

L 12 KA 209/14

Land

Freistaat Bayern

Sozialgericht

Bayerisches LSG

Sachgebiet

Vertragsarztangelegenheiten

Abteilung

12

1. Instanz

SG München (FSB)

Aktenzeichen

S 49 KA 539/12

Datum

24.10.2014

2. Instanz

Bayerisches LSG

Aktenzeichen

L 12 KA 209/14

Datum

16.12.2015

3. Instanz

Bundessozialgericht

Aktenzeichen

-

Datum

-

Kategorie

Urteil

Leitsätze

1. Bei dem Abschluss und der Ausgestaltung von strukturvertraglichen Regelungen kommt den Vertragsparteien ein weiter Ermessens- und Gestaltungsspielraum zu.

2. Eine Ungleichbehandlung zwischen von Vertragsärzten im organisierten Notfalldienst und von Krankenhausambulanzen erbrachten Notfallbehandlungen bedarf aber auch im Rahmen strukturvertraglicher Regelungen eines sachlichen Grundes.

I. Auf die Berufung der Klägerin werden das Urteil des Sozialgerichts München vom 24. Oktober 2014 und die Honorarbescheide der Beklagten vom 16. November 2011 und 15. Februar 2012 jeweils in der Fassung der Widerspruchsbescheide vom 25. April 2012 und 20. Juni 2012 aufgehoben, soweit die Bereitschaftsdienstpauschalen nach den GOP 95606 und 95607 abgesetzt wurden und die Beklagte verurteilt, unter Beachtung der Rechtsauffassung des Gerichts insoweit erneut über die Honoraransprüche der Klägerin für die Quartale 2/2011 und 3/2011 zu entscheiden.

II. Die Beklagte trägt die Kosten des Rechtsstreits in beiden Instanzen.

III. Die Revision wird zugelassen.

Tatbestand:

Die Beteiligten streiten über die Vergütung von ambulanten Notfallbehandlungen im Krankenhaus. Die Klägerin ist Trägerin eines im Bezirk der Beklagten gelegenen Krankenhauses, welches eine Notfallambulanz betreibt. Die Beklagte hat mit Richtigstellungsbescheid vom 16.11.2011 die Gesamtabrechnung der Klägerin für das Quartal 2/2011 u.a. bezüglich der Leistungen GOP 95606 und 95607 (sog. Bereitschaftsdienstpauschale) in Höhe von 9.760,28 EUR richtig gestellt. Hiergegen hat die Klägerin mit Schreiben vom 18.11.2011 Widerspruch eingelegt. Die Sicherstellung des Bereitschaftsdienstes für ambulante Patienten, insbesondere in der Nacht und an Wochenenden/Feiertagen, verursache einen erhöhten personellen und sachlichen Aufwand. Es gebe daher keinen sachlichen Grund, die Bereitschaftsdienstpauschale nach den Abrechnungsziffern 95606 (tags) und 95607 (Nacht) nicht zu gewähren und die Klinik damit im Vergleich zu den niedergelassenen Ärzten schlechter zu stellen. Für die Teilnahme am Bereitschaftsdienst zu den sprechstundenfreien Zeiten hätte daher auch das Krankenhaus Anspruch auf die Bereitschaftsdienstpauschalen für die Teilnahme am Bereitschaftsdienst. Der Widerspruch der Klägerin wurde mit Widerspruchsbescheid vom 25.04.2012 zurückgewiesen. Nach § 1 Abs. 1 der Bereitschaftsdienstordnung der Kassenärztlichen Vereinigung Bayerns habe die Beklagte die Aufgabe, die vertragsärztliche Versorgung der Versicherten in ihrem Zuständigkeitsbereich sicher zu stellen ([§ 75 Abs. 1 Satz 1 SGB V](#)). Die Sicherstellung umfasse gemäß [§ 75 Abs. 1 Satz 2 SGB V](#) auch die vertragsärztliche Versorgung zu den sprechstundenfreien Zeiten (Notdienst). Die KVB organisiere diesen Dienst unter der Bezeichnung "Ärztlicher Bereitschaftsdienst" nach Maßgabe der Bestimmungen. Nach § 1 Abs. 3 würden die Zulassung als Arzt, Psychotherapeut oder Medizinisches Versorgungszentrum (MVZ) gemäß [§ 95 Abs. 1 Satz 2 SGB V](#) und [§ 101 Abs. 1 Satz 1 Nr. 4 SGB V](#) und die Ermächtigung außerbayrischer Ärzte zur vertragsärztlichen Versorgung deren Verpflichtung zur Teilnahme am ärztlichen Bereitschaftsdienst bewirken, sofern sich aus den nachfolgenden Regelungen nichts anderes ergebe. Zugelassene oder angestellte Ärzte und Psychotherapeuten, die gemäß § 1 Abs. 5 der Bereitschaftsdienstordnung nicht zur Teilnahme am ärztlichen Bereitschaftsdienst verpflichtet seien, seien zur Teilnahme auf Antrag berechtigt, soweit sie geeignet seien und über die erforderliche räumliche und apparative Ausstattung verfügen. Notfallambulanzen gehörten nicht zu dem genannten Teilnehmerkreis und könnten somit die GOP 95606 und 95607 nicht abrechnen. Mit weiterem Richtigstellungsbescheid zum Quartal 3/2011 vom 15.02.2012 wurde die Abrechnung der Klägerin u.a. bezüglich der Leistungen der GOP 95606 und 95607 in Höhe von 9.686,41 EUR richtig gestellt. Der Widerspruch der Klägerin vom 29.02.2012 wurde mit Widerspruchsbescheid vom 20.06.2012 zurückgewiesen. Die Begründung des Widerspruchsbescheides entspricht derjenigen zum Quartal 2/2011.

