

L 11 KA 49/06

Land
Nordrhein-Westfalen
Sozialgericht
LSG Nordrhein-Westfalen
Sachgebiet
Vertragsarztangelegenheiten
Abteilung
11
1. Instanz
SG Düsseldorf (NRW)
Aktenzeichen
S 2 (17) KA 102/04
Datum
03.05.2006
2. Instanz
LSG Nordrhein-Westfalen
Aktenzeichen
L 11 KA 49/06
Datum
09.04.2008
3. Instanz
Bundessozialgericht
Aktenzeichen

-
Datum

-
Kategorie
Urteil

Die Berufung der Beklagten gegen das Urteil des Sozialgerichts Düsseldorf vom 03.05.2006 wird zurückgewiesen, soweit die Leistungen am 26.05. und 27.05.2001 betroffen sind. Im Übrigen wird auf die Berufung der Beklagten das Urteil abgeändert und die Klage abgewiesen. Die Klägerin trägt die Kosten des Verfahrens in beiden Rechtszügen. Die Revision wird nicht zugelassen.

Tatbestand:

Die Beteiligten streiten über die Vergütung für die Behandlung eigener Patienten, die die Klägerin in den Quartalen IV/00 bis III/00 im Rahmen des Notfalldienstes behandelt haben will.

Die Betreiber der Klägerin sind als Fachärzte für Kinderheilkunde und Jugendmedizin in K zur vertragsärztlichen Versorgung zugelassen. In den streitigen Quartalen nahmen sie am 26.05. und 27.05.2001 an dem entsprechend der Notfalldienstordnung der Ärztekammer Nordrhein und der Beklagten organisierten Notfalldienst teil. Darüber hinaus erbrachten sie Notfalldienstleistungen im Rahmen der von den K Kinderarztpraxen selbst organisierten Rufbereitschaft nach einem Dienstplan.

Bis 30.06.2000 enthielt der Honorarverteilungsmaßstab (HVM) der Beklagten in § 4 Abs. 1 Satz 4 eine Regelung, nach der die für eigene Patienten im organisierten Notfalldienst abgerechneten Leistungen mit einer entsprechenden Markierung zu versehen waren, um diese Leistungen entsprechend dem einheitlichen Bewertungsmaßstab (EBM) außerhalb des Budgets abrechnen zu können. Ab dem 01.07.2000 entfiel diese Regelung (Rheinisches Ärzteblatt 6/2000, Seite 77). In ihrem Mitteilungsblatt KVNO AKTUELL 8/00 Seite 16 informierte die Beklagte darüber, dass die Möglichkeit, für eigene Patienten im organisierten Notfalldienst abgerechneten Leistungen außerhalb des Budgets mit 9 Pf. abrechnen zu können zum 01. Juli 2000 entfalle. Mehrere Abrechnungsscheine für den selben Patienten zur Lasten der selben Kasse gelten deshalb als ein Behandlungsfall und seien für die Abrechnung zusammen zu heften.

Den Abrechnungsbescheiden für die Quartale IV/00 bis III/01 widersprach die Klägerin mit dem Ziel, dass die Vergütung für die Behandlung eigener Patienten im Notfalldienst weiterhin außerhalb des Praxisbudgets erfolge. Den Widerspruch wies die Beklagte mit Widerspruchsbescheid vom 27.05.2002 zurück.

