

L 11 KA 9/04

Land
Nordrhein-Westfalen
Sozialgericht
LSG Nordrhein-Westfalen
Sachgebiet
Vertragsarztangelegenheiten
Abteilung

11
1. Instanz
SG Düsseldorf (NRW)
Aktenzeichen
S 2 KA 94/02
Datum

03.12.2003
2. Instanz
LSG Nordrhein-Westfalen
Aktenzeichen
L 11 KA 9/04
Datum

05.04.2006
3. Instanz
Bundessozialgericht
Aktenzeichen
B 6 KA 15/06 R
Datum

-
Kategorie
Urteil

Die Berufung der Klägerin gegen das Urteil des Sozialgerichts Düsseldorf vom 03.12.2003 wird zurückgewiesen. Die Klägerin trägt auch die Kosten des Berufungsverfahrens. Die Revision wird zugelassen.

Tatbestand:

Die Beteiligten streiten über die Höhe der Vergütung für ambulante Notfallbehandlungen, die im Quartal I/00 im Krankenhaus der Klägerin erbracht worden sind.

Im genannten Quartal erbrachte die Klägerin als Kreiskrankenhaus ambulante Notfallbehandlungen für Versicherte der gesetzlichen Krankenversicherung. Nach § 3 Abs. 2 des auf der Grundlage von § 115 Sozialgesetzbuch (SGB) V hinsichtlich der Vergütung für diese Leistungen geschlossenen Vertrages vom 10. Mai 1994 sollten für die erbrachten Leistungen 90 v. H. der für niedergelassene Vertragsärzte geltenden Vergütungssätze zu Grunde gelegt werden. In zwei Klageverfahren, die die Auslegung dieser Vergütungsregelung zum Gegenstand hatten, verurteilte der erkennende Senat die Beklagte, bei der Vergütung als entsprechenden für niedergelassene Vertragsärzte geltenden Punktwert den im Honorarverteilungsmaßstab (HVM) der Beklagten bestimmten ungestützten Punktwert zu Grunde zu legen, also den Punktwert im sogenannten "roten Bereich" (Urteile vom 23.02.2000, Az.: [L 11 KA 114/98](#) und [L 11 KA 204/99](#)). Seit dem Quartal I/1999 wurden die Leistungen im organisierten Notdienst nach § 6 Abs. 3 h) HVM mit einem Punktwert von 9,0 Pf. bewertet. Angesichts dieser Regelung vertrat die Klägerin die Auffassung, die Vergütung ihrer Leistungen im Rahmen des ambulanten Notfalldienstes habe nach einem Punktwert von 8,1 Pf. (90 v. H. von 9,0 Pf.) zu erfolgen und legte daher gegen den Abrechnungsbescheid für das Quartal I/2000 Widerspruch ein. Die Beklagte vertrat demgegenüber die Auffassung, der in § 6 Abs. 3 h) HVM festgeschriebene Punktwert finde nur im ärztlich organisierten Notfalldienst Anwendung, an dem die Klägerin als Krankenhaus jedoch nicht teilnehme. Gemäß § 3 Abs. 2 des die Vergütung von Notfallbehandlungen im Krankenhaus regelnden Vertrages seien die Leistungen der Klägerin mit 90 v. H. der für niedergelassene Vertragsärzte geltenden Vergütungssätze erfolgt, so dass die Klägerin nicht beschwert sei (Widerspruchsbescheid vom 27.05.2002).

Hiergegen richtete sich die am 26.06.2002 erhobene Klage. Die Klägerin trug zu deren Begründung vor, durch die Einführung der Gruppe "Leistungen im organisierten Notfalldienst" im HVM sei ein Rückgriff auf den ungestützten Punktwert nicht mehr erforderlich. Der Umstand, dass sie nicht am organisierten Notfalldienst teilnehme, spreche nicht dagegen. Regelungsbereich sowie Sinn und Zweck des Krankenhausvertrages sei es gerade, die Krankenhäuser als Nichtmitglieder unter Berücksichtigung des 10-%igen Abschlags an den Auszahlungspunktwerten des niedergelassenen Bereichs zu beteiligen. Der Rückgriff auf den Punktwert des organisierten Notdienstes sei auch sachgerecht, denn die Krankenhäuser seien durch die ständige Vorhaltung von Kapazitäten für ihre stationären Aufgaben im Falle der Inanspruchnahme für ambulante Notfalldienstleistungen, die sie in gleicher Weise wie die niedergelassenen Ärzte außerhalb der regulären vertragsärztlichen Versorgung zu den sprechstundenfreien Zeiten erbrächten, dem Qualitäts- und Leistungsspektrum im niedergelassenen Bereich nicht nachstünden. Auch das Patientengut, welches den ambulanten Notfalldienst in Anspruch nehme, unterscheide sich nicht signifikant von dem des organisierten Notfalldienstes. Vielmehr sei davon auszugehen, dass die Behandlungsschwere im ambulanten Notfalldienst über derjenigen des organisierten Notdienstes liege.

