch verstärkt werde, dass letztere außerdem eine Zusatzpauschale für die Vorhaltung der ständigen Besuchsbereitschaft abrechnen könnten (GOP 01211, 01215, 01217, 01219 EBM 2008), deren Abrechnung ersteren faktisch verwehrt bleibe, weil kein Krankenhaus eine Besuchsbereitschaft vorhalte.

Die Beklagte trat der Klage entgegen. Der Rechtsgedanke des § 120 Abs. 3 Satz 2 SGB V treffe nach ständiger Rechtsprechung des BSG in gleicher Weise auf die Vergütung ambulanter Notfallbehandlungen in Krankenhäusern zu. Dieser allgemeine Rechtsgedanke gestatte nicht nur eine Vergütungsreduzierung von Notfallbehandlungen in Krankenhäusern, sondern entfalte auch eine Schutzwirkung zu Gunsten der Krankenhäuser insoweit, als eine über den zehnprozentigen Abschlag hinausgehende Begrenzung des Vergütungsanspruchs für Notfallbehandlungen als Krankenhausleistungen grundsätzlich unzulässig sei. Eine Regelung über die Kürzung der Vergütung für öffentlich geförderte Krankenhäuser im EBM oder im HVV sei nach der Rechtsprechung des BSG nicht notwendig. Im Übrigen sei eine solche Regelung in § 17 Nr. 6 des Gesamtvertrages der ehemaligen KV Süd-Württemberg mit der A. BW aus dem Jahr 1993, der weiterhin fortgelte, sowie auch in den gleichlautenden übrigen Gesamtverträgen enthalten. Die Zusatzpauschalen für die Vorhaltung der ständigen Besuchsbereitschaft enthielten ebenso wie alle übrigen GOP einen Investitionskostenanteil (Ziffer 7.1 der allgemeinen Bestimmungen des EBM 2008).

Das SG wies die Klage mit Urteil vom 22.11.2012 ab. Es führte zur Begründung aus, die Honorarbescheide vom 15.07.2008 in der Gestalt der Widerspruchsbescheide vom 03.03.2011 seien rechtmäßig und verletzten die Klägerin nicht in ihren Rechten. Die Klägerin habe keinen Anspruch auf die Vergütung der im Quartal 1/2008 in den Kreiskrankenhäusern B., L., O. und R. erbrachten und abgerechneten Leistungen gemäß GOP 01210, 01214, 01216 und 01218 EBM 2008 ohne zehnprozentigen Investitionskostenabschlag gemäß § 120 Abs. 3 Satz 2 SGB V. Gemäß § 120 Abs. 3 Satz 2 SGB V sei die Vergütung nach § 120 Abs. 1 SGB V bei den öffentlich geförderten Krankenhäusern um einen Investitionskostenabschlag von zehn vom Hundert zu kürzen. Die Kreiskrankenhäuser B., L., O. und R. seien öffentlich geförderte Krankenhäuser im Sinne dieser Vorschrift. Da sie in den Krankenhausplan 2000 B.-W. (Beschluss der Landesregierung vom 15.11.1999) aufgenommen seien, hätten sie Anspruch auf Förderung durch das Bundesland nach Maßgabe des Gesetzes zur wirtschaftlichen Sicherung der Krankenhäuser und zur Regelung der Krankenhauspflegesätze (vgl. § 8 Abs. 1 Satz 1 Krankenhausfinanzierungsgesetz (KHG)). Allerdings sei die Regelung des § 120 Abs. 3 Satz 2 SGB V nicht unmittelbar anwendbar. Nach ihrem Wortlaut beziehe sie sich allein auf die Vergütung nach § 120 Abs. 1 SGB V und damit auf das Honorar für Leistungen von ermächtigten (Krankenhaus-)Ärzten oder ermächtigten Einrichtungen. Die Kreiskrankenhäuser B., L., O. und R. seien jedoch nicht ermächtigt, ambulante Notfallbehandlungen zu erbringen. § 120 Abs. 3 Satz 2 SGB V sei aber entgegen der Auffassung der Klägerin analog anzuwenden (ebenso BSG, Urteil vom 19.08.1992 - 6 RKa 6/91 - in: juris, Rn. 21; BSG, Urteil vom 12.10.1994 - 6 RKa 31/93 - in: juris, Rn. 15; BSG, Urteil vom 13.05.1998 - B 6 KA 41/97R - in: juris, Rn. 19, 20; BSG, Urteil vom 31.01.2001 - B 6 KA 33/00 R -, in: juris, Rn. 21; zuletzt BSG, Urteil vom 17.09.2008 - B 6 KA 46/07 R - in: juris, Rn. 30). Die sinngemäße Anwendung einer Norm setze eine planwidrige Regelungslücke und die tatbestandliche Vergleichbarkeit des gesetzlich geregelten Falls mit dem ungeregelten Fall voraus. Es bestehe eine solche planwidrige Regelungslücke. Die Kodifizierung des Investitionskostenabschlags von zehn vom Hundert bei Leistungen von öffentlich geförderten Krankenhäusern durch § 129 Abs. 3 Satz 2 des Entwurfes eines Gesetzes zur Strukturreform im Gesundheitswesen vom 03.05.1988 "bestätigt die bisherige Rechtsprechung und Praxis" (BT-Drucks. 11/2237 und 200/88, jeweils S. 203). Dies lege nahe, dass der Gesetzgeber die Lücke zwischen dem Wortlaut der Norm und deren Anwendung auf den nicht ausdrücklich geregelten Fall der Vergütungsbeschränkung bei ambulanten Notfallbehandlungen, die in hierzu nicht ermächtigten Krankenhäusern erbracht worden seien, entweder überhaupt nicht bemerkt oder die schon damals in ständiger Rechtsprechung des BSG vorgenommene analoge Anwendung sogar gebilligt habe (vgl. BSG, Urteil vom 19.08.1992 - 6 RKa 6/91 -, in: juris, Rn. 21 m. w. N. zur früheren Rspr.). Auch die Gesetzesmaterialien zur Neufassung des § 120 Abs. 3 SGB V durch Art. 1 Nr. 4 lit. c) aa) des Gesetzes zur Einführung des diagnose-orientierten Fallpauschalensystems für Krankenhäuser vom 23.04.2002 (BGBl. I S. 1412) ließen nicht erkennen, dass der zehnprozentige Investitionskostenabschlag ausschließlich gegenüber ermächtigten (Krankenhaus-)Ärzten oder ermächtigten Einrichtungen erfolgen solle. Die Anpassung des § 120 Abs. 3 Satz 2 SGB V werde darin lediglich als Folge der Neufassung des § 120 Abs. 2 SGB V für Polikliniken, psychiatrische Institutsambulanzen und sozialpädiatrische Zentren begründet (BT-Drucks. 14/6893, S. 30). Die Gesetzesmaterialien zum Fallpauschalengesetz enthielten keine (kritische) Auseinandersetzung mit der ständigen Rechtsprechung des BSG zur entsprechenden Anwendung des § 120 Abs. 3 Satz 2 SGB V auf ambulante Notfallbehandlungen in hierzu nicht ermächtigten Krankenhäusern. Es bestünden keine Anhaltspunkte dafür, dass dieser Sachverhalt nach dem Willen des Gesetzgebers entgegen der ständigen Rechtsprechung des BSG bewusst nicht von § 120 Abs. 3 Satz 2 SGB V erfasst werden sollte. Es bestehe auch eine Vergleichbarkeit des gesetzlich geregelten Falls mit dem ungeregelten Fall. Das BSG habe im Urteil vom 19.08.1992 entschieden, da in den kassenärztlichen Gebührenansätzen auch ein Investitionskostenanteil enthalten sei, komme es bei der Vergütung ambulanter Leistungen, die in öffentlich geförderten Krankenhäusern erbracht worden seien, in gewissem Umfang zu einer Doppelfinanzierung der Investitionskosten. Dies solle dadurch verhindert werden, dass von der nach § 120 Abs. 1 SGB V anfallenden Vergütung in generalisierender Weise ein Investitionskostenabschlag in Höhe von zehn vom Hundert abgezogen werde. Dieser Rechtsgedanke treffe in gleicher Weise auf die Vergütung ambulanter Notfallbehandlungen in Krankenhäusern zu. Es erweise sich daher als sachlich gerechtfertigt und systemgerecht, die in §120 Abs. 3 Satz 2 SGB V enthaltene Vergütungsbeschränkung mit dem Ansatz eines Investitionskostenabschlages von zehn vom Hundert auf den Honoraranspruch bei ambulanten Notfallbehandlungen in Krankenhäusern entsprechend anzuwenden (BSG Urteil vom 19.08.1992 - 6 RKa 6/91 -, in juris, Rn. 21). Das BSG werte die Regelung des § 120 Abs. 3 Satz 2 SGB V als Ausdruck eines allgemeinen Rechtsgedankens, nach dem der im Verhältnis zu niedergelassenen Kassen-/Vertragsärzten günstigeren Kostensituation der öffentlich geförderten Krankenhäuser bei ambulanter Behandlung mit einem Abschlag von zehn vom Hundert der gebührenordnungsmäßigen Vergütungssätze Rechnung zu tragen sei. (BSG, Urteil vom 12.10.1994 - 6 RKa 31/93 - in: juris, Rn. 15). Die Klägerin könne dem nicht entgegenhalten, dass mit Inkrafttreten des EBM 2008 und der Einführung von ausdrücklich auch für Krankenhäuser geltenden GOP eine Veränderung der rechtlichen Verhältnisse eingetreten sei, die der fortgesetzten analogen Anwendung des § 120 Abs. 3 Satz 2 SGB V die Grundlage entziehe. Entgegen der Ansicht der Klägerin sei das Fehlen von GOP für Krankenhäuser und die Notwendigkeit ihrer Ableitung aus den für Vertragsärzte geltenden GOP nicht conditio sine qua non für die analoge Anwendung des § 120 Abs. 3 Satz 2 SGB V. Das BSG stelle nicht maßgeblich darauf ab, ob es für die Notfallbehandlung durch ein Krankenhaus eine eigene GOP gebe, sondern auf den in der