Hiergegen richtete sich das mit Klage vom 25.01.2004 eingeleitete Klageverfahren, das zunächst bis zur Erledigung des Revisionsverfahrens [B 6 KA 30/01 R](#) ruht hat und nach der Entscheidung des Bundessozialgerichts (BSG) vom 11.09.2006 fortgeführt wurde. Die Klägerin trug vor, nach dem Wortlaut der Regelungen in Abschnitt A I Teil B Ziff. 1.1 S. 2 und Ziff. 1.4 des EBM sollten Notfallbehandlungen keinen Behandlungsfall im Sinne der Bundesmantelverträge darstellen und Leistungen im Notfalldienst somit ausdrücklich von der Budgetierung ausgenommen sein. Nach der Rechtsprechung seien die Kassenärztlichen Vereinigungen im Rahmen der Honorarverteilung an die Vorgaben des EBM gebunden, insbesondere dürften sie die Bereiche der budgetierten und der nicht budgetierten Leistungen nicht anders als im EBM festlegen. Außerdem dürften Leistungen, die wie solche im Notfalldienst einer Mengenausweitung nicht zugänglich seien, nicht in mengenbegrenzende Regelungen im HVM einbezogen werden. Die Klammerung von Notfällen auf Abrechnungsscheinen nach Muster 19 a mit sonstigen eigenen Fällen führe zu einer unrechtmäßigen Mengenbegrenzung von Notdienstleistungen.

Die Klägerin hat beantragt,

die Beklagte unter teilweiser Aufhebung der Honorarbescheide für die Quartale IV/00 bis III/01 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides zum 27.05.2002 zu verpflichten, die von ihnen im organisierten Notfalldienst erbrachten Leistungen außerhalb der Budgetierungen nach Maßgabe der allgemeinen Bestimmungen des EBM zu vergüten.

Die Beklagte hat beantragt,

die Klage abzuweisen.

Führe ein Arzt in einem Quartal bei einem Patienten sowohl Notfallbehandlungen als auch "normale" Praxis- und Besuchsbehandlungen zu anderer Zeit durch, handele es sich um einen budgetrelevanten Fall i. S. d. Ziff. 1.4 der Allgemeinen Bestimmungen A I EBM. Die dortige Definition budgetrelevanter Fälle knüpfe ausschließlich an den Begriff des Behandlungsfalls des § 21 Abs. 1 Bundesmantelvertrag-Ärzte (BMV-Ä) als die gesamte innerhalb eines Kalendervierteljahres an dem selben Kranken vorgenommene Behandlung an. Einschränkungen zugunsten eigener Leistungen seien im BMV-Ä nicht vorgesehen, auch nicht für bei eigenen Patienten im Notfalldienst erbrachte Leistungen. Dabei könnten die bei eigenen Patienten im organisierten Notfalldienst erbrachten Leistungen keinen weiteren Behandlungsfall darstellen, der auf Muster 19 a Schein abrechnungsfähig wäre. Der Abrechnungsschein für den ärztlichen Notfalldienst solle den normalen Abrechnungsschein nicht ergänzen, sondern ersetzen. Zum anderen sei im EBM keine Aufspaltung des Begriffs "Behandlungsfall" vorgesehen, vielmehr würden bestimmte Behandlungsfälle im Ganzen aus dem "grünen" Bereich des Praxisbudgets herausgenommen. Die Herausnahme von Notfällen im organisierten Notfalldienst beziehe sich folglich nur auf Fälle, in denen ausschließlich Notfallbehandlungen erbracht worden seien, also nur auf Fremdpatienten.