Die Klägerin hat beantragt,

unter teilweiser Aufhebung des Bescheides vom 26.07.2000 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 27.05.2002 die Beklagte zu verurteilen, an sie in Bezug auf die Erbringung ambulanter Notfallbehandlungen für das Quartal I/2000 unter Zugrundelegung eines Punktwertes von 8,1 Pf. für den Primär- und Ersatzkassenbereich sowie die sonstigen Kostenträger (Zivildienst-, Polizei- und

Bundeswehrhonorar) 28.938,73 EUR (56.599,23 DM) zu zahlen nebst Zinsen in Höhe von 5 v. H. über dem Basissatz nach § 1 des Diskontsatzüberleitungsgesetzes seit dem 28.07.2000 sowie ab 01.01.2002 (hilfsweise ab 01.01.2003) in Höhe von 7 v. H. über dem Hauptfinanzierungssatz der Europäischen Zentralbank.

Die Beklagte hat beantragt,

die Klage abzuweisen.

Zur Begründung ihres Klageabweisungsantrags verwies die Beklagte darauf, dass die Klägerin keine Leistungen im Rahmen des organisierten Notdienstes erbracht habe und nur diese mit einem festen Punktwert von 9,0 Pf. vergütet würden. Eine Vergütung der Polizei- und Zivildiensthonorare nach Ersatzkassensätzen scheidet aus, weil die besonderen Kostenträger am Zustandekommen des Krankenhausvertrages nicht beteiligt gewesen seien.

Das Sozialgericht hat die Klage mit Urteil vom 03.12.2003 abgewiesen. Die Klägerin habe keinen Anspruch auf Vergütung der erbrachten Notfallleistung in der geltend gemachten Höhe, denn diese in § 6 Abs. 3 h) HVM getroffene Vergütung sei allein dem organisierten Notfalldienst vorbehalten, an dem die Klägerin jedoch nicht teilnehme. Der Ausschluss der Klägerin von dieser Regelung verstoße nicht gegen den Grundsatz der Honorarverteilungsgerechtigkeit, denn es bestünden wesentliche Unterschiede zwischen den Leistungen, die im organisierten Notfalldienst und denen, die im ambulanten Notfalldienst erbracht würden. Dies ergebe sich aus der Einrichtung und Finanzierung des organisierten Notfalldienstes, der in der Regel in Notfallpraxen in Krankenhäusern organisiert werde. Die Vergütung dieser Leistungen nach einem Punktwert von 9,0 Pf. im streitigen Quartal trage dem Umstand Rechnung, dass die niedergelassenen Ärzte die Kosten für die Vorhaltung des organisierten Notfalldienstes aus ihrer Gesamtvergütung zu tragen hätten. An der Vorhaltung und Finanzierung des organisierten Notfalldienstes beteiligten sich Krankenhäuser hingegen nicht. Gleichzeitig schaffe die Privilegierung der Vergütung Anreize zur Teilnahme niedergelassener Ärzte am organisierten Notfalldienst und wirke so der Tendenz entgegen, den organisierten Notfalldienst zu unterlaufen, mit dessen Einrichtung der Gesetzgeber den Zweck verfolgt habe, die Versorgung der gesetzlich Krankenversicherten in erster Linie durch niedergelassene Vertragsärzte sicherzustellen. Dieser Unterschied sei wesentlich, so dass sich daraus eine unterschiedliche Vergütung rechtfertige. Auf die Vergütung nach Polizei- und Zivildiensthonoraren sowie Ersatzkassensätzen komme es nicht an, da sich ein solcher Anspruch nicht aus § 3 Abs. 2 des Krankenhausvertrages ergebe, dessen Geltungsbereich erstrecke sich allein auf die Vergütung der Notfallbehandlung gesetzlich Krankenversicherter.