Vermeidung einer Doppelfinanzierung der Investitionskosten liegenden Sinn und Zweck der Regelung des § 120 Abs. 3 Satz 2 SGB V. Dieser Zweck sei durch die Schaffung der GOP 01210, 01214, 01216 und 01218 EBM 2008 nicht entfallen. Die Beklagte weise zu Recht darauf hin, dass die Abrechnung dieser Gebührenordnungspositionen nicht auf öffentlich geförderte Krankenhäuser beschränkt sei, sondern auch von nicht öffentlich geförderten Krankenhäusern in Ansatz gebracht werden könne, bei denen ein Investitionskostenabschlag entsprechend § 120 Abs. 3 Satz 2 SGB V ausgeschlossen sei. Dies lege nahe, dass der Investitionskostenabschlag nicht schon bei der Bewertung der GOP 01210, 01214, 01216 und 01218 EBM 2008 durch den Bewertungsausschuss berücksichtigt worden sei. Auch der Einwand der Klägerin, dass nur Investitionskosten für Einrichtungen der stationären Krankenpflege öffentlich gefördert würden und eine Doppelfinanzierung deshalb ausgeschlossen sei, überzeuge nicht. Die Vorschrift des § 5 Abs. 1 Nr. 8 KHG, wonach die mit den Krankenhäusern verbundenen Einrichtungen, die nicht unmittelbar der stationären Krankenversorgung dienten, ausdrücklich von der Förderung ausgenommen seien, sei nicht einschlägig. Die Klägerin habe nicht dargelegt, dass die ambulante Notfallbehandlung in den Kreiskrankenhäusern B., L., O. und R. in einer besonderen, mit eigenen Sach- und Personalmitteln ausgestatteten Einrichtung und nicht in der allgemeinen Notfallaufnahme erfolge, die unmittelbar der stationären Krankenversorgung diene. Die landesrechtliche Vorschrift des § 13 Abs. 4 LKHG führe unabhängig davon, dass die Auslegung und Anwendung vorrangigen Bundesrechts in Gestalt der zwingenden Regelung des § 120 Abs. 3 Satz 2 SGB V ("ist ... zu kürzen") grundsätzlich nicht durch Landesrecht beeinträchtigt werden könne, nicht zu einer abweichenden Beurteilung. § 13 Abs. 4 LKHG ermögliche bei der Bemessung der Fördermittel eine Ermessensentscheidung über die angemessene Berücksichtigung der nicht nur vorübergehenden Mitbenutzung von Einrichtungen des Krankenhauses für Zwecke, die - wie ambulante Notfallbehandlungen - nicht der stationären Versorgung durch öffentlich geförderte Krankenhäuser dienten. Die Klägerin habe jedoch nicht dargelegt, dass und in welchem Umfang in dem streitgegenständlichen Quartal 1/2008 tatsächlich eine Kürzung der Fördermittel aufgrund der Durchführung ambulanter Notfallbehandlungen in der allgemeinen Notfallaufnahme erfolgt sei. Auch komme es selbst bei einer teilweisen Kürzung der öffentlichen Förderung nach § 13 Abs. 4 LKHG immer noch in gewissem Umfang zu einer Doppelfinanzierung der Investitionskosten (vgl. BSG, Urteil vom 19.08.1992 - 6 RKa 6/91 - in: juris, Rn. 21). Es sei auch keine ausdrückliche Regelung des Investitionskostenabschlags im EBM erforderlich, da § 120 Abs. 3 Satz 2 SGB V als förmliches Gesetz dem EBM vorgehe und der Disposition der Gesamtvertragsparteien entzogen sei. Dies habe das BSG durch Urteil vom 17.09.2008 bestätigt (- B 6 KA 46/07 R - in: juris, Rn. 30). Der Gestaltungsspielraum des Bewertungsausschusses bei der Vereinbarung des EBM erstrecke sich somit nicht auf das "Ob" und die Höhe des zehnprozentigen Investitionskostenzuschlags. Ein Verstoß gegen die wortlautgetreue Anwendung der Leistungsbeschreibungen des EBM liege nicht vor, da es nicht um die Auslegung und Anwendung des EBM 2008, sondern des § 120 Abs. 3 Satz 2 SGB V als förmliches Parlamentsgesetz gehe. Der pauschale Investitionskostenabzug verstoße auch nicht gegen den Grundsatz der Honorarverteilungsgerechtigkeit und das Gebot der leistungsproportionalen Verteilung des Honorars (LSG Schleswig-Holstein, Urteil vom 25.05.2011 - L 4 KA 2/09 -, in juris, Rn. 23 ff.).