Die Klägerin hat gegen die Widerspruchsbescheide vom 25.04.2012 und 20.06.2012 am 24.05.2012 bzw. 17.07.2012 Klagen zum Sozialgericht München erhoben, die mit gleichlautenden Schriftsätzen vom 13.07.2012 näher begründet wurden. Die Klägerin verfolge mit den vorliegenden Klagen insbesondere das Ziel, einen den gesetzlichen Vorgaben entsprechende Vergütung für die erbrachten ambulanten Notfallleistungen im Krankenhaus zu erhalten, wie sie in gleicher Weise von der Beklagten für die Behandlung ambulanter Notfälle durch niedergelassene Vertragsärzte vergütet würden. Die Streichung der von der Klägerin geltend gemachten Bereitschaftsdienstpauschalen sei mit den gesetzlichen Vorgaben nicht zu vereinbaren. Die Notfallbehandlung durch Krankenhäuser (= Nichtvertragsärzte) finde ihre gesetzliche Grundlage in [§ 76 Abs. 1 SGB V](#). Die vertragsärztliche Gesamtvergütung nach [§ 85 SGB V](#) umfasse auch die Notfallbehandlung durch Nichtvertragsärzte. Daraus folge, dass der Vergütungsanspruch des Krankenhauses für geleistete Notfallbehandlungen sich unmittelbar an die zuständige Kassenärztliche Vereinigung richte. Die Krankenkassen hätten einen gesetzlich verankerten Anspruch, ihre Notfallleistungen genauso vergütet zu bekommen wie die vergleichbaren Leistungen der Vertragsärzte (schließlich würden auch alle aus einem Topf - der Gesamtvergütung - bezahlt). Sofern für Vertragsärzte Vergütungen außerhalb des EBM vereinbart seien, seien diese gleichermaßen für Krankenhäuser im Rahmen der Notfallbehandlung maßgeblich. So sei in einer vertraglichen Vereinbarung zwischen der Beklagten und den Landesverbänden der Regionalkassen die gesonderte Vergütung der Teilnahme am Bereitschaftsdienst (Bereitschaftsdienstpauschalen) vorgesehen. Krankenhäuser würden in gleicher Weise am Bereitschaftsdienst - insbesondere in der Nacht und am Wochenende/Feiertag - teilnehmen und würden somit in erheblichem Umfang die ständige ärztliche Versorgung sicherstellen. Durch die Bereitschaft Patienten im Notfall zu jeder Zeit ambulant zu versorgen, würden den Krankenhäusern Aufwendungen in personeller und sachlicher Hinsicht entstehen. Es gebe daher keinen sachlichen Grund, Krankenhäusern die Erstattung der zwischen KVB und Regionalkassen vereinbarten Bereitschaftsdienstpauschalen zu verwehren. Dies würde den Grundsatz auf gleiche Vergütung für gleiche Leistungen verletzen. Hierzu hat sich die Beklagte mit Schriftsatz vom 25.10.2012 geäußert. Der ärztliche Bereitschaftsdienst/Notdienst sei Teil der vertragsärztlichen Versorgung der Patienten, welche die Beklagte mit den zugelassenen und mit den bei Vertragsärzten gemäß [§ 95 Abs. 9 Satz 1 SGB V](#) oder in MVZ angestellten Ärzten sowie Psychologischen Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten in den Sprechstundenfreien Zeiten sicherstelle. Die Pflicht zur Teilnahme am ärztlichen Notdienst ergebe sich aus der Zulassung als Vertragsarzt im Rahmen der gesetzlichen Krankenversicherung und bestehe somit lediglich für Vertragsärzte. Der Aufwand, auch außerhalb der üblichen Sprechzeiten für die vertragsärztliche Versorgung zur Verfügung zu stehen, werde von Seiten der Regionalkassen entsprechend Abschnitt I.2 der Anlage B zum Gesamtvertrag "Regionale Vereinbarung zur strukturellen und finanziellen Förderung ausgewählter Leistungen" außerhalb der Gesamtvergütung gesondert vergütet. In den §§ 1, 3 BDO-KVB sei geregelt, welche Ärzte zur Teilnahme am ärztlichen Bereitschaftsdienst verpflichtet seien. Danach gehöre die Klägerin nicht zu dem genannten Teilnehmerkreis. Hierzu hat sich nochmals die Klägerin mit Schriftsatz vom 18.12.2012 geäußert. Der Umfang der vertragsärztlichen Versorgung werde in [§ 2 Bundesmantelvertrag-Ärzte \(BMV-Ä\)](#) definiert. Nach [§ 2 Abs. 2 Nr. 4 BMV-Ä](#) würden zur vertragsärztlichen Versorgung auch die in Notfällen ambulant ausgeführten Leistungen durch nicht an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmende Ärzte gehören. Es sei korrekt, dass die Teilnahme am Bereitschaftsdienst für Vertragsärzte verpflichtend sei. Gerade deshalb würden mit den Pauschalen keine Anreize zur Erbringung zusätzlicher Leistungen gesetzt, sondern es werde zusätzlich vergütet, dass einer verpflichtenden Tätigkeit nachgekommen werde. Krankenhäuser seien nicht verpflichtet, aber berechtigt, am Bereitschaftsdienst teilzunehmen. Ohne die "freiwillige" Teilnahme der Krankenhäuser wäre die Sicherstellung der ärztlichen Versorgung insbesondere in der Nacht und am Wochenende nicht gewährleistet. Auch den Krankenhäusern entstehe durch die Sicherstellung der ärztlichen Versorgung zu den Sprechstundenfreien Zeiten der Vertragsärzte zusätzlicher Aufwand in personeller und sachlicher Hinsicht. Die Krankenhäuser seien per Gesetz zur ambulanten Notfallversorgung zugelassen ([§ 76 Abs. 1 SGB V](#)). Der Vergütungsanspruch der Krankenhäuser für die ambulant erbrachten Notfallleistungen ergebe sich ebenfalls aus dem Gesetz. Nach [§ 85 SGB V](#) umfasse die vertragsärztliche Gesamtvergütung auch die Notfallbehandlung durch Nichtvertragsärzte. Die ambulanten Bereitschaftsdienst- oder Notfallleistungen der Vertragsärzte und Nichtvertragsärzte würden insofern aus demselben "Topf" erstattet. Auch der EBM sehe ausdrücklich die Abrechnung der ambulanten Notfallleistungen durch Krankenhäuser nach den gleichen Maßstäben wie durch Vertragsärzte vor. Des Weiteren seien die ambulanten Bereitschaftsdienstleistungen der Krankenhäuser denen der Vertragsärzte auch völlig gleichgestellt. Alleine der Umstand, dass Vertragsärzte von der KVB zugelassen seien und Krankenhäuser nicht, rechtfertige es nicht, völlig gleiche Leistungen unterschiedlich zu vergüten (so auch BSG, Urteile vom 20.12.1995, Az.: [6 RKa 25/95](#) und vom 09.06.2006, Az.: [B 6 KA 31/05 R](#), wonach eine unterschiedliche Vergütung der Notfallleistungen von Vertragsärzten und Krankenhäusern allein hinsichtlich des Investitionskostenabschlags in Höhe von 10 % mit dem Gleichheitsgrundsatz zu vereinbaren sei). Hierauf hat nochmals die Beklagte mit Schriftsatz vom 26.09.2014 erwidert. Die Bereitschaftsdienstpauschale werde im streitgegenständlichen Quartal nur von bestimmten Krankenkassen gezahlt. Die Klägerin habe keinen Anspruch auf Zahlung der Bereitschaftsdienstpauschalen, da sie keine der maßgeblichen Voraussetzungen erfülle. Zunächst falle sie als Krankenhaus nicht unter den anspruchsberechtigten Personenkreis. Ferner sei sie keinem bestimmten Bereitschaftsdienstbereich zugeordnet. Sie finde weder in der Dienstplanerstellung Berücksichtigung noch übernehme sie einen solchen Bereitschaftsdienst anstelle eines anderen Vertragsarztes. Soweit die Klägerin den Anschein erwecke, dass die Beklagte ihrer bestehenden Verpflichtung nicht nachkommen würde und die Klägerin an der Stelle der Beklagten den Bereitschaftsdienst erbringe, werde dieser Darstellung entschieden widersprochen. Der Bereitschaftsdienst werde auch im Einzugsgebiet der klägerischen Klinik, insbesondere auch nach Schließen der Bereitschaftspraxis lückenlos durch Vertragsärzte ausgeführt. Nach der Systematik des Gesetzgebers erfolge die ambulante ärztliche Versorgung gesetzlich Versicherter primär durch Vertragsärzte, sowohl während der Sprechstundenzeiten als auch außerhalb dieser Zeiten im sog. Notdienst- bzw. Bereitschaftsdienst. Die Kassenärztlichen Vereinigungen hätten die vertragsärztliche Versorgung in dem in [§ 73 Abs. 2 SGB V](#) bezeichneten Umfang sicher zu stellen (sog. Sicherstellungsauftrag), was u.a. auch die vertragsärztliche Versorgung zu den Sprechstundenfreien Zeiten umfasse. Im Gegensatz dazu seien die Krankenhäuser nicht mit der Durchführung und Organisation des Bereitschaftsdienstes betraut. Insofern würden Krankenhäuser auch nicht "freiwillig" am Bereitschaftsdienst teilnehmen, sondern sie versorgen in der besonderen Situation eines Notfalles als "Nichtvertragsärzte" die jeweiligen Versicherten gemäß [§ 76 Abs. 1 Satz 2 SGB V](#). Das Vorhalten einer speziellen Ambulanz entspringe ausschließlich organisatorischen Erwägungen seitens der Krankenhäuser, eine gesetzliche Verpflichtung hierzu gebe es nicht. Die Mitwirkung an der ambulanten Versorgung durch andere Leistungserbringer als Vertragsärzte bedürfe entsprechender gesetzlicher Regelungen (vgl. BSG, Urteil vom 12.01.2012, Az.: [B 6 KA 3/12 R](#)). Eine positive Regelung, gerichtet auf die Einbeziehung der Krankenhäuser in den Bereitschaftsdienst sei im Bereich der Kassenärztlichen Vereinigung Bayerns jedoch nicht geschaffen worden. Ein Verstoß gegen [Art. 3 Grundgesetz \(GG\)](#) liege nicht vor. Es sei der Beklagten verwehrt, in entsprechender Weise wie die Vertragsärzte auch die Krankenhäuser verpflichtend zum Bereitschaftsdienst einzuteilen. Bereits aus diesem Grunde scheide ein Verstoß gegen [Art. 3 GG](#) aus, da zwischen den Vertragsärzten einerseits und den Kliniken andererseits signifikante Unterschiede bestehen würden, die eine differenzierte Behandlung rechtfertigen. Indem an das Bestehen bzw. Nichtbestehen einer gesetzlichen Verpflichtung zur Erbringung des Bereitschaftsdienstes angeknüpft werde, sei der Unterschied von solcher Art und solchem Gewicht, dass er eine differenzierte Behandlung von Vertragsärzten einerseits und Krankenhäusern andererseits rechtfertige. Auch stelle die Beklagte sicher, dass die zum Bereitschaftsdienst verpflichteten Vertragsärzte die für den Bereitschaftsdienst erforderlichen hinreichenden Kenntnisse erworben haben und regelmäßig auffrischen. Diese