Hiergegen richtet sich die Berufung der Klägerin vom 13.01.2004. Das Bundessozialgericht (BSG) habe in zwei Entscheidungen ausgeführt, die Leistungen der Nichtvertragsärzte bzw. von Krankenhäusern im Rahmen der ambulanten Notfallbehandlungen seien grundsätzlich so zu vergüten, als würden sie von zugelassenen Vertragsärzten bzw. ermächtigten ärztlich geleisteten Einrichtungen erbracht (Urteile vom 13.03.2003, Az.: B 6 Rka 4/01 R und vom 24.09.2003, Az.: [B 6 KA 51/02 R](#)). Das Landessozialgericht Baden-Württemberg habe entschieden, der in einer Notfalldienstpraxis erbrachte organisierte Notfalldienst werde unter dem gleichen Dach erbracht, wie der außerhalb des organisierten Notfalldienst geleistete ambulante Notfalldienst der Klägerin. Aus diesem Grunde sei eine Differenzierung hinsichtlich der Vergütung nicht gerechtfertigt (Urteil vom 04.12.2002, Az.: [L 5 KA 626/02](#)). Bei den im Rahmen des Notdienstes außerhalb der regulären Sprechstundenzeiten erbrachten Leistungen sei von einem eingeschränkten Sicherstellungsbedarf auszugehen, daraus sei abzuleiten, dass eine vergütungsmäßige Differenzierung bzw. Privilegierung der im organisierten Notfalldienst erbrachten Leistungen durch einen höheren Punktwert sachlich nicht gerechtfertigt sei. Dies habe der erkennende Senat bereits in einer Entscheidung vom 04.06.2003 (Az.: [L 11 KA 229/01](#)) entschieden. Bereits in den zur Auslegung des § 3 Abs. 2 des Krankenhausvertrages vor dem erkennenden Senat geführten Musterverfahren (a. a. O.) sei darauf hingewiesen worden, dass auf Grund der Änderung der Punktwerte mit den Leistungen im organisierten Notfalldienst für die Quartale I/1999 eine andere Auslegung des Vertrages erforderlich werde. Durch die Einführung der Gruppe "Leistungen im organisierten Notdienst" sei ein Anknüpfungspunkt geschaffen worden, der einen Rückgriff auf den ungestützten Punktwert nach Einführung differenzierter Honorarverteilung durch Fehlen eines einheitlichen Vergleichspunktwertes nicht mehr erforderlich mache. Auch der Entscheidung des 10. Senats des Landessozialgerichts Nordrhein-Westfalen (LSG NRW) vom 19.01.2005 (Az.: [L 10 KA 11/04](#)) sei nicht zu folgen. Eine Differenzierung in der Vergütungshöhe könnte ihren sachlichen Grund allenfalls in einer unterschiedlichen ärztlichen Leistungserbringung im organisierten und ambulanten Notfalldienst haben. Dem sei aber nicht so, die Leistungserbringung sei in beiden Fällen gleich. Die Leistungserbringung im Krankenhaus entspreche bei wertender Betrachtung der des organisierten Notfalldienstes, so dass als Bezugspunkt dessen Vergütung zu Grunde zu legen sei. Soweit als rechtfertigender Grund für eine Ungleichbehandlung eine Kostentragung für Organisation und Durchführung der KV-organisierten Notfalldienste angeführt werde, könne dem nicht beigetreten werden. Zwar führe der 10. Senat aus, dass vom Honorar der Vertragsärzte Verwaltungskostenbeiträge abgezogen würden, Gleiches gelte aber auch für die Vergütung der Leistungen der Krankenhäuser, auch diese seien an der Kostentragung über den einheitlichen vom Hundert-Satz beteiligt. Die finanzielle Ungleichbehandlung könne entgegen den Ausführungen im genannten Urteil auch nicht dadurch gerechtfertigt werden, dass der Notfalldienst außerhalb der regulären Sprechstundenzeiten durchgeführt werde und einen zusätzlichen Organisationsaufwand erfordere, dies sei auch bei der Inanspruchnahme des ambulanten Notfalldienstes im Krankenhaus der Fall. Auch die Krankenhäuser erbrächten ihre Leistungen "zur Unzeit". Das Krankenhaus erhalte seine Vergütungen für die Erbringung stationärer Leistungen. Jede darüber hinausgehende Inanspruchnahme verursache Kosten, die zu vergüten seien, weil die Notfallbehandlung außerhalb der Aufgabenstellung des Krankenhauses erfolge.

Die Klägerin beantragt,

das Urteil des Sozialgerichts Düsseldorf vom 03.12.2003 abzuändern und die Beklagte zu verurteilen, unter teilweiser Aufhebung des Bescheides vom 26.07.2000 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 27.05.2002 die Beklagte zu verurteilen, an die Klägerin auf die Erbringung ambulanter Notfallbehandlungen für das Quartal I/00 unter Zugrundelegung eines Punktwertes von 8,1 Pf. für den Primär- und Ersatzkassenbereich sowie die sonstigen Kostenträger (Zivildienst-, Polizei- und Bundeswehrhonorare) 28.938,73 EUR (56.599,23 DM) zu zahlen.

Die Beklagte beantragt,

die Berufung zurückzuweisen.

Die Beklagte hält die erstinstanzliche Entscheidung für zutreffend. Ein sachlicher Grund für die Differenzierung zwischen der Vergütung von Leistungen im organisierten und ambulanten Notfalldienst müsse gerade der Klägerin deutlich sein. Die Einrichtung und der Betrieb einer Notfallpraxis im Gebäude der Klägerin werde ausschließlich von der Beklagten finanziert und sollte auch im Interesse der Klägerin die Differenzierung zwischen dem organisierten ärztlichen Notfalldienst und den Notfallbehandlungen im Krankenhaus gewährleisten. Notfallscheine außerhalb des organisierten ärztlichen Notfalldienstes würden sowohl für Nichtvertragsärzte bzw. für Krankenhäuser nach der gleichen Systematik aus dem jeweiligen Honorarkontingent vergütet.