Gegen das ihren Bevollmächtigten am 14.12.2012 zugestellte Urteil hat die Klägerin am 14.01.2013 Berufung eingelegt. Sie wiederholt und vertieft ihr Vorbringen aus dem erstinstanzlichen Verfahren und macht geltend, das BSG habe in seinen Urteilen vom 12.12.2012 (B 6 KA 3/12 R und B 6 KR 4/12 R, in juris) festgestellt, dass die Vergütung für ambulante Notfallbehandlungen im Krankenhaus gemäß EBM in der seit dem 01.01.2008 gültigen Fassung gleichheitswidrig sei. Danach dürfe der Vergütungsanspruch der Krankenhäuser oder Nichtvertragsärzte für Notfallbehandlungen gegenüber dem Vergütungsanspruch der Vertragsärzte nur dann reduziert oder eingeschränkt werden, wenn dies durch sachliche Gründe gerechtfertigt sei. Die Besuchsbereitschaftspauschalen GOP 01211, 01215, 01217 und 01219 stünden den Krankenhäusern aufgrund ihrer Konzeption nicht zur Abrechnung zur Verfügung. Alleine für das Vorhalten von Ressourcen für die Besuchsbereitschaft den niedergelassenen Ärzten eine zusätzliche Vergütung zu gewähren, sei unter keinem sachlichen Gesichtspunkt gerechtfertigt. Diese gegen Art. 3 Grundgesetz (GG) verstoßende Ungleichbehandlung im EBM sei durch eine neue Regelung des Bewertungsausschusses zu beseitigen. Die Beklagte sei daher zur Nachzahlung unter Beachtung der vom BSG an den Bewertungsausschuss adressierten Maßgaben verpflichtet. Dem könne auch nicht entgegengehalten werden, dass die Klägerin im Quartal 1/2008 keine Besuchsbereitschaftspauschale angesetzt habe und diese deshalb nicht von der Beklagten gestrichen worden sei. Denn es sei einem Krankenhaus aus rechtlichen Gründen überhaupt nicht möglich gewesen, die Voraussetzungen zu schaffen, um die Besuchsbereitschaftspauschale abrechnen zu können. Die Klägerin müsse zudem den Investitionskostenabschlag von 10 % nicht hinnehmen. Hierfür fehle es an einer Rechtsgrundlage, da § 120 Abs. 3 Satz 2 SGB V nur die Kürzung der Vergütung nach § 120 Abs. 1 SGB V vorsehe, die jedoch nur die Leistungen ermächtigter Krankenhausärzte und ermächtigter Einrichtungen erfasse. Auch im EBM für das Quartal 1/2008 sei ein Investitionskostenabschlag von 10 % nicht geregelt, Verträge oder ähnliches auf Landesebene zur Honorarverteilung, die einen solchen Abschlag von 10 % vorsähen, gebe es nicht. Entgegen der Auffassung des SG, komme auch eine analoge Anwendung von § 120 Abs. 3 Satz 2 SGB V nicht in Betracht. Dem stehe bereits entgegen, dass nach der Rechtsprechung des BSG Vergütungsregelungen streng nach ihrem Wortlaut anzuwenden seien. Es hätte dem Bewertungsausschuss oblegen, eine entsprechende Regelung im EBM einzuführen, wenn sie sachlich gerechtfertigt wäre. Davon sei aber im EBM 2008 abgesehen worden. Der Gedanke, durch eine analoge Anwendung von § 120 Abs. 3 Satz 2 SGB V eine vermeintliche Doppelfinanzierung der Investitionskosten der Krankenhäuser zu vermeiden, stelle eine Bewertung dar, die nach der Rechtsprechung des BSG gerade bei der Anwendung von Abrechnungsbestimmungen außer Acht zu bleiben habe. Im Übrigen lägen auch die Voraussetzungen für eine Analogie nicht vor. Es fehle an einer planwidrigen Regelungslücke. Wenn in den Gesetzesmaterialien nicht explizit zum Ausdruck komme, dass der Gesetzgeber bewusst einen Investitionskostenabschlag auf die in § 120 Abs. 1 SGB V geregelten Fälle beschränkt sehen wolle, bedeute dies nicht, dass eine solche planwidrige Regelungslücke angenommen werden könne. Die Annahme des SG, der Gesetzgeber habe bei Einführung des § 120 Abs. 3 Satz 2 SGB V entweder versehentlich die ambulante Notfallbehandlung nicht geregelt oder die schon damals in ständiger Rechtsprechung vorgenommene analoge Anwendung gebilligt, sei unzutreffend. Auch aus den vom SG herangezogenen Entscheidungen des BSG ergebe sich nicht, dass ein Investitionskostenabschlag von 10 % auch dann in Betracht komme, wenn der EBM einen solchen nicht vorsehe. Insbesondere aus dem Urteil des BSG vom 19.08.1992 (- 6 RKa 6/91 -, in juris) ergebe sich bereits, dass nur dann, wenn keine entsprechende vertragliche Vereinbarung bestehe, eine entsprechende Anwendung von § 120 Abs. 3 Satz 2 SGB V in Betracht komme. Der EBM enthalte explizite Regelungen über die Vergütung von Notfallleistungen durch Krankenhäuser ohne dabei einen Abschlag vorzusehen. Eine entsprechende Anwendung von § 120 Abs. 3 Satz 2 SGB V scheide nach dem genannten Urteil des BSG aus. Das BSG habe diese Rechtsprechung in zahlreichen späteren Entscheidungen bekräftigt, zuletzt in den Entscheidungen vom 12.12.2012, in denen ein weiteres Mal klargestellt worden sei, dass nur durch eine vertragliche Regelung oder untergesetzliche Norm ein Investitionskostenabschlag von 10 % entsprechend § 120 Abs. 3 Satz 2 SGB V geregelt werden könne. Selbst wenn man vom Vorliegen einer planwidrigen Regelungslücke ausgehen würde, fehle es jedenfalls an der Vergleichbarkeit der durch § 120 Abs. 3 Satz 2 SGB V geregelten Materie und der ambulanten Notfallbehandlung durch Krankenhäuser. Denn es liege keine Doppelfinanzierung der Investitionskosten vor, weil die Krankenhäuser nach § 5 Abs. 1 Nr. 8 KHG keine Investitionsförderung für Einrichtungen erhielten, die nicht ausschließlich der stationären Versorgung dienten. Selbst bei Mitbenutzung geförderter stationärer Einrichtungen habe das Krankenhaus einen Abschlag bei der Förderung gemäß § 13 Abs. 4 LKHG hinzunehmen. Da diese Förderung pauschaliert erfolge, lasse sich nicht darstellen, wie hoch der vom Land vorgenommene Abzug bei der Förderung der