Das Sozialgericht hat die Beklagte antragsgemäß verurteilt (Urteil vom 03. Mai 2006). Der als Satzung von der Beklagten zu beschließende HVM dürfe nicht gegen die Vorschriften des auf der Grundlage des [§ 87 Abs. 2 SGB V](#) erlassenen Bewertungsmaßstabes verstoßen. Dieser sei nach [§ 87 Abs. 2 SGB V](#) Bestandteil des BMV-Ä, der in seiner Rechtsqualität Vorrang vor regionalen Gesamtverträgen und den Satzungen der KV habe. Ein HVM, der sich im Widerspruch zu verbindlichen Vergütungsvorgaben des EBM setze, sei deshalb rechtswidrig und, da es sich um eine Norm handele, damit auch nichtig. Die Behandlung eigener Patienten im organisierten Notfalldienst stelle bereits keine budgetrelevanten Fälle dar. Zwar knüpfe die Definition budgetrelevanter Fälle in den allgemeinen Bestimmungen A I Teil B 1.4 EBM grundsätzlich an die Begriffsbestimmung der Behandlungsfälle gem. § 21 Abs. 1 Satz 1 und Abs. 2 BMV-Ä bzw. § 25 Abs. 1 Satz 1 und Abs. 2 Ersatzkassenvertrag (EKV) an, wonach ein Behandlungsfall die gesamte von dem selben Vertragsarzt innerhalb des selben Kalendervierteljahres an den selben Kranken ambulant zu Lasten der selben Krankenkasse vorgenommene Behandlung sei. Der EBM nehme jedoch ausdrücklich Notfälle im organisierten Notfalldienst hiervon aus. Insofern handele es sich um eine eigenständige Abrechnungsbestimmung, die von den Partnern der Bundesmantelverträge als Spezialregelung habe getroffen werden können. Stellten danach Notfälle im organisierten Notfalldienst keine budgetrelevanten Fälle im Sinne des EBM dar, ersetzen die Abrechnungsscheine nach Muster 19 a insofern auch nicht die Abrechnungsscheine für ambulante Behandlungen, sondern ergänzten diese. Daher stehe die Regelung im § 4 Abs. 1 Satz 3 HVM der Beklagten, nach welcher mehrere Abrechnungsscheine, die der Arzt während eines Kalendervierteljahres für den selben Patienten zu Lasten der selben Krankenkasse erhalte, für die Abrechnung zusammen zu heften zu seien, zwar in Übereinstimmung mit den genannten Bestimmungen des BMV-Ä bzw. EKV, für die Abrechnungsscheine nach Muster 19 a entfalte diese HVM-Regelung jedoch wegen der speziellen Regelungen im EBM keine Rechtswirkung. Die wortlautbezogene Interpretation der Bestimmungen des Teil A I und Teil B 1.1 EBM ergebe, dass diese Bestimmung ebenso wie diejenige nach Nummer 1.4 nicht nach fremden und eigenen Patienten unterscheide, so dass damit auch die eigenen Patienten, die im organisierten Notfalldienst behandelt würden, von der Budgetierung ausgenommen seien. Dies entspreche auch dem Sinn und Zweck der Regelung. Ärzte, die am organisierten Notfalldienst teil nähmen, erfüllten einen gegenüber ihrer Praxistätigkeit zusätzlichen Versorgungsauftrag, der nicht in das Praxisbudget einbezogen werden könne. An dieser besonderen Situation ändere sich auch nichts dadurch, dass der Arzt den Patienten schon kenne. Das ergebe sich aus den exemplarisch zur Verfügung gestellten Fallausdrucken, die den ärztlichen Notfalldienst betreffen. Darin seien Diagnosen gestellt worden, wie Scharlach, Gastroenteritis, Kolitis und Fieber, dies seien typischerweise im Notfalldienst zu behandelnde Spontanerkrankungen, die nicht deshalb schneller oder einfacher therapiert werden könnten, weil der Arzt die Patienten als eigene bereits kenne. Die weitere Frage, ob die Herausnahme im organisierten Notfalldienst erbrachter Leistungen aus der Budgetierung auch schon deshalb gerechtfertigt sein könne, weil diese Leistungen keiner Mengenausweitung zugänglich sein könnten (so Landessozialgericht (LSG) Baden-Württemberg, Urteil vom 13.06.2001, Az.: [L 5 KA 442/99](#)), könne unerörtert bleiben. Entgegen der Ansicht des LSG Baden-Württemberg könnte eine Mengenausweitung dadurch bestehen, dass der Arzt während der Zeit, in der er am organisierten Notfalldienst teilnehme, eigene Patienten in seine Praxis bestelle. Dafür bestünden aber vorliegend keine Anhaltspunkte, derartigen Missbrauchsfällen könnte die Beklagte anderweitig begegnen.