Wegen der weiteren Darstellung des Sach- und Streitstandes wird auf den Inhalt der Gerichtsakte und der Verwaltungsakte der Beklagten, die der Senat beigezogen hat und deren Inhalt Gegenstand der mündlichen Verhandlung gewesen ist sowie auf den Vortrag der Beteiligten im Übrigen verwiesen.

Entscheidungsgründe:

Die zulässige Berufung der Klägerin ist nicht begründet.

Zu Recht hat das Sozialgericht die Klage abgewiesen, denn die Entscheidung der Beklagten, die von der Klägerin im streitigen Quartal erbrachten Notfalleleistungen mit 90 v. H. des im HVM für Vertragsärzte bestimmten ungestützten Punktwertes zu vergüten, ist rechtmäßig. Die Klägerin hat keinen Anspruch auf eine Vergütung ihrer Leistungen nach einem Punktwert von 8,1 Pf. (90 v. H. von 9 Pf.). Der angefochtene Bescheid vom 26.07.2000 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 27.05.2002 ist daher rechtmäßig und verletzt die Klägerin nicht in ihren Rechten gemäß [§ 54 Abs. 2 Satz 1](#) des Sozialgerichtsgesetzes (SGG).

Hierzu verweist der Senat auf die zutreffenden Ausführungen des Sozialgerichts in der angefochtenen Entscheidung, die er sich nach Prüfung der Sach- und Rechtslage zu eigen macht.

Auch die Ausführungen der Klägerin im Berufungsverfahren rechtfertigen keine abweichende Beurteilung. Hinsichtlich ihres Vorbringens folgt der Senat den Ausführungen des 10. Senats in seiner zur gleichen Problematik ergangenen Entscheidung vom 19.01.2005 ([a. a. O.](#)), die in den auch für dieses Verfahren maßgeblichen Teilen wie folgt lautet:

"Der geltend gemachte Anspruch folgt weder aus § 3 Abs. 2 des zwischen der Krankenhausgesellschaft Nordrhein-Westfalen, den KVen Nordrhein und Westfalen-Lippe sowie den Krankenkassenverbänden geschlossenen Vertrages noch aus § 6 Abs. 3 i des in den streitigen Quartalen geltenden HVM der Beklagten (in der Beschlussfassung vom 28.11.1998, Rhein. Ärzteblatt 1/99, S. 63 ff.).

1. Gemäß § 3 Abs. 2 Satz 2 des vorstehend genannten Vertrages rechnet die zuständige KV die durch das Krankenhaus im Rahmen der ambulanten Notfallbehandlungen erbrachten Leistungen nach den Bestimmungen des Bewertungsmaßstabes - Ärzte (BMÄ) bzw. der Ersatzkassen - Gebührenordnung (EGO) - ab; bei der Honorierung hat sie 90 v. H. der für niedergelassene Vertragsärzte geltenden Vergütungssätze zu Grunde zu legen.

Zwar hat die Beklagte dem Senat in der mündlichen Verhandlung erklärt, dass sie den Vertrag zum 31.12.2000 gekündigt hat, die Wirksamkeit der Kündigung jedoch durch die Krankenhausgesellschaft NRW bestritten werde. Dies ist jedoch nicht entscheidungserheblich, denn angesichts einer nur ex-nunc wirkenden Kündigung sind die streitbefangenen Quartale hiervon nicht betroffen. Auch soweit die Klägerin am Vertragsabschluss nicht beteiligt war, steht dies seiner Anwendbarkeit nicht entgegen. Denn der die Zusammenarbeit bei der Gestaltung und Durchführung eines ständig einsatzbereiten Notdienstes ([§ 115 Abs. 2 Satz 1 Nr 3 SGB V](#)) und die allgemeinen Bedingungen der ambulanten Behandlung im Krankenhaus ([§ 115 Abs. 2 Satz 1 Nr 5 SGB V](#)) regelnde Vertrag ist gemäß [§ 115 Abs. 2 Satz 2 SGB V](#) auch für die - am Vertragsabschluss nicht beteiligten - zugelassenen Krankenhäuser unmittelbar verbindlich (BSG, Urteil vom 31.01.2001 - [B 6 KA 33/00 R](#) -, [SozR 3-2500 § 115 Nr. 1](#)). Um ein solches im Sinne des [§ 108 SGB V](#) zugelassenes Krankenhaus handelt es sich bei der Klägerin.