Investitionskosten aufgrund erzielter Einnahmen aus der ambulanten Notfallversorgung sei. Dies könne jedoch auch dahinstehen, weil sowohl die Regelungen im KHG als auch im LKHG eine Doppelförderung der Investitionskosten im Bereich der ambulanten Notfallversorgung ausschließe. Im Übrigen enthielten auch die EBM-Ziffern betreffend die ambulante Notfallversorgung keinen Investitionskostenanteil. Denn niedergelassene Ärzte griffen im Rahmen der ambulanten Notfallversorgung auf die Ressourcen zurück, die sie auch für die "reguläre" ambulante Versorgung nutzten und angeschafft hätten. Mit den Gebühren für die "reguläre" ambulante Versorgung würden folglich die Investitionskosten für die Güter abgedeckt, die niedergelassene Ärzte bei der ambulanten Notfallversorgung nutzten. Auch unter diesem Gesichtspunkt sei es nicht gerechtfertigt, einen Abschlag von der Vergütung für Krankenhäuser vorzunehmen, um eine doppelte Finanzierung der Investitionskosten zu vermeiden. Diese hätten im Übrigen zur ambulanten Notfallversorgung weit kostenintensivere Ressourcen zur Verfügung als niedergelassene Ärzte. Dies gelte insbesondere für die weitaus höheren Personalkosten aufgrund der 24-stündigen Verfügbarkeit von Ärzten und nichtärztlichem Personal, aber auch für die von Krankenhäusern in weitaus größerem Umfang vorgehaltenen bildgebenden Geräte. Auch vor diesem Hintergrund sei keine vergleichbare Sachlage gegeben. Die Klägerin hat zuletzt auf ein Gutachten der DKG vom 17.02.2015 hinweisen lassen, aus dem sich ebenfalls ergebe, dass es an einer Doppelfinanzierung der Investitionskosten fehle, da eine Refinanzierung der auf den ambulanten Anteil der Notfallaufnahmen entfallenden Investitionskosten weder über die EBM-Erlöse noch über die Fördermittel der Bundesländer erfolge.

Mit Beschluss des Bewertungsausschusses nach § 87 Abs. 1 S. 1 SGB V in der 341. Sitzung am 17.12.2014 strich der Bewertungsausschuss aufgrund des Urteils des BSG vom 12.12.2012 (B 6 KA 3/12 R, in juris) mit Wirkung zum 01.01.2008 die GOP 01211, 01215, 01217 und 01219 und änderte die Punktzahlen der GOP - betreffend das Quartal I/2008 - wie folgt:

GOP 01210 360 Punkte GOP 01214 140 Punkte GOP 01216 395 Punkte GOP 01218 480 Punkte

Ferner fügte er als neue GOP 01212 eine Notfallpauschale im organisierten Not(-fall)dienst und für nicht an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmende Ärzte, Institute und Krankenhäuser bei Inanspruchnahme zwischen 19:00 und 7:00 Uhr des Folgetages und ganztägig an Samstagen, Sonntagen, gesetzlichen Feiertagen und am 24.12. und 31.12. (bewertet mit 500 Punkten) ein. Nach der (geänderten) Nr. 4 der Bestimmungen zum Abschnitt 1.2 EBM setzte die Berechnung der GOP 01210, 01212, 01214, 01216 und 01218 die Angabe der Uhrzeit der Inanspruchnahme voraus.