ausschließlich für Vertragsärzte maßgebliche Verpflichtung gehe weit über die allgemeine berufsrechtliche Pflicht hinaus. Die Gewährung der streitgegenständlichen GOP in Höhe von 4,70 EUR für die Tagstunde und 8,33 EUR für die Nachstunde sei nicht ansatzweise geeignet, die Freiheit der beruflichen Tätigkeit der Klägerin nachteilig zu beeinträchtigen. Die Krankenhäuser hätten sowohl dem Grunde als auch der Höhe nach Anspruch auf Vergütung der EBM-Ziffern, die aus der Gesamtvergütung zu honorieren seien (vgl. BSG, Urteil vom 12.12.2012, Az.: [B 6 KA 3/12 R](#)). Bei den streitgegenständlichen GOP handle es sich weder um eine Gebührenordnungsposition des EBM noch um Vergütungsbestandteile der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung nach [§ 87a SGB V](#). Es handle sich hierbei um eine strukturell nicht mit dem EBM vergleichbare Regelung, da die Finanzierung außerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung extrabudgetär erfolge. Außerhalb der regulären Sprechstundenzeiten werde in den Bereitschaftsdienstbezirken A-Stadt Stadt und A-Stadt Land der organisierte Bereitschaftsdienst voll umfänglich durch niedergelassene Vertragsärzte erbracht.

Die Beigeladene zu 1) hat sich mit Schriftsatz vom 13.10.2014 im Wesentlichen dem Vortrag der Beklagten angeschlossen.