Zu Recht ist die Beklagte angesichts der Entscheidung des LSG NRW vom 23.02.2000 - [L 11 KA 114/98](#) - bei der Berechnung der Honorare in den streitigen Quartalen von dem Punktwert im sogenannten "roten Bereich" als den "für niedergelassene Vertragsärzte geltenden Vergütungssätzen" ([§ 3 Abs. 2 Satz 2](#) des Vertrages) ausgegangen. Soweit in dem Vertrag auch Vergütungsregelungen enthalten sind, ist dies nicht zu beanstanden. Wenn auch [§ 115 Abs. 2 SGB V](#) vor allem auf organisatorische Bestimmungen zielt, so können diese aber durch ergänzende Vergütungsregelungen abgerundet werden, wie aus dem Wort "insbesondere" in der einleitenden Passage des Abs. 2 folgt (BSG, Urteil vom 31.01.2001 - [B 6 KA 33/00 R](#) -, a.a.O).

Der 11. Senat des LSG Nordrhein-Westfalen hat [§ 3 Abs. 2 Satz 2](#) des Vertrages im Urteil vom 23.02.2000 - [L 11 KA 114/98](#) - wie folgt ausgelegt:

"Nach [§ 3 Abs. 2 Satz 2](#) des Vertrages sind bei der Honorierung 90 v.H. der für niedergelassene Vertragsärzte geltenden Vergütungssätze zugrunde zu legen. Soweit die Beklagte im Berufungsverfahren geltend macht, der Wortteil "Vergütung" beinhalte eine Bezugnahme der in der Vergangenheit geleisteten Zahlungen, sodass damit eine Verbindung hergestellt werde zu jenen Beträgen, aus denen der für die betreffenden Leistungen gebildeten Topf gespeist werde, vermag sich der Senat dem nicht anzuschließen. Denn aus den zitierten vertraglichen Bestimmung ergibt sich lediglich, dass die Vergütung der Krankenhäuser nach den Punktwerten zu folgen hat, die für die niedergelassenen Vertragsärzte gelten, wobei ein Abzug von 10 v.H. vorzunehmen ist. Als entsprechender für Vertragsärzte geltenden Punktwert ist der im HVM der Beklagten bestimmte ungestützte Punktwert zugrunde zu legen, also der Punktwert im sogenannten "roten Bereich". Dieser betrug im Quartal 1/1997 6,51 Pfennige im Primärkassenbereich und 7,30 Pfennige im Ersatzkassenbereich. Unter Berücksichtigung des vertraglich festgelegten Abschlags von 10 v.H. berechnen sich für Krankenhausleistungen 5,86 Pfennige im Ersatzkassenbereich."

Das BSG hat diese Entscheidung im Rahmen der nur eingeschränkten revisionsrechtlichen Prüfkompetenz im Urteil vom 31.01.2001 - [B 6 KA 33/00 R](#) - bestätigt und hierzu ausgeführt:

"Die Überprüfung anhand der allgemeinen Maßstäbe beschränkt sich darauf, ob die Auslegung mit dem Wortlaut eindeutig unvereinbar ist,

ob gegen allgemeine Erfahrungssätze oder Denkgesetze verstoßen und ob die auslegungsrelevanten Sachverhaltsumstände vollständig ausgewertet worden sind. Bei Verträgen mit normativer Wirkung gegenüber Dritten ist überdies zu beachten, dass die Auslegung nicht am subjektiven Willen der Vertragspartner, sondern an der objektiven Erklärungsbedeutung auszurichten ist. Gegen diese Maßstäbe hat das LSG im vorliegenden Fall nicht verstoßen. Es hat die Vertragsbestimmungen so interpretiert, dass sich der Begriff "90 v.H. der Vergütungssätze" auf die sog. allgemeinen Punktwerte beziehe und als in sich geschlossene und vollständige Regelung keinen Raum für die Zugrundelegung abweichender Punktwerte/durch die Berücksichtigung von Honorartöpfen belasse. Damit hat das LSG an den Wortlaut des § 3 Abs. 2 angeknüpft. Anhaltspunkte dafür, dass die Auslegung mit diesem Wortlaut eindeutig unvereinbar sein könnte, bestehen nicht. Verstöße gegen allgemeine Erfahrungssätze oder Denkgesetze oder eine unvollständige Auswertung der auslegungsrelevanten Sachverhaltsumstände sind nicht gerügt; dafür ist auch nichts ersichtlich. Der weitergehenden Frage, ob die vom LSG vorgenommene Auslegung "richtig" ist, kann aufgrund der nur beschränkten revisionsrechtlichen Kontrolle nicht nachgegangen werden."