Nachdem der Bewertungsausschuss in seiner 344. Sitzung zur Änderung des EBM mit Wirkung zum 01.01.2008 die Punktzahlen der GOP erneut geändert hatte (Bewertung für das Jahr 2008: GOP 01210 (325 Punkte), GOP 01212 (500 Punkte), GOP 01214 (130 Punkte), GOP 01216 (360 Punkte) und GOP 01218 (435 Punkte)), beschloss der Bewertungsausschuss in seiner 354. Sitzung nach einer Beanstandung des Bundesministeriums für Gesundheit (BMG) die Aufnahme einer Nr. 6 in die Bestimmungen zum Abschnitt 1.2 EBM rückwirkend zum 01.01.2008. Diese lautet wie folgt:

6. Sofern im Zeitraum vom 1. Januar 2008 bis zum 31. März 2015 nicht für alle Behandlungsfälle des Quartals die Angabe der Uhrzeit der Inanspruchnahmen gemäß Nr. 5 im organisierten Not(-fall)dienst oder von nicht an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Ärzten, Instituten und Krankenhäusern bei Inanspruchnahmen in diesem Quartal gegenüber der Kassenärztlichen Vereinigung erfolgt ist bzw. nachgewiesen werden kann, wird abweichend von Nr. 2 für alle Behandlungsfälle in diesem Quartal die 1. Inanspruchnahme im Notfall oder im organisierten Not(-fall)dienst wie folgt bewertet: 01.01.2008 bis 31.12.2008: 430 Punkte, 01.01.2009 bis 30.09.2013: 475 Punkte, 01.10.2013 bis 31.03.2015: 168 Punkte.

Die Beklagte hat mit Bescheiden vom 12.02.2016 eine Nachvergütung für das streitgegenständliche Quartal im Hinblick auf die Höherbewertung der maßgeblichen GOP vorgenommen und der Klägerin - jeweils nach Abzug des Investitionskostenabschlags von 10 % - Beträge in Höhe von 1.751,93 EUR (KH B.), 1.170,07 EUR (KH L.), 436,13 EUR (KH O.) und 801,89 EUR (KH R.) nacherstattet (insgesamt 4.160,01 EUR).

Die Klägerin beantragt,

das Urteil des Sozialgerichts Stuttgart vom 22.11.2012 aufzuheben und die Honorarbescheide für die Kreiskrankenhäuser B., L., R. und O. vom 15.07.2008 in der Gestalt der Widerspruchsbescheide vom 03.03.2011 sowie die Nachvergütungsbescheide vom 12.02.2016 insoweit aufzuheben, als darin die Vergütung für die im Quartal 1/2008 erbrachten ambulanten Notfallbehandlungen um einen Investitionskostenabschlag von 10 % gekürzt worden ist,

hilfsweise, die Revision zuzulassen.

Die Beklagte beantragt,

die Berufung zurückzuweisen und die Klage gegen die Bescheide vom 12.02.2016 abzuweisen.

Sie hält das Urteil des SG für zutreffend und die Kürzung der Vergütung um den Investitionskostenabschlag von 10 % für zulässig. Das BSG habe in zahlreichen Entscheidungen ausgeführt, dass die ambulante Notfallbehandlung von gesetzlich Krankenversicherten durch nicht an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmende Ärzte eines öffentlich geförderten Krankenhauses mit einem 10-prozentigen Investitionskostenabschlag zu vergüten sei. Die maßgebliche Regelung in § 120 Abs. 3 Satz 2 SGB V erfasse nicht lediglich die Leistungen ermächtigter Krankenhausärzte und ermächtigter Einrichtungen. Dieser Norm liege vielmehr zu Grunde, dass die Länder unter anderem Investitionskosten der Krankenhäuser für Gebäude und medizinisch-technische Geräte zu tragen hätten. Da in den kassenärztlichen Gebührenansätzen ein Investitionskostenanteil enthalten sei, käme es bei der Vergütung ambulanter Leistungen in öffentlich geförderten Krankenhäusern in gewissem Umfang zu einer Doppelfinanzierung der Investitionskosten. Dies solle verhindert werden, in dem von der nach § 120 Abs. 1 SGB V anfallenden Vergütung generell ein Investitionskostenabschlag von 10 % vorgenommen werde. Dieser Rechtsgedanke treffe in gleicher Weise auf die Vergütung ambulanter Notfallbehandlungen in Krankenhäusern zu. Dies habe das BSG als sachlich gerechtfertigt und systemgerecht angesehen. Es habe in seiner Entscheidung vom 13.05.1998 (B 6 KA 41/97 R, in juris) aus § 120 Abs. 3 Satz 2 SGB V den allgemeinen Rechtsgedanken abgeleitet, dass es im Hinblick auf die unterschiedliche Kostensituation in öffentlich geförderten Krankenhäusern einerseits und in Praxen niedergelassener Ärzte andererseits generell gerechtfertigt sei, die Vergütungen für