Die Klägerin hat mit Schriftsatz vom 21.10.2014 geltend gemacht, dass die Rechtsprechung des BSG mit Urteilen vom 02.07.2014, Az.: [B 6 KA 30/13 R](#), vom 12.12.2012, Az.: [B 6 KA 4/12 R](#) und [BSGE 102, 134](#) das Klagebegehren voll umfänglich stützen würde. Nach [§ 76 Abs. 1 Satz 2 SGB V](#) könnten ambulante Notfalleleistungen auch durch Krankenhäuser als Nichtvertragsärzte durchgeführt werden. Werde diese Berechtigung in Anspruch genommen, sei das Krankenhaus wie der vertragsärztliche Bereich zu behandeln. Die Rechtsgrundlage des Vergütungsanspruchs für Nichtvertragsärzte und Krankenhäuser ergebe sich nach der ständigen Rechtsprechung dann dem Grunde und der Höhe nach aus den Vorschriften des Vertragsarztrechts über die Honorierung vertragsärztlicher Leistungen. Es bestehe faktisch eine dominierende Inanspruchnahme der Notfallambulanzen der Krankenhäuser (vgl. hierzu BSG, Urteil vom 02.07.2014, Az.: [B 6 KA 30/13 R](#)). Dies bestätigte selbst der KVB-Vorstand in seiner Presseinformation vom 30.05.2012 mit den Worten: "Werden tatsächlich Bereitschaftsdienstpraxen geschlossen, werden die Patienten außerhalb der üblichen Sprechstundenzeiten vermehrt die Notfallambulanzen der Krankenhäuser aufsuchen. Doch die Kollegen in den Klinikambulanzen sind meist schon jetzt ausgelastet und werden daher den Wegfall der Bereitschaftsdienstpraxen kaum kompensieren können". Der Ansatz, dass keine gesetzliche Aufgabenstellung für die Krankenhäuser bestehe, könne keine ungleiche Vergütung für die Krankenhäuser rechtfertigen, die im Sinne einer Vergütungsprivilegierung der niedergelassenen Ärzte zu interpretieren wäre. Eine gesetzliche Aufgabenzuordnung sei irrelevant. Damit sei ein Verstoß gegen den Grundsatz der gleichen Vergütung für gleiche Leistung klar dargelegt und ein Verstoß gegen [Art. 3 GG](#) gegeben. Auch eine mittelbare Schlechterstellung von Notfalleleistungen im Krankenhaus gegenüber vergleichbaren Leistungen von Vertragsärzten durch Regelungen der Honorarverteilung habe das BSG nicht gebilligt (vgl. BSG, Urteil vom 12.12.2012, Az.: [B 6 KA 4/12 R](#)). Zudem bestehe nicht nur ein Anspruch auf die Gesamtvergütung. Vielmehr gelte, dass nach der ständigen Rechtsprechung des BSG die Abrechnung von Notfallbehandlungen, die durch nicht an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Krankenhäuser erbracht würden aufgrund der Gleichstellung der in Notfällen tätigen Krankenhäuser mit Vertragsärzten die für die Abrechnung maßgeblichen Bestimmungen des Vertragsarztrechts insoweit entsprechend gelten. Diese Gleichstellung bewirke nicht allein die Anwendung der für Vertragsärzte geltenden Honorarregelungen im engeren Sinne, sondern nach der Rechtsprechung des BSG auch die entsprechende Geltung der übrigen für die Erbringung und Abrechnung von Leistungen maßgeblichen Bestimmungen des Vertragsarztrechts.

Das Sozialgericht München hat mit Urteil vom 24.10.2014 die Klage abgewiesen. Die Klägerin könne als Krankenhaus die geltend gemachten Bereitschaftsdienstpauschalen nicht abrechnen, weil die Klägerin die Abrechnungsvoraussetzungen nicht erfülle. Die unter den GOP 95606 und 95607 geregelten Bereitschaftsdienstpauschalen seien von der Beklagten mit den Landesverbänden der beigeladenen Regionalkassen in der mit Wirkung ab 01.01.2009 neu gefassten Anlage B zu den Gesamtverträgen als "regionale Vereinbarung zur strukturellen und finanziellen Förderung ausgewählter Leistungen" unter Abschnitt I.2 vereinbart worden. Danach würden anspruchsberechtigte Ärzte für Zeiten der Teilnahme am organisierten Bereitschaftsdienst pro Stunde, abhängig von der Tageszeit, einen festen Euro-Betrag als Bereitschaftsdienstpauschale vergütet erhalten. In Abschnitt I.2 Nr. 4 sei weiter geregelt, dass die Bereitschaftsdienstpauschale zusätzlich zu der Vergütung der ärztlichen Leistungen gezahlt werde. Da diese Vereinbarungen der Beklagten mit den Regionalkassen ausdrücklich auf Vertragsärzte abstellen, die im Rahmen des von der Beklagten organisierten Bereitschaftsdienstes tätig werden, habe die Klägerin als Krankenhaus aus diesen Vereinbarungen keinen Anspruch auf Vergütung der GOP 95606 und 95607. Der Wortlaut sei insoweit eindeutig und könne auch nicht ergänzend ausgelegt werden. Die Klägerin sei nicht in den von der Beklagten organisierten Bereitschaftsdienst eingebunden. Ein Anspruch der Klägerin auf die geltend gemachte Honorierung der Bereitschaftsdienstpauschalen ergebe sich auch nicht daraus, dass die Vertragsparteien der Gesamtverträge verpflichtet wären, auch die Krankenhäuser in den Kreis der von der Bereitschaftsdienstpauschale begünstigten aufzunehmen. Das BSG habe zwar in ständiger Rechtsprechung betont, dass sich aus der Zuordnung der Notfalleleistungen der Krankenhäuser zur vertragsärztlichen Versorgung ergebe, dass diese aus der Gesamtvergütung zu honorieren und weiter grundsätzlich so zu vergüten seien, als ob sie von zugelassenen Vertragsärzten erbracht worden wären. Diese Grundsätze seien vorliegend jedoch nur bedingt anwendbar, da es hier gerade nicht um die Honorarverteilung der Beklagten gehe, sondern um Vergütungen, die außerhalb der Gesamtvergütung von den Krankenkassen gezahlt werden. Die Leistungspflicht der Krankenkassen erschöpfe sich grundsätzlich in der Zahlung der Gesamtvergütung, die von der Beklagten nach Maßgabe des Honorarverteilungsvertrages an die Leistungserbringer zu verteilen sei. Darüber hinaus stehe es den Parteien der Gesamtverträge grundsätzlich frei, ob und mit welchem Inhalt sog. Strukturverträge, die wie hier extrabudgetäre Leistungen vorsehen, abschließen (vgl. dazu näher BSG, Az.: [B 6 KA 20/05 B](#), BayLSG, Az.: [L 12 KA 26/03](#) und [L 12 KA 275/05](#)). Schon aufgrund dieses weiten Ermessens der Vertragsparteien könne sich selbst aus einer Rechtswidrigkeit des hier vorliegenden Strukturvertrages kein Anspruch des klagenden Krankenhauses auf die Bereitschaftsdienstpauschale ergeben. Vielmehr könnten die Vertragspartner bei einer Beanstandung der Vereinbarung als rechtswidrig ggf. unter Berücksichtigung von Vertrauensschutzgesichtspunkten auch komplett auf die Bezahlung der Bereitschaftsdienstpauschale verzichten. Dem trage die Fassung des klägerischen Antrags auf Neubescheidung Rechnung. Darüber hinaus sei die strukturvertragliche Regelung zu den Bereitschaftsdienstpauschalen rechtlich nicht zu beanstanden. Solche freiwilligen Regelungen seien gerichtlich nur eingeschränkt überprüfbar. Einen zu beanstandenden Verstoß gegen [Art. 3 GG](#) vermöge die Kammer nicht zu erkennen, auch würden keine Anhaltspunkte dafür vorliegen, dass die Gesamtvertragsparteien gegen das auch bei Strukturverträgen zu berücksichtigende Willkürverbot verstoßen hätten. Zweck des Strukturvertrages sei es, dass die Gesamtvertragsparteien ausgewählte Leistungen strukturell und finanziell fördern wollen. Die Krankenkasse könne aus Gründen beschränkter Finanzmittel und mit Blick auf den Grundsatz der Beitragsstabilität Leistungen aus Strukturverträgen durchaus auf bestimmte Arztgruppen beschränken bzw. hier eine bestimmte Gruppe von Leistungserbringern, soweit sich diese Begrenzung nicht als sachwidrig erweise. Wenn sich die Vertragsparteien darauf beschränken, die von der Beklagten verpflichteten Vertragsärzte besonders zu fördern, so vermöge die Kammer darin keine Willkür zu erkennen. Die niedergelassenen Ärzte seien zwar nach ärztlichem Berufsrecht und nach dem Satzungsrecht der Beklagten verpflichtet, am organisierten Notfalldienst teilzunehmen, so dass das Bestreben, die Motivation zur Teilnahme daran zu steigern, keinen sachlich