Der erkennende Senat tritt der Auslegung von § 3 Abs. 2 Satz 2 des Vertrages durch den 11. Senat des LSG Nordrhein-Westfalen bei. Durch diese Klausel wird die Höhe der Vergütung für im Krankenhaus erbrachte ambulante Notfallbehandlungen nicht abschließend bestimmt. Vielmehr enthält die Klausel eine dynamische Verweisung auf die für niedergelassene Vertragsärzte geltenden Vergütungssätze. Diese wiederum werden durch den jeweiligen HVM definiert. Sonach ist in einem ersten Schritt zunächst die Vergütungshöhe nach Maßgabe des HVM zu bestimmen und hiervon sodann in einem zweiten Schritt ein Abschlag um 10 v.H. vorzunehmen. Als entsprechender für Vertragsärzte geltender Punktwert ist der im HVM der Beklagten bestimmte ungestützte Punktwert ("roter Bereich") zu Grunde zu legen. Dies folgt daraus, dass § 3 Abs. 2 Satz 2 des Vertrages auf die für Vertragsärzte "geltenden Vergütungssätze" verweist. Das sind die freien Leistungen des sog. roten Bereichs. Sofern die Vertragspartner etwas anderes hätten regeln wollen, hätte der bereits am 01.01.1994 in Kraft getretene Vertrag infolge der Änderungen des HVM der Beklagten angepasst werden müssen. Hierzu hätte es einer ausdrücklichen Bezugnahme bedurft, wenn die Vergütung für ambulante Notfallbehandlungen in Krankenhäusern sich auf 90 v.H. der Vergütung hätte belaufen sollen, die niedergelassenen Ärzte für Leistungen im organisierten Notfalldienst beanspruchen können. Das ist nicht geschehen. Infolgedessen kann die Klägerin ihren Anspruch nicht auf § 3 Abs. 2 Satz 2 des Vertrages stützen. 2. Ebenso wenig lässt sich der geltend gemachte Anspruch aus § 6 Abs. 3 i des in den streitigen Quartalen geltenden HVM herleiten.

Danach sind aus dem zur Honorarverteilung zur Verfügung stehenden Betrag u.a. Leistungen im organisierten Notdienst, bewertet mit einem Punktwert von 9,0 Pf., vorab zu vergüten.

Der Anspruch scheidet insoweit schon daran, dass die Klägerin am organisierten Notfalldienst nicht teilnimmt. Nur niedergelassene und in niedergelassenen Praxen angestellte Ärzte sind hierzu verpflichtet (1 Abs. 1 der Gemeinsamen Notfalldienstordnung der Ärztekammer Nordrhein und der KV Nordrhein - NFDÖ -). Zwar ist auch die Notfallbehandlung der Versicherten durch Nichtvertragsärzte und Krankenhäuser der vertragsärztlichen Versorgung zuzurechnen. Der für die vertragsärztliche Versorgung bestehende Sicherstellungsauftrag erstreckt sich auch auf die Gewährleistung eines ausreichenden Notfalldienstes ([§ 75 Abs. 1 Satz 2 SGB V](#)). Korrespondierend hierzu steht den Versicherten das Recht zu, in Notfällen nicht an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmende Ärzte in Anspruch nehmen zu können ([§ 76 Abs. 1 Satz 2 SGB V](#)). Die in Notfällen von Nichtvertragsärzten und Krankenhäusern erbrachten Leistungen sind daher im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung durchgeführt und aus der Gesamtvergütung der vertragsärztlichen Vergütungsregelungen zu vergüten. Aus dieser Gleichstellung der im Notfall tätigen Krankenhäuser und Nichtvertragsärzte mit Vertragsärzten hat das BSG abgeleitet, dass Leistungen von Krankenhäusern im Rahmen der Notfallbehandlung grundsätzlich so zu vergüten sind, als wenn sie von zugelassenen Vertragsärzten erbracht worden wären (BSG, Urteil vom 13.05.1998 - 6 KA 41/47 R -). Allerdings hat das BSG weiter entschieden, dass es im Hinblick auf die unterschiedliche Kostensituation in öffentlich geförderten Krankenhäusern einerseits und in Praxen niedergelassener Ärzte andererseits generell gerechtfertigt ist, die Vergütung von im Krankenhaus als Institutsleistung erbrachten Notfallbehandlungen um 10 v.H. gegenüber den Sätzen der vertragsärztlichen Vergütung zu reduzieren (BSG, Urteile vom 13.05.1998 - 6 KA 41/47 R - sowie vom 19.08.1992 - 6 Rka 6/91 - [BSGE 71, 117](#) ff und vom 24.09.2003 - [B 6 KA 51/02 R](#) - [SozR 4-2500 § 75 Nr. 2](#)). Zusätzliche Einschränkungen des Vergütungsanspruchs sind hiernach nur dann statthaft, wenn die (weitergehende) Vergütungsminderung auf sachlichen Gründen beruht (BSG, Urteil vom 13.05.1998 - 6 KA 41/47 R -).