die im Krankenhaus erbrachten Notfallbehandlungen um 10 % gegenüber den Sätzen der vertragsärztlichen Vergütung zu reduzieren. Die Anwendung dieses allgemeinen Rechtsgrundsatzes entfalte auch Schutzwirkung zu Gunsten der Krankenhäuser, als eine über den 10-prozentigen Abschlag hinausgehende Begrenzung des sich auf bundesrechtlicher Grundlage ergebenden Vergütungsanspruchs für Notfallbehandlungen als Krankenhausleistung grundsätzlich unzulässig sei. Es bedürfe für die Zulässigkeit des Investitionskostenabschlags auch keiner ergänzenden Regelungen im EBM, HVV, Gesamtvertrag oder ähnlichem. Dies sei insbesondere nicht den von der Klägerin aufgeführten Entscheidungen des BSG zu entnehmen. Der Abzug des 10-prozentigen Investitionskostenabschlages sei in § 120 Abs. 3 Satz 2 SGB V und damit in einem förmlichen Gesetz geregelt. Diese Regelung werde als institutionelle Vorschrift betrachtet. Liege das Tatbestandsmerkmal des "öffentlich geförderten Krankenhauses" vor, finde die Norm für jeden Bereich vertragsärztlicher Leistungserbringung Anwendung. Die Klägerin könne sich auch nicht darauf berufen, sie erhalte keine Forderung für Einrichtungen zur Erbringung der ambulanten Notfallleistungen. Die Regelung des § 5 Abs. 1 Nr. 8 KHG sei vorliegend nicht einschlägig, da die ambulanten Notfallbehandlungen nicht in einer besonderen, mit eigenen Sach- und Personalmitteln ausgestatteten Einrichtung, sondern in der allgemeinen Notfallaufnahme, die unmittelbar der stationären Krankenversorgung diene, erfolge. Auch § 13 Abs. 4 LKHG eröffne bei der Bemessung der Fördermittel lediglich eine Ermessensentscheidung über die angemessene Berücksichtigung der nicht nur vorübergehenden Mitbenutzung von Einrichtungen des Krankenhauses für Zwecke, die, wie die ambulante Notfallversorgung, nicht der stationären Versorgung durch öffentlich geförderte Krankenhäuser dienten. Ob und in welchem Umfang tatsächlich eine Kürzung der Fördermittel aufgrund der Durchführung ambulanter Notfallbehandlungen in der allgemeinen Notfallaufnahme erfolgt sei, habe die Klägerin nicht dargelegt. Die Klägerin könne sich auch nicht auf eine gleichheitswidrige Vergütung berufen, denn sie habe die GOP für die Besuchsbereitschaftspauschale im Quartal 1/2008 bei der Honorarabrechnung gar nicht angesetzt, so dass weder im Honorarbescheid noch im Rahmen einer anderen Verwaltungsentscheidung darüber von der Beklagten entschieden worden sei.

Wegen der weiteren Einzelheiten des Sachverhalts und des Vorbringens der Beteiligten wird auf deren Schriftsätze sowie die Akten der Beklagten, des SG und des Senats Bezug genommen.

Entscheidungsgründe:

Die Berufung der Klägerin ist gemäß §§ 143, 144 SGG statthaft; der Beschwerdewert des § 144 Abs. 1 Satz 1 Nr. 1 SGG (750 EUR) ist bei einer streitigen Honorarforderung in Höhe von 18.615,93 EUR (13.993,70 EUR + 462,22 EUR (=Investitionskostenabschlag auf den Nachvergütungsbetrag)+ 4.160,01 EUR) unzweifelhaft überschritten. Die Berufung ist form- und fristgerecht eingelegt und daher auch im Übrigen gemäß § 151 SGG zulässig.

Streitgegenstand des Berufungsverfahrens sind die Honorarbescheide vom 15.07.2008 in der Gestalt der Widerspruchsbescheide vom 03.03.2011. Die während des Berufungsverfahrens ergangenen Nachvergütungsbescheide vom 12.02.2016 sind ebenfalls Gegenstand des Berufungsverfahrens (§§ 153 Abs. 1, 96 SGG); insoweit entscheidet der Senat auf Klage (vgl. st. Rspr. des BSG, vgl. Urteil vom 25.02.2010 - B 13 R 61/09 R - m.w.N., in juris).

Die Klägerin wendet sich im Berufungsverfahren noch gegen die von der Beklagten in den Honorarbescheiden für das Quartal 1/2008 und den Nachvergütungsbescheiden vorgenommene Kürzung der Vergütung um den in § 120 Abs. 3 Satz 2 SGB V (in der bis zum 31.12.2015 geltenden Fassung (a.F.)) festgelegten Investitionskostenabschlag von 10 % durch entsprechende Verminderung der jeweiligen Fallpunktzahlen; sie verfolgt ihr Begehren insoweit zulässigerweise mit der Anfechtungsklage (§ 54 Abs. 1 Satz 1 SGG). Diese hat im Sinne einer Teilanfechtung allein die genannte Vergütungskürzung zum Gegenstand. Die Vergütungskürzung stellt eine gesondert anfechtbare Teilregelung der Honorarbescheide und der Nachvergütungsbescheide dar (zur Teilanfechtung von Honorarbescheiden etwa BSG; Urteil vom 23.02.2005, - B 6 KA 77/03 R -, auch LSG Schleswig-Holstein, Urteil vom 21.01.2003, - L 6 KA 105/00 -, beide in juris). Die Regelung des § 120 Abs. 3 Satz 2 SGB V a.F. und damit der hier streitige Investitionskostenabschlag ist zum 01.01.2016 weggefallen (Gesetz vom 10.12.2015, BGBl. I S. 2229).

Die Berufung der Klägerin ist jedoch nicht begründet. Die Beklagte hat die Vergütung für die in Rede stehenden ambulanten Notfallbehandlungen zu Recht gemäß § 120 Abs. 3 Satz 2 SGB V a.F.um den Investitionskostenabschlag von 10 % gekürzt. Das SG hat dies in seinem Urteil eingehend und zutreffend unter Hinweis auf die einschlägige Rechtsprechung des BSG dargelegt. Der Senat teilt die Rechtsauffassung des SG. Die Klägerin hat sich zur Begründung ihrer Berufung - hinsichtlich der allein noch streitigen Vergütungskürzung um den Investitionskostenabschlag nach § 120 Abs. 3 Satz 2 SGB V a.F. - im Wesentlichen darauf beschränkt, ihr Vorbingen im Verwaltungsverfahren und im sozialgerichtlichen Verfahren zu wiederholen und zu vertiefen. Der Senat nimmt deshalb zur Vermeidung von Wiederholungen auf die Entscheidungsgründe des angefochtenen Urteils Bezug nehmen (§ 153 Abs. 2 SGG). Der Senat hat im Urteil vom selben Tag im Verfahren L 5 KA 3138/12 ebenfalls über die Zulässigkeit des Investitionskostenabschlags entschieden und hierzu Folgendes ausgeführt:

"Die Absetzung des Investitionskostenabschlags (für die hier streitige Zeit - Quartale 2/2005 bis 1/2007) beruht auf § 120 Abs. 3 Satz 2 SGB V a.F. Danach ist bei öffentlich geförderten Krankenhäusern die Vergütung nach § 120 Abs. 1 SGB V (im Krankenhaus erbrachte ambulante ärztliche Leistungen - insbesondere - ermächtigter Krankenhausärzte) um einen Investitionskostenabschlag von 10 v.H. zu kürzen. Die Vorschrift ist hier (unstreitig) nicht unmittelbar, aber nach ihrem Rechtsgedanken (entsprechend) anzuwenden. Das folgt aus der (im Urteil des SG angeführten) Rechtsprechung des BSG, der sich der Senat anschließt. Das BSG hat den in § 120 Abs. 3 Satz 2 SGB V a.F. festgelegten Investitionskostenabschlag gleichsam institutionell begriffen und mit seinem Rechtsgedanken auf jedwede sich im institutionellen Rahmen des Vertragsarztrechts vollziehende (ambulante) Leistungserbringung im Krankenhaus übertragen. Das gilt auch für die hier streitige Erbringung von Notfallbehandlungen nach Maßgabe des § 76 Abs. 1 Satz 2 SGB V. Notfallbehandlungen dieser Art sind kraft Gesetzes in den institutionellen Rahmen der vertragsärztlichen Leistungserbringung eingegliedert (vgl. jüngst etwa: BSG, Urteil vom 08.09.2015, - B 1 KR 14/14 R -, in juris), ohne dass es darauf ankommt, ob der die Notfallbehandlung vornehmende Arzt oder das Krankenhaus ansonsten an der vertraglichen Leistungserbringung für gesetzlich Versicherte teilnimmt und auf welcher statusrechtlichen Grundlage das ggf. stattfindet. Die vom Krankenhaus gemäß § 76 Abs. 1 Satz 2 SGB V erbrachte (ambulante) Notfallbehandlung wird nach Maßgabe des vertragsärztlichen Vergütungsrechts in seiner Gesamtheit vergütet, wobei zu dem untergesetzlichen Regelwerk (insbesondere) des EBM die Gesetzesbestimmung des § 120 Abs. 3 Satz 2 SGB V a.F. hinzutritt. Der in dieser Vorschrift (institutionell) festgelegte Investitionskostenabschlag geht dem untergesetzlichen vertragsärztlichen Vergütungsrecht vor. Dieses darf den gesetzlichen Investitionskostenabschlag weder (explizit noch implizit) ausschließen noch muss es ihn gesondert (zusätzlich) festlegen. Denkbar wäre eine

gesetzeskonforme Übernahme des Investitionskostenabschlags durch den EBM, was hier aber weder im EBM 2000plus (GNR 01218) noch in dem Beschluss des Erweiterten Bewertungsausschusses vom 16.12.2009 (a.a.O.) geschehen ist, weshalb es bei der Maßgeblichkeit des Gesetzes bleibt. Nach der Rechtsprechung des BSG ist es zwar unzulässig, Notfallleistungen im Krankenhaus vergütungsrechtlich schlechter zu stellen als vergleichbare Leistungen von Vertragsärzten ( ). Zulässig - und nach den dargestellten Rechtsgrundsätzen zur Anwendung des § 120 Abs. 3 Satz 2 SGB V a.F. hier auch geboten - ist es aber, die Vergütung des Krankenhauses für Notfallleistungen um den Investitionskostenabschlag von 10 % zu kürzen (dazu auch etwa Sonnhoff in: Hauck/Noftz, SGB V § 120 Rdnr. 23; jurisPK-SGB V/Köhler-Homann § 120 Rdnr. 77 ff.; KassKomm/Hess, SGB V § 120 Rdnr. 16 jeweils unter Hinweis auf die Rspr. des BSG; auch etwa LSG Sachsen, Urteil vom 14.11.2012, - L 8 KA 17/11 - oder BSG, Urteil vom 06.09.2006, - B 6 KA 31/05 R -, in juris). Die auf das Krankenhausförderungsrecht (§ 5 Abs. 1 Nr. 8 KHG) gestützten Einwendungen, die die Klägerin bereits im sozialgerichtlichen Verfahren erhoben hat, überzeugen auch den Senat nicht. Wie das SG zutreffend dargelegt hat, ist die Doppelfinanzierung, die § 120 Abs. 3 Satz 2 SGB V a.F. vermeiden will, vorliegend nicht von vornherein ausgeschlossen, weil die Notfallbehandlungen von der auch der stationären Krankenhausbehandlung dienenden allgemeinen Notaufnahme ( ) und nicht von einer - von der Investitionskostenförderung ausgeschlossenen - gesonderten Einrichtung vorgenommen werden. Dagegen ist im Berufungsverfahren Neues nicht vorgetragen worden; das gilt auch für die vom SG ebenfalls zu Recht als unerheblich verworfenen Einwendungen im Hinblick auf die landesrechtliche Vorschrift in § 13 Abs. 4 LKHG. Dass die Erbringung von Notfallleistungen die Krankenhäuser (wie aus dem von der Klägerin angeführten Gutachten der Deutschen Krankenhausgesellschaft ersichtlich ist) wirtschaftlich erheblich belastet, ist für die Anwendung des § 120 Abs. 3 Satz 2 SGB V a.F. nicht von Belang; das mag dazu beigetragen haben, das Gesetz zum 01.01.2016 zu ändern und den Investitionskostenabschlag für die Zukunft abzuschaffen. Für die Vergangenheit (hier für die Quartale 2/2005 bis 1/2007) bleibt es aber bei der Anwendung des zu dieser Zeit (noch) geltenden Rechts."