gerechtfertigten Grund für eine Differenzierung in der Vergütung der Notfallbehandlungen darstelle. Diese Rechtsprechung beziehe sich allerdings auf die Vergütungsregelung der Notfallbehandlungen durch Krankenhäuser. Hier handle es sich dagegen um fakultative Strukturverträge, mit denen die Krankenkassen zusätzliche Vergütungen über die Grundvergütung hinaus bezahlen. Die Bezahlung der Bereitschaftsdienstpauschale knüpfe an den besonderen Qualifikationsnachweis an. Dies stelle ein sachliches Differenzierungskriterium für eine zusätzlich bezahlte, fakultative Vergütung dar, so dass die Begrenzung des Anspruchs auf die Bereitschaftsdienstpauschale auf Vertragsärzte sich nicht als sachwidrig erweise.

Hiergegen richtet sich die Berufung der Klägerin vom 03.12.2014 zum Bayer. Landessozialgericht, die mit Schriftsatz vom 18.02.2015 näher begründet wurde. Die Klägerin habe Anspruch auf Zahlung der geltend gemachten Pauschalen aus dem Grundsatz der gleichen Vergütung für gleiche Leistung. Die Einbeziehung der Krankenhäuser in das vertragsärztliche System auf vertraglicher Grundlage verpflichte diese nach der Rechtsprechung nicht nur zur Beachtung der einschlägigen Normen, sondern berechtige das Krankenhaus als "Nichtvertragsarzt" natürlich auch, die Einhaltung der gesetzlichen Vorgaben einzufordern. Der Ansatz, dass es den Parteien der Gesamtverträge grundsätzlich frei stehe, ob und mit welchem Inhalt sie sog. Strukturverträge, die wie hier extrabudgetäre Leistungen vorsehen, vereinbaren, sei nicht tangiert. Bei der Anwendung dieser Verträge auf berechnete Nichtvertragsärzte seien aber nach dem BSG die Grundsätze der Gleichbehandlung gerade deswegen zu beachten. Es sei rechtlich falsch, den weiten Ermessensspielraum als Rechtfertigung für eine ungerechtfertigte ungleiche Vergütung heranzuziehen, da der Grundsatz der Gleichbehandlung nicht auf den Vertragsschluss, sondern auf die Zahlung der Vergütung für eine gleiche Leistung gerichtet sei. Der gerichtliche Hinweis auf die Möglichkeit, die Zahlungen an die Vertragsärzte einzustellen, könne nicht verfangen. Einem solchen Einwand stehe nach einhelliger Rechtsmeinung der Schutzzweck der Norm entgegen, da gemäß [§ 76 Abs. 1 Satz 2 SGB V](#) die Krankenhäuser bei gerechtfertigter Inanspruchnahme wie Vertragsärzte zur Vergütung ihrer Leistungen berechtigt seien. Die Krankenhausleistungen im Rahmen der ambulanten Notfallbehandlung seien demnach grundsätzlich so zu vergüten, als ob sie von Vertragsärzten erbracht worden wären. Die unterschiedliche Vergütung könne nicht als sachgerecht beurteilt werden und stelle eine mittelbare und gleichheitswidrige Benachteiligung der Klägerin dar. Ausgangspunkt für den Vergütungsanspruch in gleicher Höhe sei nicht die gesetzliche Verpflichtung, sondern allein der Umstand, dass die Behandlung als Notfallbehandlung nach [§ 76 SGB V](#) durch das Krankenhaus durchgeführt worden sei. Zudem sei auf die "Empfehlungsvereinbarung zur Sprechstundenbedarfspauschale im Rahmen der ambulanten Notfallversorgung durch Krankenhäuser" hinzuweisen, dem die Klägerin wirksam beigetreten sei. Unter Ziffer 2 des Vertrages zwischen der KVB, den zuständigen Krankenkassen und dem der Vereinbarung beigetretenen Krankenhaus sei ausdrücklich geregelt, dass sich die Krankenhäuser vertraglich verpflichten, die ambulante Notfallversorgung für die gesetzlich Krankenversicherten durchzuführen. Neben die gesetzliche Normierung nach [§ 76 SGB V](#) trete demnach die vertragliche Verpflichtung auf Behandlung bei einem eingetretenen Notfall. Eine sachlich gerechtfertigte Unterscheidung könne auch nicht dem Umstand der Pflicht zur Fortbildung entnommen werden. Die Fortbildungspflicht könne kein Kriterium zur Rechtfertigung einer Ungleichbehandlung sein, da die Fortbildungspflicht in Bereichen, in denen der Arzt (egal ob Vertragsarzt oder Krankenhausarzt) tätig sei, durch die allgemein für die ganze Ärzteschaft gültige Berufsordnung für die Ärztinnen und Ärzte in Bayern verpflichtend festgelegt sei. Im Krankenhaus seien zudem die dort tätigen angestellten Ärzte verpflichtet, eine dem Einsatz- und Ausbildungszweck angepasste Fortbildung zu absolvieren. Hinzuwiesen sei darauf, dass die KVB-Bereitschaftspraxis am Klinikum der Klägerin an Wochenenden bzw. Feiertagen nur stundenweise geöffnet habe und nachts ab 21.00 Uhr stets und ohne Ausnahme geschlossen sei, wodurch die Inanspruchnahme der Notfallambulanz der Klägerin quasi mittelbar gesteuert werde.