Die Frage, ob und welche sachlichen Gründen für eine differenzierte Vergütung ärztlicher Notfallmaßnahmen sprechen, die einerseits von niedergelassenen Ärzten im organisierten Notfalldienst und andererseits von Krankenhäusern erbracht werden, stellt sich zunächst nicht. Die von der Klägerin erbrachten ambulanten Notfallbehandlungen werden nämlich wie die entsprechenden Leistungen niedergelassener Ärzte vergütet, insoweit allerdings bezogen auf deren außerhalb des organisierten Notfalldienstes erbrachte Leistungen. Soweit Vertragsärzte Notfalleleistungen erbringen, greifen andere Vergütungsregelungen. Derartige Leistungen unterfallen dem Individualbudget und einer Mengenbegrenzung. Mithin kann von einer "weitergehenden Vergütungsminderung" im Sinn der o.g. BSG-Entscheidung keine Rede sein. Soweit Notfalleleistungen niedergelassener Ärzte im organisierten Notfalldienst vorweg mit einem Punktwert von 9,0 Pf. bewertet werden (6 Abs. 3 Ziffer i des HVM), handelt es sich vielmehr um eine vergütungsmäßige Besserstellung dieses Leistungsbereichs und nicht um eine Vergütungsminderung für die von Krankenhäusern erbrachten Notfalleleistungen.

Auch soweit das BSG eine mittelbar schlechtere Vergütung von Notfalleleistungen in Krankenhäusern gegenüber vergleichbaren Leistungen von Vertragsärzten durch Regelungen der Honorarverteilung beanstandet hat (Urteil vom 24.09.2003 - [B 6 KA 51/02 R](#) -), ergibt sich nichts anderes. Dem lag zu Grunde, dass die KV das garantierte Vergütungsniveau von 90 v.H. desjenigen der Vertragsärzte mittelbar durch Bildung eines speziellen Honorartopfes "Institute/Krankenhäuser" reduzierte. Darum geht es hier nicht. Das vertraglich garantierte Vergütungsniveau wird durch § 6 Abs. 3 Ziffer i) des HVM nicht berührt.

Im Übrigen: Auch die Beklagte ist an § 3 Abs. 3 Satz 2 des Vertrags gebunden. Danach ist vertraglich vereinbart, die Vergütung für die im Krankenhaus erbrachten ambulanten Notfallbehandlungen mit 90 v.H. der für niedergelassene Vertragsärzte geltenden Vergütungssätze zu bemessen. Dass sind - wie ausgeführt - die Vergütungssätze für Leistungen im roten Bereich. Würde die Beklagte im HVM mithin regeln, dass auch die im Krankenhaus erbrachten ambulanten Notfallbehandlungen mit einem Punktwert von 9,0 Pf. zu bemessen sind, würde diese Regelung gegen den Vertrag verstoßen. Welche Rechtsfolgen hieraus herzuleiten wären, kann offen bleiben.

Selbst wenn der Senat mit der Klägerin davon ausgehen würde, dass die ihr zustehende Vergütung im Sinn der BSG-Rechtsprechung weitergehend gemindert worden wäre, könnte dies der Berufung nicht zum Erfolg helfen. Eine solchermaßen verstandene (weitergehende) Vergütungsminderung würde auf sachlichen Gründen beruhen. Dabei ist von folgendem Grundsatz auszugehen: Welche

Sachverhaltselemente so wichtig sind, dass ihre Verschiedenheit eine Ungleichbehandlung rechtfertigt, entscheidet regelmäßig der Normgeber selbst. Er kann grundsätzlich die Sachverhalte auswählen, an die er dieselbe Rechtsfolge knüpfen will. Sein Spielraum endet erst dort, wo die gleiche oder ungleiche Behandlung der geregelten Sachverhalte evidentenmaßen nicht mehr mit einer am Gerechtigkeitsgedanken orientierten sachgerechten Betrachtungsweise vereinbar ist (BVerfG, Beschluss vom 15.10.1985 - [2 BvL 4/83](#) -, [BVerfGE 71, 39](#); Beschluss vom 10.12.1985 - [2 BvL 18/83](#) -, [BVerfGE 71, 255](#) ff.). Derartige sachliche Gründe, die eine unterschiedliche Vergütung der in den Krankenhäusern einerseits und im Rahmen des organisierten Notfalldienst von den niedergelassenen Ärzten erbrachten Notfalleleistungen andererseits rechtfertigten, sind gegeben.