An diesen Ausführungen ist auch hinsichtlich der Vergütung für das hier in Streit stehende Quartal 1/2008 festzuhalten. Auch insoweit kommt es entgegen der Auffassung der Klägerin nicht darauf an, dass der EBM 2008 keine Regelung über den Investitionskostenabschlag getroffen hat. Maßgeblich ist allein der in der gesetzlichen Regelung des § 120 Abs. 3 Satz 2 SGB V a.F. zum Ausdruck kommende allgemeine Rechtsgedanke, mit dem der institutionellen Zuordnung der ambulanten Notfallbehandlung im Krankenhaus zur vertragsärztlichen Versorgung Rechnung getragen und eine Doppelfinanzierung der Investitionskosten abgewendet wurde (st. Rspr. des BSG, zuletzt Beschluss vom 17.07.2013 - B 6 KA 8/13 B - und Urteil vom 02.07.2014 - B 1 KA 30/13 R -, jeweils in juris). Einer Umsetzung dieses Rechtsgedankens im EBM 2008 bedurfte es nicht. Das BSG hat sich in seinem Urteil vom 17.09.2008 (B 6 KA 46/07 R, in juris Rdnr. 21) auch zum EBM 2008 geäußert und ausgeführt, dass der Bewertungsausschuss mit der identischen Bewertung der GOP 01210 mit 405 Punkten sowohl für den Ordinationskomplex im organisierten Notfalldienst als auch in den Krankenhäusern die Konsequenzen aus der Rechtsprechung des BSG zur Vergütung von Notfallbehandlungen (Urteil vom 06.09.2006 - B 6 KA 31/05 R -, in juris) gezogen habe. In diesem Zusammenhang hat das BSG auch die Kürzung um den 10-prozentigen Abschlag im Sinne eines allgemeinen Rechtsgedankens erneut als Grundsatz der Vergütung für die von Krankenhäusern erbrachten ambulanten Notfallbehandlungen angenommen (BSG, Urteil vom 17.09.2008 - B 6 KA 46/07 R -, in juris Rdnr. 28ff.). Dies spricht dafür, dass das BSG auch unter der Geltung des EBM 2008 von der Zulässigkeit des 10-prozentigen Investitionskostenabschlags ausgeht, ohne dass es dazu einer Regelung im EBM bedarf. Schließlich haben auch die mit der A. und dem VdAK sowie dem AEV geschlossenen Gesamtverträge, auf die die Beklagte im erstinstanzlichen Verfahren verwiesen hat, diesen Rechtsgedanken aufgenommen und ihren Regelungen zugrunde gelegt (vgl. § 17 Ziff. 6 A. Gesamtvertrag bzw. Ziff. 3.2. des Gesamtvertrages mit VdAK und AEK).

Der Klägerin kann auch nicht darin gefolgt werden, dass die EBM-Vergütungen für Notfallbehandlungen keinen Investitionskostenanteil enthielten. Dies ergibt sich vielmehr bereits unmittelbar aus dem Gesetz. Nach § 120 Abs. 1 Satz 2 SGB V sind die allgemeinen Praxiskosten mit den Gebühren abgegolten, soweit nicht der EBM etwas anderes bestimmt. Nach Nr. 7.1 der Allgemeinen Bestimmungen des EBM 2008 sind in den GOP - soweit nichts anderes bestimmt ist - die allgemeinen Praxiskosten enthalten. Diese Praxiskosten umfassen sämtliche Finanzierungskosten der Praxis des niedergelassenen Vertragsarztes. Diese Regelungen gelten uneingeschränkt für sämtliche GOP. Abweichende Regelungen, die die Investitionskosten aus den Gebührentatbeständen für Notfallbehandlungen herausnehmen würden, enthalten die hier maßgeblichen GOP des EBM 2008 nicht. Das BSG hat den Investitionskostenanteil in den kassenärztlichen Vergütungssätzen in seinem Urteil vom 19.08.1992 (- 6 RKa 6/91 -, in juris) gerade zum Ausgangspunkt seiner Rechtsprechung zur sachlichen Rechtfertigung des 10-prozentigen Investitionskostenabschlags gemacht. Im Übrigen geht auch das von der Klägerin zuletzt vorgelegte Gutachten der DKG vom 17.02.2015 von einem in den EBM-Gebührensätzen enthaltenen Investitionskostenanteil aus. Denn darin wird - im Sinne einer grundsätzlichen Prämisse - angenommen, dass die EBM-Erlöse wegen der pauschalen Streichung von 10 % der Erlössumme seitens der Kassenärztlichen Vereinigungen keine Investitionskostenanteile (mehr) enthalten. Auch dort wird folglich davon ausgegangen, dass die ungekürzten EBM-Gebühren solche Anteile umfassen. Dies rechtfertigt insbesondere auch die Kürzung der Fallpunktzahlen sämtlicher abgerechneter GOP und nicht nur der spezifischen GOP für Notfallbehandlungen.

III.

Die Kostenentscheidung beruht auf § 197a Abs. 1 Satz 1 SGG i.V.m. §§ 154 Abs. 2, 155 Abs. 1 Verwaltungsgerichtsordnung (VwGO). Soweit die Beklagte der Klägerin eine Nachvergütung in Höhe von 4.160,01 EUR gewährt hat, hat sie die Kosten des Verfahrens in beiden Rechtszügen zu tragen. Mit ihrem weitergehenden Vergütungsbegehren in Höhe von 14.455,92 EUR war die Klägerin unterlegen, so dass sie insoweit die Kosten zu tragen hat.

Die Festsetzung des Streitwerts beruht auf §§ 62 Abs. 2, 52 Abs. 3 Gerichtskostengesetz (GKG). Hinsichtlich der von der Klägerin angefochtenen Vergütungskürzung ist gemäß § 52 Abs. 3 GKG der Kürzungsbetrag von 14.455,92 EUR maßgeblich, hinsichtlich des Nachvergütungsanspruchs der gewährte Betrag von 4.160,01 EUR. Da der Nachvergütungsanspruch auch Gegenstand des erstinstanzlichen Verfahrens war, hatte der Senat den Streitwert für die erste Instanz von Amts wegen zu ändern (§ 63 Abs. 3 Satz 1 Nr. 2 GKG).

Gründe für die Zulassung der Revision bestehen nicht (§ 160 Abs. 2 SGG).
Rechtskraft
Aus
Login
BWB
Saved

2016-03-14