Mit Schriftsatz vom 03.12.2015 hat die Klägerin noch vorgetragen, dass eine sachlich gerechtfertigte Unterscheidung auch nicht in dem Umstand der Pflicht zur Fortbildung gesehen werden könne. Denn entgegen der Behauptung der Beklagten bestehe gar keine, über die gesetzliche Verpflichtung hinausgehende Fortbildungspflicht. Durch das Fehlen einer Fortbildungsverpflichtung könne diese auch keinen besonderen Qualifikationsnachweis darstellen, an den die Bezahlung der Bereitschaftsdienstpauschale anknüpfen könnte. Demnach entfalle das in den erstinstanzlichen Urteilsgründen beschriebene sachliche Differenzierungskriterium für eine zusätzlich bezahlte, fakultative Vergütung. Zudem könne die Beklagte ohne entsprechende Ermächtigungsgrundlage eine Vergütung vertragsärztlicher Leistungen außerhalb der Vertragsgesamtvergütung nicht vereinbaren, auch nicht im Rahmen der mit den Krankenkassen geschlossenen Gesamtverträge. Die Regelung des [§ 87a Abs. 3 Satz 5 2. Halbsatz SGB V](#) komme im vorliegenden Fall als Ermächtigungsgrundlage schon deshalb nicht in Betracht, da die Regelung voraussetze, dass die vertragsärztlichen Leistungen, die außerhalb der Gesamtvergütung vergütet werden sollen, entweder besonders gefördert werden sollen oder dass dies medizinisch oder aufgrund von Besonderheiten bei Veranlassung und Ausführung der Leistungserbringung erforderlich sei. Beide Varianten würden vorliegend nicht in Betracht kommen, da sowohl die Verpflichtung zur Teilnahme am organisierten Bereitschaftsdienst der Beklagten als auch die Verpflichtung zur Fortbildung nicht zur Disposition der Vertragsärzte stehen, sondern den Vertragsärzten bereits von Gesetzes wegen aufgrund ihres Zulassungsstatus obliege.

Der Vertreter der Klägerin stellt den Antrag auf dem Schriftsatz vom 03.12.2014.

Der Vertreter der Beklagten stellt den Antrag aus dem Schriftsatz vom 09.01.2015.

Die Beklagte hat mit Schriftsatz vom 29.04.2015 vorgetragen, dass die Klägerin keinen vertraglichen Anspruch auf die abgesetzten GOP habe. Aus der Empfehlungsvereinbarung zur Sprechstundenbedarfspauschale könne die Klägerin keinen Anspruch auf Gewährung der sog. Bereitschaftsdienstpauschale ableiten. Die Empfehlungsvereinbarung verpflichte die Klägerin nicht zur ärztlichen Behandlung im Rahmen des organisierten Bereitschaftsdienstes entsprechend der Bereitschaftsdienstordnung und stelle zu Lasten der Klägerin mithin keine über [§ 76 Abs. 1 Satz 2 SGB V](#) hinausgehende originäre Verpflichtung dar. Die Klägerin sei daher nicht "auf vertraglicher Grundlage" in den organisierten Bereitschaftsdienst eingebunden. Wesentlicher Inhalt der unter dem 14.12.2010 geschlossenen Empfehlungsvereinbarung zur Sprechstundenbedarfspauschale im Rahmen der ambulanten Notfallversorgung durch Krankenhäuser sei die Regelung zur Erstattung der Sachkosten (sog. Sprechstundenbedarf). Die Vereinbarung regle den Umfang und die Finanzierung der im Zusammenhang mit einer Notfallbehandlung anfallenden Sachkosten und habe lediglich diesbezüglich konstitutiven Charakter. Die Klägerin habe keinen Anspruch auf Zahlungen der streitigen GOP auf der Grundlage der Bereitschaftsdienstordnung, da sie keine der maßgeblichen Voraussetzungen erfülle. Schließlich liege auch kein Verstoß gegen [Art. 3 GG](#) vor. Die Klägerin verkenne, dass auch strukturelle Unterschiede bestehen würden zwischen den jeweils bemühten BSG-Entscheidungen (bei denen es jeweils um die Honorierung bestimmter EBM-Ziffern zu Lasten der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung gegangen sei) und den streitgegenständlichen GOP (extrabudgetär auf rein vertraglicher Basis). Der EBM als Bestandteil des Bundesmantelvertrags habe normative Wirkung. Die darin befindlichen Gebührenordnungstatbestände würden bei der Erbringung von Notfalleleistungen nach ständiger Rechtsprechung des BSG in gleicher Weise für Vertragsärzte gelten wie auch für Nichtvertragsärzte und Krankenhäuser. Im Gegensatz zu den Leistungen der Besuchsbereitschaft (GOP 01211, 01215, 01217, 01219), deren

Anwendungsbereich nach der Leistungslegende des EBM zu Gunsten der Krankenhäuser nicht ausdrücklich ausgeschlossen gewesen sei und deren Leistungen aus der mit befreiender Wirkung von den Krankenkassen zu zahlenden morbiditätsbedingten Gesamtvergütung zu finanzieren seien, handle es sich bei den streitgegenständlichen GOP weder um eine Gebührenordnungsposition des EBM noch um Vergütungsbestandteile der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung. Vielmehr handle es sich bei der Bereitschaftsdienstpauschale um eine rein vertragliche Bestimmung, welche die Vertragspartner ausschließlich auf die anspruchsberechtigten Ärzte begrenzt hätten. Dieser strukturelle Unterschied stelle keinen Verstoß des Normgebers dar, eine Bezugnahme auf die Entscheidung des BSG vom 06.09.2006, Az.: [B 6 KA 31/05 R](#), trage nicht. Der dortige dreiseitige Vertrag zwischen Krankenkassen, Krankenhäusern und Vertragsärzten nach [§ 115 SGB V](#) habe eine Klausel enthalten, wonach "bei der Honorierung der im Krankenhaus erbrachten Notfallleistungen von der zuständigen KÄV 90 % der für niedergelassene Vertragsärzte geltenden Vergütungssätze zugrunde zu legen" seien. Eine Regelung vergleichbaren Inhalts gebe es vorliegend nicht. Ein Anspruch auf die streitgegenständliche GOP bestehe im Übrigen nur dann, wenn die Inanspruchnahme innerhalb der Zeiten des organisierten Bereitschaftsdienstes erfolge und der behandelnde Arzt tatsächlich in den Bereitschaftsdienst eingeteilt worden sei.