Hiergegen richtet sich die Berufung der Beklagten vom 02.06.2006. Die ärztlichen Leistungen unterlägen nach Teil A EBM einer fallzahlabhängigen Budgetierung je Praxis und Quartal und damit einer maximal abrechenbaren Gesamtpunktzahl. Die budgetrelevanten Fälle seien Behandlungsfälle, von denen Notfälle im organisierten Notfalldienst ausgenommen sein. Dem EBM sei nicht zu entnehmen, dass eigene Patienten außerhalb des Budgets abgerechnet werden könnten. Die Bestimmungen seien nur so zu verstehen, dass nur solche Leistungen im organisierten Notfalldienst außerhalb des Budgets abzurechnen seien, die nach Muster 19 a abgerechnet werden könnten. Das sei aber nicht bei eigenen Patienten der Fall, da alle an ihnen erbrachten Leistungen als ein Behandlungsfall anzusehen seien. Der separat erstellte Schein für den eigenen im Notfalldienst behandelten Patienten sei mit dem Abrechnungsschein zusammen zu heften. Die allgemeinen Bestimmungen des EBM bezögen sich nur auf Notfälle im organisierten Notfalldienst.

Der Bevollmächtigte der Beklagten beantragt,

das Urteil des Sozialgericht Düsseldorf vom 03.05.2006 abzuändern und die Klage abzuweisen.

Der Bevollmächtigte der Klägerin beantragt,

die Berufung zurückzuweisen.

Die Klägerin ist der Auffassung, die Entscheidung des Sozialgerichts sei zutreffend. Der Behandlungsfall sei im BMV und EKV geregelt. Folgten im selben Quartal weitere Behandlungen, entfalle die Notwendigkeit der Handhabung nach Muster 19 a. Dieses sei zutreffend verwendet für Leistungen ärztlicher Notfalldienste und bei Urlaubs- bzw. Krankheitsvertretung. Der Abrechnungsschein sei nur für den Arzt gedacht, der den Patienten nicht regelmäßig behandle. Die wortlautbezogene Interpretation sei entgegen der Auffassung der Beklagten in auch die Vordruckvereinbarungen einzubeziehen als Regelungen des BMV. Dies führte gerade dazu, dass dem der "Hauskinderarzt" der Abrechnungsschein nicht zur Verfügung stehe. Die Interpretation im Sinne der Beklagten führe im Ergebnis schlicht dazu, dass eben dieser

"Hauskinderarzt" gegenüber den Ärzten benachteiligt sei, die den Patienten ausschließlich im Notdienst behandelten.

Der Senat hat bei der Beklagten die der Bezirksstelle vorliegenden Gesamtaufstellungen über die Notdienstfälle sowie die Mitteilungen an die Arztzuzentrale angefordert, aus der ersichtlich ist, an welchen Tagen die Praxis der Klägerin Dienst selber versehen hat. Auf den Inhalt wird verwiesen.

Wegen der weiteren Darstellung des Sach- und Streitstandes wird auf den Inhalt der Gerichts- und Verwaltungsakte, die der Senat beigezogen hat und deren Inhalt Gegenstand der mündlichen Verhandlung gewesen ist sowie auf den Vortrag der Beteiligten Bezug genommen.

Entscheidungsgründe:

Die Berufung der Beklagten ist im Wesentlichen begründet, unbegründet ist sie lediglich insoweit, als dass die von der Klägerin am 26.05. und 27.05.2001 im organisierten Notfalldienst erbrachten Leistungen betroffen sind.