Als ein die Ungleichbehandlung rechtfertigender Grund ist der Umstand anzusehen, dass nicht die Krankenhäuser, sondern die niedergelassenen Ärzte und in niedergelassener Praxis angestellten Ärzte (§ 1 Abs. 1 NFDO) und davon im wesentlichen die Vertragsärzte an der Kostentragung für Organisation und Durchführung des von der KV organisierten ärztlichen Notfalldienstes beteiligt sind. So werden den Vertragsärzten von ihrem Honorar Verwaltungskostenbeiträge in Abzug gebracht (§ 6 Abs. 8 HVM). Richtet die Beklagte Notfalldienstpraxen ein (§ 9 NFDO), ist die Beklagte berechtigt, neben dem Verwaltungskostenbeitrag einen zusätzlichen Beitrag gemäß § 9 Abs. 3 ihrer Satzung zu erheben. Hinzu kommt, dass der Notfalldienst außerhalb der regulären Sprechstundenzeiten, zu denen jeder niedergelassene und in niedergelassener Praxis angestellte Arzt verpflichtet ist, einen zusätzlichen Organisationsaufwand und unter Umständen auch weitere zusätzliche Kosten (z. B. Kosten für Personal außerhalb der üblichen Arbeitszeiten) erfordert. Die Krankenhäuser hingegen sind an der Vorhaltung und Finanzierung des organisierten Notfalldienstes nicht beteiligt. Die Versorgung ambulanter Patienten, die aus medizinischen Gründen einer umgehenden Behandlung bedürfen und in deren Fall ein fachlich zuständiger Vertragsarzt nicht in der gebotenen Eile herbeigerufen oder aufgesucht werden kann und die deswegen die Notfallambulanz eines Krankenhauses aufsuchen, macht nicht die Vorhaltung von speziellem Personal erforderlich. Denn der ärztliche Bereitschaftsdienst in einem Krankenhaus ist im Hinblick darauf, dass dort in erster Linie stationäre Patienten versorgt werden, ohnehin auf eine Versorgung rund um die Uhr ausgerichtet. Dies wird auch durch die ergänzenden Angaben der Klägerin gegenüber dem Senat deutlich. Bis auf die chirurgische Ambulanz, in der angesichts der Vielzahl der Notfallpatienten dem Stationsarzt ein weiterer Arzt zur Seite gestellt wird, wobei beiden Ärzten die Behandlung privat Krankenversicherter, gesetzlich Krankenversicherter und die Tätigkeit im Rettungsdienst ohne strikte Zuständigkeitsabgrenzung obliegt, ist in den übrigen Ambulanzen der jeweilige Stationsarzt auch für die Notfälle zuständig.

Angesichts des für die niedergelassenen Ärzte durch die Teilnahme am organisierten ärztlichen Notfalldienst entstehenden besonderen Organisations- und Kostenaufwandes ist die Privilegierung der Vergütung sachlich gerechtfertigt. Gleichzeitig schafft die Privilegierung der Vergütung - worauf das SG ebenfalls zu Recht hingewiesen hat - Anreize zur Teilnahme niedergelassener Ärzte am organisierten Notfalldienst und wirkt der Gefahr entgegen, dass die Zielvorstellung des Gesetzgebers, die Versorgung der gesetzlich Krankenversicherten in erster Linie durch niedergelassene Vertragsärzte zu bewerkstelligen, durch Leistungserbringer unterlaufen würde, die schon aus logistischen Gründen anders als Vertragsärzte auch außerhalb der regelmäßigen Sprechstundenzeiten medizinische Versorgung gewährleisten können (LSG NRW, Urteil vom 04.06.2001 - [L 11 KA 229/01](#) -).

Soweit sich die Klägerin auf das Urteil des LSG Baden-Württemberg vom 04.12.2002 - L 5 KA 616/02 - stützt, führt dies nicht weiter. Zwar hat das LSG Baden-Württemberg ausgeführt, dass sich die Privilegierung der niedergelassenen Ärzte nicht wegen der mit dem organisierten Notfalldienst verbundenen Erschwernisse rechtfertigen lasse, denn auch im Krankenhaus müsse Personal für die Sicherstellung von Behandlungen zur Unzeit vorhalten werden. Auf diesen Gesichtspunkt kommt es nicht an, denn die Beklagte ist nach § 3 Abs. 2 Satz 2 des Vertrags gehindert gewesen, die Honorierung der ambulanten Notfallbehandlungen in Krankenhäusern (als Institutsleistung) an die Vergütung entsprechender von niedergelassenen Vertragsärzten erbrachten Leistungen anzupassen. Zum anderen fehlt es schon deswegen an einer Ungleichbehandlung, weil die notfallmäßigen Leistungen eines Krankenhauses wie die Nichtnotfalleleistungen eines Vertragsarztes vergütet werden und dessen Notfalleleistungen vergütungstechnisch lediglich privilegiert werden. Ungeachtet der jeweiligen internen Organisation des jeweiligen Krankenhauses, auf die das LSG Baden-Württemberg maßgeblich abstellt, ist diese "Ungleichbehandlung" im Übrigen schon deswegen gerechtfertigt, weil hiermit möglichen Tendenzen entgegengewirkt werden kann, dass die Notfallversorgung zunehmend weniger durch niedergelassene Ärzte als vielmehr durch andere, angesichts ihrer logistisch-organisatorischen Infrastruktur privilegierter Leistungserbringer erbracht wird."

Diesen ausführlichen und überzeugenden Ausführungen hat der erkennende Senat nichts hinzuzufügen.

Die Kostenentscheidung beruht auf [§ 197 a Abs. 1 SGG](#) i. V. m. [§§ 154 Abs. 1, 162 Abs. 1](#) Verwaltungsgerichtsordnung (VwGO).

Wegen der grundsätzlichen Bedeutung der Rechtssache hat der Senat die Revision zugelassen ([§ 160 Abs. 2 Nr. 1 SGG](#)).

Rechtskraft

Aus

Login

NRW

Saved

2006-06-01