Dem Senat liegen die Verwaltungsakte der Beklagten, die Akte des Sozialgerichts München S 49 KA 789/12 und die Berufungsakte [L 12 KA 209/14](#) zur Entscheidung vor, die zum Gegenstand der mündlichen Verhandlung gemacht wurden und auf deren weiteren Inhalt ergänzend Bezug genommen wird.

Entscheidungsgründe:

Die Berufung der Klägerin ist zulässig und begründet. Auf die Berufung der Klägerin waren das Urteil des Sozialgerichts München vom 24.10.2014 und die Honorarbescheide der Beklagten vom 16.11.2011 und 15.02.2012 (Quartale 2 und 3/2011) in der Fassung der Widerspruchsbescheide vom 25.04.2012 und 20.06.2012 insoweit aufzuheben, als die Bereitschaftsdienstpauschalen nach den GOP 95606 und 95607 abgesetzt wurden und die Beklagte zu verurteilen, insoweit erneut unter Beachtung der Rechtsauffassung des Gerichts über die Honoraransprüche der Klägerin für die Quartale 2/2011 und 3/2011 zu entscheiden. Die Beklagte ist zwar grundsätzlich aufgrund von [§ 106a Abs. 2 Satz 1 Halbsatz 1 SGB V](#) gesetzlich berechtigt und verpflichtet, die sachliche und rechnerische Richtigkeit der Abrechnungen nötigenfalls richtig zu stellen. Gegenstand der Abrechnungsprüfung ist auch die Abrechnung von Notfallbehandlungen, die durch nicht an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmende Krankenhäuser erbracht werden, da infolge der Gleichstellung der in Notfällen tätigen Krankenhäuser mit Vertragsärzten die für die Abrechnung maßgeblichen Bestimmungen des Vertragsarztrechts entsprechend anzuwenden sind. Die Gleichstellung bewirkt nicht allein die Anwendung der für Vertragsärzte geltenden Honorarregelungen im engeren Sinne, sondern auch die entsprechende Geltung der übrigen für die Erbringung und Abrechnung von Leistungen maßgeblichen Bestimmungen des Vertragsarztrechts (vgl. BSG, Urteil vom 12.12.2012, [B 6 KA 3/12 R](#), juris - Rdnr. 12). Die auf dieser Grundlage vorgenommenen sachlich-rechnerischen Richtigstellungen der Bereitschaftsdienstpauschalen GOP 95606 und 95607 in den Quartalen 2/2011 und 3/2011 sind aber nicht rechtmäßig. Zwar hat die Beklagte vordergründig zu Recht die von der Klägerin abgerechneten Bereitschaftsdienstpauschalen GOP 95606 und GOP 95607 abgesetzt, denn die Klägerin erfüllt nicht die Anspruchsvoraussetzungen der von der Beklagten mit den Landesverbänden der beigeladenen Regionalkassen in der mit Wirkung ab 01.01.2009 neu gefassten Anlage B zu den Gesamtverträgen vereinbarten "Regionalen Vereinbarung zur strukturellen und finanziellen Förderung ausgewählter Leistungen". Die Bereitschaftsdienstpauschalen werden nämlich nur Vertragsärzten für Bereitschaftsdienste im Rahmen des von der Beklagten organisierten Ärztlichen Bereitschaftsdienstes gezahlt. Die Regelungen der Anlage B zum Gesamtvertrag hinsichtlich der Bereitschaftsdienstpauschalen stehen aber mit höherrangigem Recht nicht in Einklang, weil die in den genannten GOP geregelte gesonderte Vergütung des Ärztlichen Bereitschaftsdienstes eine sachlich nicht gerechtfertigte Ungleichbehandlung der von Vertragsärzten im organisierten Notfalldienst auf der einen und von Krankenhausambulanzen auf der anderen Seite erbrachten Notfallbehandlungen darstellt. Dies führt zur Rechtswidrigkeit der angegriffenen Bescheide der Beklagten. Im Grundsatz ist zunächst davon auszugehen, dass die in Notfällen von Nichtvertragsärzten und Krankenhäusern erbrachten Notfallleistungen im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung durchgeführt werden und aus der Gesamtvergütung zu honorieren sind. Die Rechtsgrundlage des Vergütungsanspruchs für Nichtvertragsärzte und Krankenhäuser ergibt sich demnach dem Grunde und der Höhe nach aus den Vorschriften des Vertragsarztrechts über die Honorierung vertragsärztlicher Leistungen. Hieraus folgt, dass sich die Honorierung dieser Behandlung nach den Grundsätzen richtet, die für die Leistungen der Vertragsärzte und der zur Teilnahme an der vertragsärztlichen Versorgung ermächtigten Personen und Institutionen gelten. Sie sind mithin grundsätzlich so zu vergüten, als ob sie von zugelassenen Vertragsärzten erbracht worden wären. Der Vergütungsanspruch der Krankenhäuser oder Nichtvertragsärzte für Notfallbehandlungen darf gegenüber dem Vergütungsniveau der Vertragsärzte nur dann reduziert oder im Umfang eingeschränkt werden, wenn dies durch sachliche Gründe gerechtfertigt ist. Auch eine mittelbare Schlechterstellung von Notfallleistungen im Krankenhaus gegenüber vergleichbaren Leistungen von Vertragsärzten durch Regelungen der Honorarverteilung ist nicht zulässig (vgl. zum Ganzen BSG, Urteil vom 12.12.2012, Az.: [B 6 KA 3/12 R](#), Rz. 27 und 28). Im Wesentlichen hat das BSG bislang lediglich eine an die gesetzliche Regelung des [§ 120 Abs. 3 Satz 2 SGB V](#) anknüpfende pauschale Honorarminderung in Höhe von 10 % für Notfallleistungen öffentlich geförderter Krankenhäuser akzeptiert (vgl. BSG, [SozR 4-2500 § 75 Nr. 8](#) Rdnr. 18). Des Weiteren hat das BSG (vgl. Urteil vom 02.07.2014, Az.: [B 6 KA 30/13 R](#)) klargestellt, dass das Gleichbehandlungsgebot sich nur auf vertragsärztliche Leistungen bezieht, die im organisierten Notfalldienst erbracht werden, nicht aber darüber hinaus. Die Besonderheit des vorliegenden Falles liegt darin, dass die Schlechterstellung der Krankenhäuser im Notfalldienst im Rahmen von strukturvertraglichen Regelungen stattfindet. Bei den streitgegenständlichen GOP 95606 und 95607 handelt es sich um keine Gebührenordnungspositionen des EBM und auch um keine Vergütungsbestandteile der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung nach [§ 87a SGB V](#), die über den HVM verteilt werden, sondern um Gebührenordnungspositionen, die auf rein vertraglicher Grundlage außerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung extrabudgetär vergütet werden. Bei dem Abschluss und der Ausgestaltung von solchen öffentlich-rechtlichen Verträgen kommt den Vertragsparteien ein weiter Ermessens- und Gestaltungsspielraum, es obliegt ihnen zu entscheiden, ob sie solche Verträge abschließen und mit welchem Inhalt. Auch wenn danach die Ermessensfreiheit beim Abschluss und der Inhaltsbestimmung von öffentlich-rechtlichen Verträgen und im Besonderen von Strukturverträgen weit angelegt ist, so unterliegen die öffentlich-rechtlichen Vertragsparteien gleichwohl den durch [Art. 3 Abs. 1 GG](#) gezogenen Grenzen (vgl. BSG, Beschluss vom 22.06.2005, [B 6 KA 20/05 B](#)). Der Vergütungsanspruch der Krankenhäuser und Nichtvertragsärzte für Notfallbehandlungen darf gegenüber dem Vergütungsniveau der Vertragsärzte nur dann reduziert oder vom Umfang eingeschränkt werden, wenn dies durch sachliche Gründe gerechtfertigt ist. Solche relevanten sachlichen Gründe sind vorliegend für den Senat nicht erkennbar. Ein solcher sachlicher Differenzierungsgrund ergibt sich zunächst nicht aus dem Wortlaut der Anlage B zum Gesamtvertrag in der ab 01.01.2009 geltenden Fassung. Die allgemeine Zielsetzung der Anlage B wird mit der strukturellen und finanziellen Förderung ausgewählter Leistungen beschrieben. Nach Abschnitt I.2 sind anspruchsberechtigt für die streitgegenständlichen Bereitschaftsdienstpauschalen (nur) Vertragsärzte, die ihre Bereitschaftsdienste im Rahmen des organisierten Ärztlichen Bereitschaftsdienst