Soweit die Beklagte die von der Klägerin an diesen Tagen erbrachten Leistungen nicht vergütet hat, ist der das Quartal II/01 betreffende Honorarbescheid in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 27.05.2001 rechtswidrig und verletzt die Klägerin in ihren Rechten. Mit dem Sozialgericht ist davon auszugehen, dass die von der Klägerin an den genannten Tagen im organisierten Notfalldienst erbrachten Leistungen nicht budgetrelevant und demzufolge gesondert zu vergüten sind. Eine Differenzierung zwischen eigenen und Fremdpatienten ist nicht zulässig und durch die rechtlichen Grundlagen nicht gedeckt,

da der EBM als *lex specialis* gegenüber dem HVM der Beklagten anzusehen ist. Insoweit folgt der Senat der umfassenden und ausführlichen Begründung der sozialgerichtlichen Entscheidung, die er sich nach Prüfung der Sach- und Rechtslage zu eigen macht ([§ 153 Abs. 2 SGG](#)).

Einer anderen rechtlichen Bewertung hingegen unterliegen die von der Klägerin im Rahmen der Rufbereitschaft der K Kinderärzte erbrachten Notdienstleistungen, denn hierbei handelt es sich nicht um einen organisierten Notfalldienst im Sinne der einschlägigen und bereits zitierten Regelungen des EBM und des HVM. Nur die im Rahmen des organisierten Notfalldienstes erbrachten Leistungen sind außerhalb des Budgets zu vergütet. Das ergibt sich zum einen aus dem Wortlaut der einschlägigen Regelungen des EBM und des HVM, in denen immer nur vom "organisierten" Notdienst die Rede ist, zum anderen aber auch aus dem Sinn und Zweck der rechtlichen Regelungen. Rechtsgrundlage dieses organisierten Notfalldienst ist [§ 75 Abs. 1 Satz 2 SGB V](#). Nach Satz 1 der genannten Vorschrift haben die Kassenärztlichen Vereinigungen und die Kassenärztlichen Bundesvereinigungen die vertragsärztliche Versorgung in dem in [§ 73 Abs. 2 SGB V](#) bezeichneten Umfang sicher zu stellen und den Krankenkassen und ihren Verbänden gegenüber die Gewähr dafür zu übernehmen, dass die vertragsärztliche Versorgung den gesetzlichen und vertraglichen Erfordernissen entspricht. Diese Sicherstellung umfasst nach Satz 2 auch die vertragsärztliche Versorgung zu den sprechstundenfreien Zeiten (Notdienst). Diese Gewährleistungspflicht erfordert gerade in städtischen Regionen den Aufbau einer Notfalldienstorganisation. Nach den Kammer- und Heilberufsgesetzen der Bundesländer sind alle in eigener Praxis niedergelassenen Ärzte verpflichtet, an einem Notfalldienst teilzunehmen. Die aus diesem Grunde erforderliche gemeinsame Organisation des Notfalldienstes ist rechtlich zulässig (vgl. hierzu Hess in Kasseler Kommentar [§ 75 SGB V](#) Anm. 23 mwN). Ausfluss dieser gemeinsamen Organisation ist die Notfalldienstordnung der Ärztekammer Nordrhein und der Kassenärztlichen Vereinigung Nordrhein in der ab 01.01.2002 gültigen Fassung. Mit diesem Sicherstellungsauftrag, der auch eine reglementierte Vergütung der ärztlichen Leistungen erforderlich macht, ist es nicht zu vereinbaren, außerhalb dieses organisierten Notfalldienstes erbrachte Leistungen in gleicher Weise zu vergüten. Die Rufbereitschaft der K Kinderärzte stellt einen selbst organisierten ärztlichen Notfalldienst dar, der dem organisierten Notfalldienst nicht gleichgestellt werden kann. Die von der Beklagten im Schriftsatz vom 31.03.2008 in den streitigen Quartalen erwähnten 972 Fällen, die die Klägerin im Rahmen der selbst organisierten Rufbereitschaft behandelt hat, sind demzufolge zutreffend nicht außerbudgetär zu vergüten.

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

Revisionszulassungsgründe liegen nicht vor ([§ 160 Abs. 2 SGG](#)).

Rechtskraft

Aus

Login

NRW

Saved

2008-05-20