der KVB in eigener Person oder für andere Vertragsärzte ihrer Bereitschaftsdienstgruppe oder einer Nachbardienstgruppe durchführen bzw. Vertragsärzte, die in Bereitschaftspraxen der KVB und Bereitschaftspraxen in Kooperation mit der KVB am organisierten Ärztlichen Bereitschaftsdienst der KVB teilnehmen. Die Bereitschaftsdienstpauschale wird für die von der KVB auf der Grundlage der Bereitschaftsdienstordnung festgelegten Zeiten bezahlt. Damit ist zwar der Kreis der möglichen Anspruchsstellen erkennbar auf Vertragsärzte beschränkt, daraus allein ergibt sich aber kein sachlicher Differenzierungsgrund. Ein sachlicher Differenzierungsgrund ergibt sich auch nicht daraus, dass die Beklagte den Sicherstellungsauftrag auch zu den sprechstundenfreien Zeiten innehat (§ 75 Abs. 1 SGB) und diese Aufgabe durch die bei ihr mitgliedschaftlich organisierten Vertragsärzte ([§ 77 Abs. 1, 3 SGB V](#)) erfüllt, die mit ihrer Zulassung zur Teilnahme an der vertragsärztlichen Versorgung nicht nur berechtigt, sondern auch verpflichtet sind ([§ 95 Abs. 3 SGB V](#)), was auch den Bereitschaftsdienst mitumfasst (vgl. auch § 4 Abs. 2 der Satzung der Beklagten), während Krankenhäuser nur berechtigt, aber nicht verpflichtet sind, ambulante Notfallleistungen zu erbringen. Die ohnehin bestehende Verpflichtung der Vertragsärzte zur Teilnahme am Bereitschaftsdienst spricht gerade gegen eine Besserstellung der Vergütung von Vertragsärzten durch eine Pauschale, mit der keine eigenständige ärztliche Leistung abgegolten wird und die letztlich der Steigerung der Motivation des einzelnen Vertragsarztes dient. Der Klägerin war im Übrigen eine Teilnahme am Bereitschaftsdienst der Beklagten in den streitigen Quartalen 2/2011 und 3/2011 auch nicht möglich, da es diesbezüglich keine Regelung für eine Einbeziehung von Krankenhäusern in den Bereitschaftsdienst (vgl. [§ 75 Abs. 1 S. 3 SGB V](#)) gab. Vor diesem Hintergrund führt die Gewährung der Bereitschaftsdienstpauschale dazu, dass im Bereitschaftsdienst tätige Vertragsärzte regelhaft und auch bei identischer Leistungserbringung eine höhere Vergütung als Krankenhausambulanzen erhalten. Ein sachlicher Differenzierungsgrund ergibt sich schließlich auch nicht unter dem Gesichtspunkt einer bestehenden Fortbildungsverpflichtung. Zwar besteht für den Vertragsarzt gemäß [§ 95d Abs. 1 S. 1 SGB V](#) allgemein eine Verpflichtung, sich in dem Umfang fortzubilden, wie es zur Erhaltung und Fortentwicklung der zu seiner Berufsausübung in der vertragsärztlichen Versorgung erforderlichen Fachkenntnisse erforderlich ist, wobei auch der Bereitschaftsdienst hiervon erfasst wird (vgl. §§ 5 Abs. 1a, 4 Abs. 2 der Satzung der Beklagten). Allerdings sind die konkret für den ärztlichen Bereitschaftsdienst angebotenen Fortbildungsmöglichkeiten (Module I-V mit speziellen Themen der ärztlichen Akut- und Notfallversorgung) für Vertragsärzte gerade nicht verpflichtend, sondern nur freiwillig. Die Regelung über die Vergütung einer Bereitschaftsdienstpauschale für Vertragsärzte verstößt nach alledem gegen höherrangiges Recht. Die Beklagte wird daher nach einer gesetzeskonformen Neuregelung der Anlage B zum Gesamtvertrag durch die Vertragspartner erneut über das Vergütungsbegehren der Klägerin zu entscheiden haben.

Die Kostenentscheidung beruht auf [§ 197a Abs. 1 Satz 1 Teilsatz 3 SGG](#) i.V.m. [§ 154 Abs. 1 VwGO](#).

Die Revision wird wegen grundsätzlicher Bedeutung der Rechtssache ([§ 160 Abs. 2 Nr. 1 SGG](#)) zugelassen.

Rechtskraft

Aus

Login

FSB

Saved

2016-06-15